

## COMUNICADO N° 0565– 2025

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

- **CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.**

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 06/11/2025
- PRESENTACION DE PROPUESTAS 10/11/2025
- **NOTA: LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS SERÁ HASTA LA HORA 11:00 AM, POSTERIORES A ESA HORA YA NO SERÁN ADMITIDAS.**

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS DE **PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO.**

**\*-\* CENTRO DE SALUD EL DESCANSO.**

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](mailto:logistica@redsaludcce.gop.pe)

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0886 - 2025

DOC.REQ.: 5553  
 INFORME N° 2817-2025-GRCUSCO/DRSCAUE401/RSCCE/DAIS  
 INFORME N° 70-2025-GRCUSCO/DRSCAUE401/RSCCE/DAISESDNT

FECHA 7/11/2025

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

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	CONTRATACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO	Precio por Entregable				
001	SERVICIO DE ATENCION MEDICA. Contratación por locación de SERVICIO DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO en el C.S. DESCANSO de la UE. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR	02 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA						
<b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b>						

**CONDICIONES DE VENTA:**

- Plazo de Entrega: ..... Dias calendaris.
- Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: ..... Dias calendaris.
- 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

**DUCUMENTOS 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. 30° de la LGCP N° 32069).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:**

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

 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR <b>CPC. Elizabeth Meza Mendoza</b> JEFE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR <b>CCO. Miriam Jossica Cevallos Chuquimayta</b> RESPONSABLE DE COTIZACIONES	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



## TERMINO DE REFERENCIA

### CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA EN LA IPRESS EL DESCANSO

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

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

#### 2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medica en la IPRESS EL DESCANSO, de la Microred EL DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

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

Contrato mediante la modalidad de locación de servicios de (01) UN MEDICO CIRUJANO, para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, genero e interculturalidad en población usuaria afiliada, de la jurisdicción del establecimiento de salud denominado, IPRESS EL DESCANSO que se encuentra bajo el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar.

##### - **Finalidad Pública:**

- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario
- Brindar la atención Medica integral
- Provisión de una atención orientada hacia actividades preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad en el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.
- Atención en la IPRESS EL DESCANSO, para realizar las actividades a través de las atenciones, para mejorar la salud de los usuarios.
- Fortalecer la atención integral de salud



#### 3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

##### 3.1 **ACTIVIDADES:**

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

- a. Atención integral.
- b. Evaluación de tamizaje y diagnóstico de la persona con riesgo a glaucoma
- c. Referencia para diagnóstico y tratamiento de glaucoma
- d. Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma
- e. Tamizaje, evaluación y diagnóstico de errores refractivos en niños de 3 a 11 años
- f. Referencia de niños con errores refractivos
- g. Manejo, evaluación, tratamiento y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial para lograr pacientes controlados.
- h. Manejo de emergencia y urgencia hipertensiva
- i. Tamizaje, tratamiento y control de personas con dislipidemia



- j. Evaluación, manejo, tratamiento y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus para lograr pacientes controlados
- k. Detección, evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo a retinopatía diabética
- l. Referencia para diagnóstico y tratamiento de retinopatía diabética
- m. CAPTACION para detección de cáncer de colon y recto
- n. CAPTACION para detección de cáncer de próstata
- o. Entrega de resultados de tamizaje de cáncer de próstata
- p. Ejecutar actividades de diagnóstico y tratamientos médicos en pacientes de todos los cursos de vida.
- q. Elaborar y documentar de manera adecuada el registro de la historia clínica, prescripción de recetas, citaciones, HISS, formatos únicos de atención (fua) y otros relacionados con la atención para la programación en el SIHCE.
- r. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- s. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.  
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. EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica y otros documentos pertinentes.
- 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 EL DESCANSO, 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 MEDICO CIRUJANO**

**DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**

- Brindar atención médica de forma integral, en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS.
- Producción de FUAS, HIS, referencias y otros.
- Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil y/o telemedicina dentro de sus competencias profesionales.





