

## COMUNICADO N° 0120 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE **TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA** PARA:

- **CENTRO DE SALUD COPORAQUE**

DE LA U.E 401 SCCE, POR LO CUAL LOS INTERESADOS DEBERAN PRESENTAR DE MANERA FÍSICA EN SOBRE CERRADO MEDIANTE MESA DE PARTES DE LA U.E 401 SCEE (EN SOBRE CERRADO); O DE MANERA VIRTUAL AL CORREO ELECTRONICO [logistica@redsaludcce.gob.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gob.pe), CUYA PROPUESTA (COTIZACION, CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO, DECLARACIONES JURADAS, CARTA DE AUTORIZACIÓN CCI Y DEMAS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA); DEBERÁN SER PRESENTADOS CORRECTAMENTE ESCANEADOS, NÍTIDOS, Y CON LETRAS LEGIBLES

### **CON EL SIGUIENTE CRONOGRAMA**

- |                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| - PUBLICACION DE LA CONVOCATORIA | 24/03/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 25/03/2025 |



NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS, SOLO SERÀ VALIDA LA PRIMERA PROPUESTA PRESENTADA.



**UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**

RUC : 20527179221

DIRECCION : AV. PACHACUTEC (VA. EVIT. PANAMERICANA SUR - BR. JANACPAMPA-CHUMO-SICUANI - CANCHIS - CUSCO

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : [logistica@redsaludcce.gop.pe](mailto:logistica@redsaludcce.gop.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0049 - 2025

DCC. REQ. : 353

INFORME N° 009-2025-G.R.CUSCO/GDRSCAJE.401/SCCE/DAIS/ESS

FECHA 6/03/2025

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

RUC: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO MOVIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE COTIZACION: \_\_\_\_\_

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	<b>CONTRATACION DE SERVICIO</b>					
	<b>SERVICIO DE ATENCION MEDICA EN ODONTOLOGIA</b>					
001	Contratacion de servicio por locacion de servicios de atencion medica en odontologia en el centro de salud corporativo. <b>SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA</b>	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
<b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b>						

**CONDICIONES DE VENTA:**

1. Plazo de Entrega: ..... Dias calendaríos.

2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendaríos.

3. Garantia comercial del bien o del servicio: ..... meses desde la prestacion del bien o servicio

**Importante:** Todos los precios unitarios ofertados deben incluir IGV y otros costos; así tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones

**DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:**

1. Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11º de la LCE Nº 30225). Adjunto a la presente.

2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones técnicas o terminos de referencia o ficha técnica.

3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

**PENALIDADES:**

1. Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Según Directiva Interna.

2. Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Según LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY Nº 30225, Regl. D.S. Nº 350)

V.B. JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL GOTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR  Granfranco Gomez Quispe RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR  CPC Waldemar Kichillumpu RESPONSABLE DE COTIZACIONES	



## TERMINO DE REFERENCIA

### CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA EN ODONTOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD COPORAQUE

#### 1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, Estrategia Sanitaria de Salud Bucal de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

#### 2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medica en Odontología en el Centro de Salud COPORAQUE, de la Microred YAURI, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

##### - **Objetivo de la Contratación:**

Contrato mediante la modalidad de locación de servicios de (01) UN Cirujano Dentista, a fin de garantizar la atención odontológica en los diferentes cursos de vida, ya sea tratamientos preventivos y recuperativos a Usuario afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) de la jurisdicción del establecimiento de salud denominado, Centro de Salud COPORAQUE que se encuentra bajo el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar, lo cual contribuirá a disminuir y/o evitar la presencia de enfermedades en el sistema estomatognático.

##### - **Finalidad Pública:**

Es la atención en el Centro de Salud COPORAQUE, a través de la evaluación, diagnóstico y Tratamiento odontológico en diferentes etapas de vida, con el fin de lograr disminuir el Índice CPOD y ceod, que mide la prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal.

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

##### 3.1 ACTIVIDADES:

El locador de servicios, profesional Cirujano Dentista, realizara las actividades que se detallan a continuación:

- a. Ejecutar actividades de diagnóstico y tratamientos odontológicos en pacientes de todos los cursos de vida.
- b. Ejecutar actividades odontológicas preventivas y recuperativas dirigidas a la atención de pacientes de acuerdo con las guías de atención establecidas.
- c. Elaborar de manera adecuada el registro de la historia clínica, odontograma, prescripción de recetas, citas, HIS, Formatos Únicos de Atención (FUA) y otros relacionados con la atención.
- d. Instruir en el cuidado oral de niños, adolescentes, gestantes, jóvenes, adultos y adultos mayores, reduciendo el índice de morbilidad dental y complicaciones originadas en el sistema estomatognático.
- e. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud Bucal de la Población.
- f. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.
- g. Desarrollo de programas de capacitación.
- h. Otras funciones que le asigne su Jefe Inmediato Superior.





### 3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación horaria – turnos programados del CS. COPORAQUE.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones odontológicas, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica y Odontograma.
- Registro Obligatorio de los FUAs y de existir correcciones, el levantamiento de observaciones deberá hacerse antes del egreso del paciente.
- Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de atención a los pacientes.

