

COMUNICADO N° 0122 – 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 MEDICO CIRUJANO PARA:

- **POSTA DE SALUD SAN PABLO**

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, 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 (VIA EVIT. PANAMERICANA SUR - BR. JANACAMPA-CHUMO- SICUANI - CANCHIS - CUSCO

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0044 - 2025

DOC. REQ. : 371

INFORME.N°006-2025-G.R.CUSCO/IGDRSCAJ.E.401/SCEIDA/SICACI/CER

FECHA 6/03/2025

RAZON SOCIAL: _____
 RUC: _____ TELEFONO FIJO: _____
 DIRECCION: _____ TELEFONO MOVIL: _____
 CORREO ELECTRONICO : _____
 CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: _____ FECHA DE COTIZACION: _____

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	CONTRATACION DE SERVICIO						
001	SERVICIO ESPECIALIZADO EN PATOLOGIA Y BIOLOGIA MOLECULAR Contratacion de servicio por terceros del servicio de medicina con especialidad en anatomo patologia.		03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA							
PRECIO TOTAL OFERTA S/.							

CONDICIONES DE VENTA:

- Plazo de Entrega: Dias calendarios.
 - Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: Dias calendarios.
 - 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; asi tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

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

- Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 30225),Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
- Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

PENALIDADES:

- Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna .
- Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°30225,Regl.D.S.N°350)

V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR Geanfranco Gomez Quispe RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR Waldin S. Millumpu RESPONSABLE DE COTIZACIONES	

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR TERCEROS DEL DEL SERVICIO DE MEDICINA CON ESPECIALIDAD EN ANATOMO PATOLOGÍA.

1. Área Usuaría solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Control y Prevención del Cáncer.

Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicios por Terceros, en servicio de medicina con especialidad en anatomo patología.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Médico con especialidad en Anatomo Patólogo para que realice el estudio y lecturas de láminas de papanicolaou como también la consultoría de estas laminas en el área de citología del laboratorio intermedio que está ubicado en el P.S de San Pablo.

- Finalidad Pública:

La finalidad es el contar con el servicio de un médico Anatomo Patólogo para realizar examen al microscopio, interpretación y diagnóstico luego de que están laminas sean procesadas y de esta manera contribuir a la reducción de la incidencia de la morbilidad y mortalidad del cáncer del cuello uterino para beneficiar a la población en general del ámbito de la RESCCE.

3. Términos de Referencia:

Servicio a realizar del Médico Anatomo Patología por entregable:

- Realizar el Examen al microscopio de 200 a 400 láminas en promedio, e Interpretación de 200 a 400 láminas en promedio e Diagnóstico de 200 a 400 láminas o más en promedio en cada entregable.
- Asistencia Técnica a los equipos básicos del área de citología, y/o Coordinadora del programa de Prevención y Control del Cáncer, Como mínimo una (1) reunión durante los 06 entregables.
- Asistencia Técnica al personal asistencial que realiza el muestreo de tamizaje de papanicolaou como mínimo una (1) reunión durante los 06 entregables.

4. Perfiles requeridos para la contratación:

- Médico Anatomo patólogo:

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de Médico Cirujano	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Registro Nacional de Especialista en Anatomía Patológica	Disponibilidad inmediata
Resolución de termino de SERUMS	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	

5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- RUC vigente y activo
- Registro Nacional de Proveedores

6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

- a. LUGAR:** Área de Citología del Laboratorio Intermedio de la RCCE cito en P:S. San Pablo.
b. PLAZO: El profesional se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 06 entregables, (a partir del día siguiente de la firma del contrato).



SERVICIO	TIEMPO
Primer Entregable	30 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Segundo Entregable	60 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Tercer Entregable:	90 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Cuarto Entregable:	120 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Quinto Entregable:	150 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
Sexto Entregable:	180 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

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.

8. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación los pago se realizaran en forma parciales por cada entregable después de ejecutada el servicio y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta el plazo de ejecución en seis entregables desde el momento de la firma del contrato del 2025.y el pago se realizará en seis (6) armadas luego de otorgada la conformidad de los entregables presentados por el profesional , para ello el profesional tendrá que presentar el entregable de manera mensual detallando los servicios realizados, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del área usuaria .

9. COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de Prevención y Control del Cáncer.

Se supervisará de forma inopinada al profesional en mención para el cumplimiento de las actividades antes desarrolladas.

El área que se encargará de dar la conformidad del servicio será la Dirección de Atención Integral de Salud – Coordinación del Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer. Previa presentación de los entregables.

10. Presupuesto a ejecutar:

META	FTE FTO	ESPECIFICA DE GASTO	SERVICIO
67	RO	23 2 9 1 1	Servicio de medicina con especialidad en Anatomía Patología.

11. Aplicación de penalidad:

En caso de retraso injustificado de la entrega del servicio de la contratación, se aplicará al proveedor una penalidad por cada día de atraso, hasta un monto máximo equivalente al diez por ciento (10 %) del monto total del contrato vigente, según Ley de contrataciones, y se calculara de acuerdo con la siguiente formula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Pazo en días}}$$

- ✓ Para el plazo menores o iguales a sesenta (60) días F=0.40
- ✓ Para Plazo mayores a sesenta (60) días F = 0.25

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad la entidad podrá resolver la orden de compra y/o servicio, Parcial o total por incumplimiento, mediante la remisión una carta simple sin derecho a que el contratista pueda reclamar.

La penalidad solo se aplicará a contrataciones de servicio mayores a 1 UIT.



GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO - PERÚ
Dra. SILENA CRISTINA APAZA
COORDINADORA



“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

YOCON 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 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



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.