

## COMUNICADO N° 0554- 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, **REALIZA LA CONVOCATORIA** DE LOCACION DE SERVICIOS DE **UN AUXILIAR EN ENFERMERIA.....** PARA EL:

- **HOGAR PROTEGIDO SEÑOR DE PAMPACUCHO-SICUANI.**

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 | 05/11/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 06/11/2025 |

### NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS **UN AUXILIAR EN ENFERMERIA.....**

- **\*-\* PARA EL HOGAR PROTEGIDO SEÑOR DE PAMPACUCHO-SICUANI.**

NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MISMO LUGAR Y LA MISMA CONVOCATORIA, NO SE LE CONSIDERA LA POSTULACION SI SE PRESENTARA A LAS DOS O MAS CONVOCATORIAS CON EL MISMO FIN DEL SERVICIO Y EL MISMO LUGAR.



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

EL ENVIO DEL CV ES PERSONAL, NO SE ACEPTARÁ, CORREOS DE TERCEROS.



UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

DIRECCION : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SICUANI - CANCHIS - CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0872 - 2025

DOC.REQ.: 5485

INFORME N° 2787-2025-GRUCUSCO/GRSCAUE401/SCCE/DAIS

INFORME N° 224-2025-GRUCUSCO/DRSCAUE401/SCCE/DAIS/PPC/PSM

FECHA 5/11/2025

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

Table with 8 columns: ITEM, DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR, Precio por Entregable, PLAZO DE EJECUCION, UNIDAD MEDIDA, CANTIDAD, PRECIO UNITARIO, PRECIO SUB TOTAL. Row 001: SERVICIO DE AUXILIAR EN ENFERMERIA, 02 entregables según TDR, SERVICIO, 1, etc.

PRECIO TOTAL OFERTA S/.

CONDICIONES DE VENTA:

- 1. Plazo de Entrega: ..... Dias calendarios.
2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendarios.
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, 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:

- 1. Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 30° de la LGCP N° 32069).Adjunto a la presente.
2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

PENALIDADES:

Segun LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PUBLICAS Y SU REGLAMENTO - LEY N°32069 (APROBADO POR D.S.N° 009-2025-EF)

Table with 4 columns for signatures and stamps: V'B° JEFE LOGISTIC, RESPONSABLE DE ADQUISICIONES (CPC. Elizabeth Meza Mendoza), FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR (TCO. Maria Juana Cruz Campa Chuquibambilla), FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR.

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOGAR PROTEGIDO SR DE PAMPACUCHO**

1. **Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece**  
Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental. Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.
2. **Denominación de la contratación:**  
Contratación de Servicio de auxiliar en enfermería por Locación de Servicios para el Hogar Protegido Sr de Pampacucho.
  - **Objetivo de la Contratación:**  
Contrato de (01) auxiliar en enfermería por Locación de Servicios para el Hogar Protegido Sr de Pampacucho.
  - **Finalidad Pública:**  
Brindar cuidados de salud básicos, asistir en actividades diarias como la higiene y alimentación, supervisar la administración de medicamentos y apoyar la rehabilitación y reinserción social del paciente, todo esto en colaboración con un equipo interdisciplinario. Su rol se enfoca en facilitar la autonomía del usuario para que, eventualmente, pueda vivir de forma independiente
3. **Actividades del servicio de auxiliar de enfermería (por entregable):**

ACTIVIDADES ASIGNADAS	METAS
Realizar asistencia domiciliaria	8
Realizar sesiones demostrativas y educativas de estilo de vida saludable y ambiente saludables	8
Realizar sesiones demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos)	8
Realizar actividades terapéuticas contacto directo (uno a uno entre el paciente y la persona encargada)	8
Brindar apoyo en el entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (ejemplo: actividades cotidianas) y entrenamiento compensatorio preparación de comidas procedimientos de seguridad e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia) contacto directo uno a uno	8
Realizar atenciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad (establecimientos de salud, educativas, laborales y organizaciones de inclusión social)	8
Realizar entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (ejemplo: compras transporte manejo de dinero actividades y/o trabajo no vocacionales análisis del entorno y su modificación análisis de las tareas del trabajo uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia) contacto directo uno a uno	8
Acompañamiento a los usuarios para que participen en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, buscando la reinserción socio-productiva.	8
Participar con el equipo de trabajo en hogar protegido de acuerdo a la NTS 140-2018 de hogares protegidos	INFORME MENSUAL
Programación de sus actividades diurnas y nocturnas de acuerdo al flujo de atención del hogar protegido	MENSUAL
Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata relacionadas a la misión del puesto	