### 3.3 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR EL PROVEEDOR.

El proveedor acudirá con su indumentaria (personal) según su profesión.

### 3.4 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR LA ENTIDAD:

La Red de Salud Canas Canchis Espinar, a través del Centro de Salud COPORAQUE, brindara un ambiente físico, equipos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

### 3.5 NORMAS TÉCNICAS:

En la prestación del servicio, el proveedor deberá tener en consideración las Normas Técnicas, Guías y protocolos vigentes del Ministerio de Salud (MINSA), y otras aplicables para los fines de la presente contratación, según corresponda.

### 3.6 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

#### PERFIL DE CIRUJANO DENTISTA

##### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Brindar Atención Odontológica Integral en los Servicios de Odontología en la Red de Salud CCE, identificar, diagnosticar y tratar, enfermedades prevalentes en la cavidad oral, programar y realizar actividades preventivas promocionales en la población, programar y realizar actividades recuperativas y de control en la población, realizar consejerías nutricionales a pacientes asegurados SIS, para disminuir de enfermedades Estomatológicas, elaborando tratamientos terapéuticos con enfoque cognitivo conductual, Holístico y Humanístico, implementando procesos y protocolos según normativa vigente bajo enfoque del Modelo del Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.

##### REQUISITOS OBLIGATORIO:

- Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA
- Resolución de Termino SERUMS
- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente
- Copia de DNI
- RUC vigente, activo y habido.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo y vigente a la fecha de convocatoria.
- No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil
- No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata





**COMPETENCIAS**

- Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.
- Trabajo en equipo y liderazgo.
- Compromiso institucional buscando la excelencia.
- Manejo de programas informáticos.

**4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)**

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar informes en cada entregables, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Termino de Referencia., conforme a la siguiente:

- Realizar 200 atenciones mínimo por entregable, las cuales serán coordinadas con el establecimiento de salud, Brindando atención integral de Odontología en el campo asistencial de los Establecimientos de Salud del I Nivel de atención, tanto Intramural como Extramural en Salud Bucal, según protocolos, normas y guía de prácticas clínicas MINSA, con enfoque MCI.
- Ejecutar actividades odontológicas de urgencias y emergencia y en los casos que requiera con la ayuda diagnóstica correspondiente, dirigidas a la atención de pacientes de acuerdo a las guías de atención establecidas.
- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales (sesiones educativas y Demostrativas) en actividades masivas, evidenciadas en actas, para el cuidado de la salud de los usuarios.
- Producción de FUAS, HIS, referencias y/o contrarreferencias y otros

**4.2 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

- a. **LUGAR:** Centro de Salud COPORAQUE
- b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregables, según el siguiente detalle:
  - Primer entregable hasta los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
  - Segundo entregable hasta los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
  - Tercer entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato



**5. SUBCONTRATACIÓN:**

El proveedor no podrá subcontratar total ni parcialmente las prestaciones a su cargo, señaladas en el presente termino de referencia.

**6. RESPONSABILIDAD**

El proveedor cumplirá sus actividades en el establecimiento de salud C.S COPORAQUE, que se encuentra bajo el ámbito administrativo de la U.E. 401 SCCE y

fuera del mismo cuando la entidad, en función del cumplimiento de sus fines públicos y para el logro de sus objetivos institucionales, así lo requiera por la estricta necesidad de servicio.

El proveedor asumirá responsabilidades inherentes al servicio público, en consecuencia, responsabilidades administrativas y legales.

#### 7. CONFIDENCIALIDAD:

El contratista deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la entidad, en materia de seguridad de información, dicha obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. (Ley N° 26842 – Ley General de Salud).

#### 8. PROPIEDAD INTELECTUAL:

El proveedor no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad en ninguno de los documentos preparados durante la ejecución del presente termino de Referencia, tales derechos pasaran a ser propiedad de la U.E.401 SCCE.

#### 9. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.

##### a. ÁREA(S) QUE COORDINARA(N) CON EL PROVEEDOR:

El/La Jefe del establecimiento de Salud, el Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal, Los coordinadores de Microred. Profesionales y Técnicos de las diferentes áreas asistenciales, sostendrán reuniones y coordinaciones con el locador.

##### b. ÁREAS RESPONSABLES DE LAS MEDIDAS DE CONTROL

El/La Jefe de servicio de odontología y/o jefe del establecimiento de Salud según sea el caso, será el/la responsable de supervisar y monitorear el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Termino de Referencia con el fin de garantizar que los entregables guarden coherencia con las actividades a desarrollar, sin perjuicio de lo manifestado, el titular de la U.E 401 SCCE, podrá designar personal o equipos para que contribuyan con este propósito.

#### 10. EXTINCIÓN DEL SERVICIO

La U.E. 401 SCCE a solicitud del área usuaria podrá rescindir el servicio por decisión unilateral y/o por temas financieros podrá poner fin a la prestación del servicio, el incumplimiento comprobado de los procedimientos establecidos en el numeral 3.2 constituyen causal de observación del contrato.