**REQUISITOS OBLIGATORIO:**

- Título Profesional de Médico Cirujano (obligatorio)
- Resolución de Termino SERUMS
- Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente
- Certificado, Diploma o constancia de capacitaciones en detección de glaucoma y enfermedades no transmisibles
- 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

**EXPERIENCIA**

Acreditar Experiencia mínima de 02 años (incluido SERUMS)

**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 un informe, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Termino de Referencia., conforme a la siguiente:

Actividad	Producto por Entregable	Fuente de Verificación
Atención integral.	70	HIS / HCI
Evaluación de tamizaje y diagnóstico de la persona con riesgo a glaucoma	20	
Referencia para diagnóstico y tratamiento de glaucoma	1	
REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CATARATA U OTRAS PATOLOGIAS OCULARES	2	
Evaluación y diagnóstico de errores refractivos en niños de 3 a 11 años	5	
Referencia de niños con errores refractivos, TELECONSULTA	1	
DETECCION DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CON RIESGO DE RETINOPATIA DIABETICA	1	
EVALUACIÓN OCULAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CON RIESGO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA	1	



TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (DISLIPIDEMIA)	3	
ENTREGA DE RESULTADOS DE TAMIZAJE DE CANCER DE PROSTATA (PSA)	2	
ENTERGA DE RESULTADOS DE TAMIZAJES DE COLON, RECTO (THEVENON)	2	
TRATAMIENTO DE PACIENTE HIPERTENSO CONTROLADO	1	
MANEJO DE EMERGENCIA O URGENCIA HIPERTENSIVA	permanente	
CAPACITACION A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	3	
VISITAS A PACIENTES CON DISCAPACIDAD	2	
SEGUIMIENTO O TELEMONITOREO DE IRAS Y EDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	2	
SEGUIMIENTO O TELEMONITOREO DE IRAS Y EDAS EN ADULTOS MAYORES	5	
CUSTODIAR Y HACER BUEN USO DE LOS BIENES PATRIMONIALES ASIGNADOS	Permanente	
DOCUMENTAR Y REDACTA ADECUADA Y CORRECTAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA, DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE, REGISTRO DE CITAS EN LA HISTORIA CLINICA PARA LA PROGRAMAMCION EN EL SIHCE	5	
CONTRIBUIR AL LOGRO DE INDICADORES DEL CONVENIO FED Y GESTION	2	
CAPACIDAD RESOLUTIVA QUE SE REQUIERE EN EMERGENCIAS SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCION	Permanente	
PARTICIPOAR EN LAS ACTIVIDADES DISPUESTAS POR LAS JEFATURAS DEL CENTRO DE SALUD DESCANSO	Permanente	
CUMPLIR 150 HORAS POR ENTREGABLE RESPETANDO LOS HORARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	permanente	

#### 4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- a. **LUGAR:** Centro de Salud EL DESCANSO
- b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 01 entregable, según el siguiente detalle:
  - PRIMER ENTREGABLE hasta los 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
  - SEGUNDO ENTREGABLE hasta los 20 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 EL DESCANSO, 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 Coordinadores de los Programas Presupuestales, 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 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 técnico de la ejecución de las actividades mencionadas en el numeral 4, realizadas





durante el periodo comprendido a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio.

**13. FORMA DE PAGO:**

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

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del jefe del Establecimiento de Salud, Jefe de Microred y Coordinador del Programa Presupuestal de Enfermedades No transmisibles.
- 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 CONDICIONES ADICIONALES**

- El personal contratado de salud 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


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 U.E. 401 R.S. CANAS CANCHIS ESPINAR  
 C.C.E.  
 Lic. Liz G. *[Signature]* Kosado  
 C.E.P. 32091  
 COORDINADORA E.S. BAÑOS NO TRANSMISIBLES

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 cumpla 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, dejo 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, valida 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

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