**4. Perfiles requeridos para la contratación del auxiliar en enfermería:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título de técnico en enfermería	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Cursos de salud mental.	Disponibilidad inmediata
Experiencia Profesional mínima 1 año	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
	Manejo adecuado de registro HIS y SIS

**5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- RUC activo y habido
- Registro Nacional de Proveedores

**6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:**

a. **LUGAR:** Hogar Protegido Sr de Pampacucho de Sicuani

b. **PLAZO:** El plazo de prestación del servicio será de 50 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato, según el siguiente detalle:

- Primer entregable a los 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo entregable a los 50 días calendarios 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 el pago se realizará por entregable después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar el entregable de manera mensual detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del coordinador del Hogar Protegido Sr de Pampacucho de Sicuani.

**9. COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:**

La coordinación se realizará con el responsable del programa presupuestal de control y prevención en salud mental. 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 Control y Prevención de la Salud Mental. Previa presentación del informe de actividades del locador.

**10. PENALIDADES:**

- Conforme al Artículo N°120 LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PUBLICAS Y SU REGLAMENTO - LEY N°32069

**11. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES:**

- El locador contratado se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud.
- Los productos deberán ser entregados y sustentados en la forma y plazos que se indican en los términos de referencia.
- No incluye viáticos ni otros gastos.

**12. MONTO TOTAL ESTIMADO PARA EL SERVICIO:**

S/4,000.00

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CANCHIS ESPINAR  
P. Paul E. Injane Aleneastre  
C. Pe. P. 14843

ANEXO N°01

DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:  
UNIDAD DE LOGISTICA  
UE 401 CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

El (la) que suscribe.....  
identificado(a) con número de DNI ....., Representante legal de la empresa  
.....con RUC N°.....activo  
y habido, con correo electrónico valido para cualquier notificación :  
.....DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- a) Que soy responsable de la veracidad de los documentos que adjunto a la presente para la contratación, siendo de mi entera responsabilidad su autenticidad, por lo que en caso de su cuestionamiento me someto a las responsabilidades civiles, administrativas y/o penales que se generen al respecto.
- b) Que cumplo con todos los extremos de los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- c) Que no percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos. Que conozco que las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
- d) Que no tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069 "Ley General de Contrataciones Públicas".
- e) Que no cuento con inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado al amparo de lo dispuesto por el artículo 263° del TUO de la Ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- f) Que no me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- g) Que no cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- h) Que me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como de respetar el principio de legalidad.
- i) Que conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, valga decir, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- j) Que de ser seleccionado para la contratación, me comprometo a mantener mi oferta en su integridad hasta el pago correspondiente.
- k) Que me someto a las sanciones contenidas en la Ley General de Contrataciones Públicas "Ley 32069 y su Reglamento", así como el TUO de Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444, cuando corresponda.
- l) Que autorizo ser notificado a mi correo electrónico señalado en la etapa de ejecución contractual (en caso resulte ganador de la buena pro), bajo mi responsabilidad.
- m) Que me comprometo a no divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de UE 401 Canas Canchis Espinar, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
- n) Que no soy propietario, socio, representante legal, gerente general y no tengo vínculo con otra empresa que cotiza por el mismo objeto de la contratación, al que me presento.





- o) Que autorizo que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados en el presente documento. Asimismo, dejen constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
- p) Que mi cuenta interbancaria CCI (cuenta corriente) y detracción, se encuentra activa, válida y vinculada a mi RUC, siendo esta de mi entera responsabilidad.
- q) Que consigno válidamente el número del CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) del BANCO:.....

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

- r) Que consigno válidamente el número de DETRACCION que consta de (11 números) del BANCO:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sicuaní;.....

.....  
Firma y sello del Proveedor



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno  
Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Red de Servicios  
de Salud Canas  
Canchis Espinar

UNIDAD DE  
LOGÍSTICA



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