

## COMUNICADO N° 0569– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, **REALIZA LA CONVOCATORIA** DE LOCACION DE SERVICIOS DE **TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA.....(2)** 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 SCCE (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 12/11/2025
- PRESENTACION DE PROPUESTAS 13/11/2025

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS DE **TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA.....(2)**

- \*-\* **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 - CANGCHIS - CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

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

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0882 - 2025

DOC. REQ. : 5531

INFORME N° 2807-2025-GRUCUSCO/GRSCUAE401/SOCEDAIS

INFORME N° 642-2025-GRUCUSCO/GRSCUAE401/SOCEMRD/IMRED

FECHA 6/11/2025

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 TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA  | Precio por Entregable    |               |          |                 |                  |
| 001                               | SERVICIO DE ATENCION DE PACIENTES Y RECEPCION MEDICAMENTOS.<br>Contratación por locación de SERVICIO DE TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA..... (2) en el C.S. DESCANSO de la UE. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR | 02 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, así también 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. 30° de la LGCP N° 32069), Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones técnicas o términos de referencia o ficha técnica.
- 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)

|  |   |  |                             |
|--|---|--|-----------------------------|
| <br><b>CPC Elizabeth Meza Mendoza</b><br>JEFE DE ADQUISICIONES | <br><b>Gobierno Regional de Cusco</b><br>GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO<br>U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR | <br><b>TCO. Miriam Jessica Ccollana Chuquahuaya</b><br>RESPONSABLE DE COTIZACIONES | FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR |
| V°B° JEFE LOGISTIC   | RESPONSABLE DE ADQUISICIONES  | FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR  | FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR |



SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

**"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"**

**CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TÉCNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA; PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL C.S. EL DESCANSO**

**I.- ASPECTOS GENERALES.**

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| Dependencia              | : | Dirección de Atención Integral de Salud |
| Naturaleza del contrato  | : | Locación de servicios                   |
| Fuente de financiamiento | : | Recursos Ordinarios                     |

**II.- DENOMINACION DEL CONTRATO.**

Contratación de los servicios de técnico de farmacia y/o bachiller en farmacia, para realizar trabajos inherentes del servicio de farmacia que consiste desde la recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los productos farmacéuticos con recetas y seguimiento de pacientes crónicos con su correspondiente tratamiento y cumplir con la normatividad vigente.

**III.- FINALIDAD PUBLICA.**

Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios y asegurados del seguro integral de salud pacientes de la IPRESS que son atendidos por el establecimiento de salud, durante la dispensación de productos farmacéuticos y todas las actividades administrativas propias del servicio de farmacia para cumplimiento de los convenios de gestión, incluidas en la prestación de los establecimientos de salud priorizados para el presente términos de referencia.

**IV.- ANTECEDENTES.**

La Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar viene realizando atenciones integrales a la población afiliada al Seguro Integral de Salud con la población afiliada al seguro integral de salud en el primer nivel de atención con el fin de garantizar la atención y satisfacer las necesidades de salud del usuario que acuden al establecimiento de salud. Por lo antes mencionado es que se necesita locador que realice trabajos inherentes al servicio de farmacia para una adecuada dispensación de productos farmacéuticos que incluye todas las actividades realizadas desde recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los productos farmacéuticos con su respectiva receta, como también la elaboración de los respectivos informes mensualmente y así mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población de la jurisdicción de los establecimientos de salud en mención.





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

**“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”**

**V.- OBJETIVOS DE LA CONTRATACION.**

Contratar a una persona natural que preste servicios en materia de técnico en farmacia y/o bachiller Químico farmacéutico para garantizar trabajos inherentes al servicio de farmacia para una adecuada dispensación de productos farmacéuticos que incluye todas las actividades realizadas desde recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente los productos por un periodo detallado en el cuadro anexo del presente termino de referencia.

**VI.- ALCANCE Y DESCRIPCION DEL SERVICIO.**

El servicio implica cumplimiento de las atenciones para el establecimiento de salud del C.S. EL DESCANSO a través de todas las actividades que implican en la unidad de farmacia de la U.E. 401 SCCE. Para lo cual se requiere.

**VII.- PERFIL DEL LOCADOR**

a) Requisitos mínimos

1. Formación Académica: Título de Técnico en Farmacia y/o Bachiller de Químico Farmacéutico.
2. Experiencia: Experiencia mínima de 01 año en Entidades Públicas o Privadas, en farmacias Autorizadas\* ejerciendo funciones inherentes a su profesión.
3. Constancia del Manejo del SISMED. (OBLIGATORIO)
4. RUC activo y habido.
5. Registro Nacional de Proveedores (RNP)

\*CONSTANCIA DE DMID DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO QUE OTORGA EL DOCUMENTO DE EXPERIENCIA (OBLIGATORIO)

b) Actividades a realizar.

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos 1000 recetas aproximadamente.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 1000 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo y verificación de las recetas dispensadas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos mensualmente
- Cumplimientos de la buena práctica de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios. Debe obtener más de 90% de la ficha de evaluación.





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

**“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”**

- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido etc. de las actividades que no son propios de farmacia
- Implementación de todas las áreas del Servicio de farmacia según normatividad vigente.

c) Conocimiento y habilidades técnicas

. Competencia

- Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas
- Conocimiento de los procesos del SISMED
- Manejo del aplicativo SISMED 2.5
- Persona proactiva, tolerante, flexible, adaptable y con capacidad de solucionar conflictos creativamente.
- Compromiso institucional buscando la excelencia
- Capacidad de trabajar en equipo y liderazgo
- Disponibilidad inmediata.
- No estar impedido para contratar con el estado y/o entidades Privadas.
- No haber tenido observación en la labor prestada con la RSCCE

**VIII.- ENTREGABLES**

. a.- Primero

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos 1000 recetas promedio.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 400 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo de las recetas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos
- Cumplimientos de la buena práctica de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios
- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido, etc. de las actividades que no son propios de farmacia
- Evaluación de ficha con más del 90% de puntaje
- Mantener pulcritud y limpieza den el ambiente de farmacia





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

**"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"**

**IX.- LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DE SERVICIO**

| LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO | PERIODO DE EJECUCION |
|---------------------------------|----------------------|
| C.S. EL DESCANSO                | 2 ENTREGABLES        |

**X PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO.**

Se efectuará en (02) entregables, los cuales serán presentados en la unidad del sismes de acuerdo al siguiente detalle.

- 1er entregable (hasta los 25 días contabilizados a partir del día siguiente de la firma del contratado)
- 2do entregable (hasta los 50 días contabilizados a partir del día siguiente de la firma del contratado)


**XI.-CONFORMIDAD**

La conformidad será otorgada por el responsable del SISMED de la U.E: 401 RSCCE

**XII- FORMA DE PAGO**

*La entidad realizará el pago será por cada entregable a favor del contratista.*

RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
SISMED

  
-----  
Q.F. Freddy Pimentel Frisancho  
C.Q.F.P 01311

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.

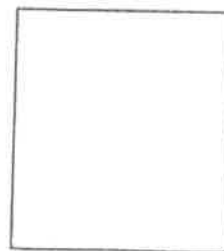
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

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