#### 11. MARCO LEGAL DEL CONTRATO

El contrato a suscribir se realizará de conformidad al Código Civil artículo 1764° por lo tanto el LOCADOR no tendrá condición de trabajador de la ENTIDAD, por lo que no estará sujeto a las normas y reglamentos del personal de la institución y no existirá relación laboral de dependencia entre las partes.





## 12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaria, previa emisión del informe del Jefe del Establecimiento de Salud y visado por la Jefatura de Microred donde se brindó el servicio, en un plazo no mayor de tres (03) días hábiles, de acuerdo al entregable presentado.

## 13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará por cada entregable después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar los entregables detallando las actividades desarrolladas, con lo siguiente:

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud y visado de Jefatura de Microred.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del Jefe del Establecimiento de Salud y coordinador de la Estrategia de Salud Bucal.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

## 14. FORMULA DE REAJUSTE

No aplica

## 15. ADELANTOS

No aplica

## 16. DECLARATORIA DE VIABILIDAD

No aplica

## 17. PENALIDADES

Si el contratista no cumple con las actividades encomendadas dentro del plazo estipulado, la entidad le aplicara una penalidad pecuniaria por cada día de atraso. La entidad tiene derecho a exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

## 18. OTRA PENALIDADES APLICABLES

En caso de que el contratista del servicio resuelva de manera unilateral la orden de servicio vigente, se aplicara una penalidad pecuniaria.

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, se procederá a resolver el contrato y/o orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de Servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área Usuaria

## 19. OTRAS OBLIGACIONES

El personal contratado de salud se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud bucal.

**"UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR"**

*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

## DECLARACIÓN JURADA

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

YO .....CON DNI N° .....

REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)

CON RUC N° ..... DIRECCIÓN.....

TELÉFONO N° ..... CORREO ELECTRÓNICO.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

Mediante el presente escrito lo siguiente:

1. Que cumpla con lo solicitado por vuestra institución, en los términos de referencia / especificaciones técnicas adjuntos a la solicitud de cotización.
2. No tener impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en todos los numerales del Artículo 11 de la Ley N° 30225, Reglamento y Modificaciones.
3. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación; asimismo, declaro que cumpla con las condiciones y términos de referencia solicitados.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
5. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en el Texto Único Ordenado de la ley N° 27444- Ley del procedimiento administrativo General Código Civil, entre otras que correspondan.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del bien o servicio contratado.
7. No tener dentro de la entidad parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segunda afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

**Autorizo que se me Notifiquen al Correo Electrónico Indicado las siguientes actuaciones:**

- a) Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
- b) Notificación de la orden de compra y/o servicio.
- c) Notificación de observaciones, aplicación de penalidades, resolución de orden de compra/contrato o cualquier otra comunicación con la entidad.

Así mismo, manifiesto ser responsable de la veracidad de la información presentada, sujeto a fiscalizaciones posteriores y acciones legales y penales en caso se verifique su falsedad.

Ciudad..... de ..... de 2025.

.....  
Firma y Sello del Proveedor, o de su Representante Legal



Gobierno Regional  
**CUSCO**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional de  
Salud

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

UNIDAD DE LOGISTICA



**UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**

*"Año de la recuperación y consolidación de la economía"*

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Señor:

**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**

Presente. -

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número de CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) el cual consta de 20 dígitos es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor:

*(Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)*

RUC N°:

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente, para que los pagos sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco:

**NOMBRE DEL BANCO:**

Asimismo, dejo constancia que el Recibo por Honorarios a ser emitido por el suscrito, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta de la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor o de su representante legal

**Nota importante:** El N° de CCI deberá estar **VINCULADO** con el N° del RUC del proveedor a efectos de proceder al pago.



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno  
Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Red de Servicios  
de Salud Canas  
Canchis Espinar

UNIDAD DE  
LOGISTICA



**UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**  
*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

## DECLARACIÓN JURADA DE VINCULACION LABORAL

Yo, \_\_\_\_\_, Identificado (a) con DNI  
N° \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_, del  
Departamento \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_, Distrito \_\_\_\_\_.

### DECLARO BAJO JURAMENTO\*:

Que, no estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, bajo ninguna modalidad que no me permita ejercer legalmente y físicamente el trabajo que se me asigne.

Que, estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, comprometiéndome a presentar la carta de renuncia irrevocable, antes de la suscripción del contrato.

Soy personal médico y/o profesional de la salud con especialidad, y la cual me permite brindar mis servicios en dos instituciones del Estado.

(LEY N° 32145 DE REFORMA CONSTITUCIONAL DEL ARTÍCULO 40 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA HABILITAR EL DOBLE EMPLEO O CARGO PÚBLICO REMUNERADO AL PERSONAL MÉDICO O ASISTENCIAL DE SALUD)

Manifiesto que lo mencionado corresponde a la verdad de hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. 438° del Código Penal.

Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

\*Marcar con una **X** en el recuadro según corresponda a su caso particular