

COMUNICADO N° 0176 – 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 ENFERMERIA.....(9) PARA:

- IPRESS EL DESCANSO.....(9)

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 16/04/2025
- PRESENTACION DE PROPUESTAS
- DESDE 21/04/2025 HASTA 22/04/2025



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 : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SUCUANI CANCHIS CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0190-2025

DOC. REQ.: 861

INFORME N° 0422-2025.G.R.CUSCO/GRSC/U.E.401/RSSGCCB/DAIS

FECHA: 16/04/2025

RAZON SOCIAL:

RUC:

DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO:

NUMERO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI:

TELEFONO FIJO:

TELEFONO MOVIL:

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
001	SERVICIO DE AUXILIAR EN ENFERMERIA.....(09) CONTRATACION DE SERVICIO POR OCACION DE SERVICIO TECNICO EN ENFERMERIA.....(09) LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: PRESSI. DESCANSO. SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA		08 entregables según IDR	SERVICIO	1		
PRECIO TOTAL OFERTA S/-							

CONDICIONES DE VENTA:

- Plazo de entrega: Dias calendarios.
- Plazo de reposición del bien o servicio defectuoso: Dias calendarios.
- Garantía comercial del bien o del servicio: meses desde la prestación 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:

- Declaración jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la L.C.E. N° 30225), Adjunto a la presente.
- Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones técnicas o terminos 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 cotización.

PENALIDADES:

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

	<p>Georfranco COMEZ QUIISPE RESPONSABLE DE ADQUISICIONES</p>	<p>CPC. Waldir Soto Hichillumpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES</p>	
V°B° JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



TERMINO DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE TÉCNICO EN ENFERMERÍA 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 de Técnico en Enfermería 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 Técnico en Enfermería, para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, genero e interculturalidad en población usuaria, 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
- Coadyuvar el logro oportuno de los objetivos, metas e indicadores de la, en beneficio de la población
- 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.
- Fortalecer la atención integral de salud
- Cumplimiento del "PLAN DE IMPLEMENTACIÓN MULTIANUAL PARA LA PUESTA EN OPERACIÓN DE CS EL DESCANSO, PERIODO 2024 -2026"

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 ACTIVIDADES:

El locador de servicios, técnico en Enfermería, realizara las actividades que se detallan a continuación:

- a. Actividades de atención integral en el curso de vida niño, consideradas en el modelo de cuidado de atención integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad.
- b. Recepción en admisión y triaje.
- c. Organizar y custodiar las historias clínicas
- d. Orientar sobre el procedimiento de atención
- e. Realizar seguimiento y visitas domiciliarias
- f. Asistencia en los servicios de enfermería, medicina, obstetricia, odontología, ginecología y pediatría, según programación horaria y turnos.
- g. Asistencias en los servicios de tópico emergencia
- h. Asistencia en el área de admisión y triaje para la toma de funciones vitales y el triaje a los pacientes según prioridad
- i. Realizar limpieza de pacientes en las áreas de internamiento
- j. Preparar los insumos tales como: apósitos gases torundas de algodón



- k. Preparar el material quirúrgico de los servicios de obstetricia, odontología, medicina tópica emergencia para su uso
- l. Realizar la limpieza desinfección y esterilización de los insumos materiales de tópico emergencia, del servicio de obstetricia, servicio de odontología y los que se requiere
- m. Mantener en buenas condiciones la central de esterilización para su funcionamiento según las guías de desinfección y esterilización de equipos médicos
- n. Ayudar al personal médico y profesional en la atención de pacientes
- o. Administrar tratamientos y proporcionar medicamentos
- p. Organizar a los pacientes que esperan ser atendidos
- q. Limpiar el ambiente
- r. Tomar datos de los pacientes
- s. Apoyar a los profesionales en campañas de salud
- t. Registrar datos de los pacientes en las historias clínicas
- u. Participar en las actividades del equipo multidisciplinario en favor de los usuarios.
- v. Actividades extramurales a solicitud el jefe del servicio y/o de la microred
- w. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- x. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.
- y. 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 de la IPRESS EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- 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 de la IPRESS 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 TÉCNICO EN ENFERMERÍA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none">Realizar actividades en el marco del Modelo Cuidado Integral de Salud.Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil dentro de sus competencias profesionales.
REQUISITOS OBLIGATORIO:
<ul style="list-style-type: none">Título de Técnico en Enfermería (obligatorio)Copia de DNIRUC vigente, activo y habido.RNP activo 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.Disponibilidad inmediata.
COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none">Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.Trabajo en equipo y liderazgo.Compromiso institucional buscando la excelencia.Manejo de programas informáticos.Capacidad analítica y organizativaBuen trato al usuarioObservación y autocríticaGestión del tiempo y los recursosHabilidad comunicativaGestión de momentos conflictivosConocimiento de buenas prácticasCapacidad de tolerancia bajo presión

4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar informes en cada entregable, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Terminó de Referencia.

Por entregable las actividades como mínimo estarán consideradas:

- 180 atenciones por entregable como mínimo registradas en: Hojas HIS, SIHCE, Cuaderno de control, hojas de visitas, u otros donde se pudieran evidenciar la atención a los pacientes o asistencia en los servicios de consulta externa, tópico u otros que se le hubieran asignado.



4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- LUGAR:** IPRESS EL DESCANSO
- PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 08 entregables, según el siguiente detalle:



- Primer Entregable hasta los 30 (Treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo Entregable hasta los 60 (sesenta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Tercer Entregable hasta los 90 (noventa) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Cuarto Entregable hasta los 120 (Ciento veinte) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Quinto Entregable hasta los 150 (Ciento cincuenta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Sexto Entregable hasta los 180 (Ciento ochenta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Séptimo Entregable hasta los 210 (Doscientosdiez) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Octavo Entregable hasta los 240 (Doscientos cuarenta) 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 IPRESS 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 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 entregado el informe y después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar el informe del entregable detallando 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 PPENT.
- 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.

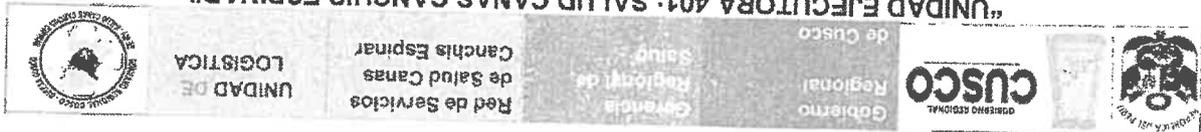
Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de Servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área Usuaria

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.



Attestado por el
Director de Atención Integral de Salud
Cusco, Canas Canchis Espinar
COP. 21024



“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 Nº

REPRESENTANTE LEGAL DE

CON RUC Nº DIRECCIÓN

TELÉFONO Nº CORREO ELECTRÓNICO

DECLARACIÓN 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 Nº 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 Nº 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

"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.

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 _____, domicilio(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 ARTICULO 40 DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL PERU 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 contratación 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