

## COMUNICADO N° 0037 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA AMPLIACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIO DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN PSICOLOGIA PARA EL:

- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD PAMPAPHALLA**

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](mailto: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	06/03/2025
PRESENTACION DE PROPUESTAS	07/03/2025





**UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR**

RUC : 20527179221

DIRECCION : AV. PACHACUTEC (VIA EVIT. PANAMERICANA SUR - BR. JANACPAMPA-CHUMO- SICUANI - CANCHIS - CUSCO

TELEFONO : 084-352765

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

**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0036 - 2025

DOC.REQ.: 374

INFORME.Nº-0025-2025-G.R.CUSCO/IGDRSCU.E.401/SCCE/DAIS/PP/PSM

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	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	CONTRATACION DE SERVICIO	Precio por Entregable				
001	ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN PSICOLOGIA Contratacion de atenciones especializadas en psicologia por locacion de servicios para el centro de salud de pampaphalla.	03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA						
<b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b>						

**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.

**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. 11º de la LCE Nº 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 Nº30225,Regl.D.S.Nº350)

VºBº 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 Carmen Gomez Quispe RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS, CANCHIS CUSCO CPC, Waldy Soto Hichillumpa RESPONSABLE DE COTIZACIONES	

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN PSICOLOGIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE PAMPAPHALLA**

**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 por Locación de Servicios de Atenciones Especializadas en Psicología para el centro de salud de pampaphalla.

- **Objetivo de la Contratación:**  
 Contrato de (01) Psicólogo para que realice el Servicio de Atenciones Especializadas en Psicología para el centro de salud de pampaphalla.

- **Finalidad Pública:**  
 Es la atención, que se basa en el enfoque comunitario con el fin de prevenir y promover la salud mental y en donde se trabajan el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como las problemáticas de salud mental más severas.

**3. Términos de Referencia:**

**a. Actividades del profesional de Psicología ipress 1er nivel de atención:**

- 150 atenciones en salud mental de los casos positivos captados (en promedio seis por turno) mínimamente
- Seguimiento al convenio FED de gestantes con paquete mínimo de atención.
- 20 visitas domiciliarias
- 5 talleres psicoeducativos (sesiones de habilidades sociales y familiar fuertes)
- Participación en campañas intra y extra murales.
- Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
- Coordinar y desarrollar las actividades de Psicología con las diferentes etapas de vida, estrategias sanitarias y Promoción de la Salud.

**b. Perfiles requeridos para la contratación:**

- **Psicólogo:**

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de psicólogo	Conocimiento en el manejo con pacientes con problemas mentales severos
Curso de salud mental.	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Resolución de termino de SERUMS	Disponibilidad inmediata
Constancia de habilitación profesional 2025 vigente	Solidaridad, honradez, responsabilidad, buen trato y trabajo en equipo
Experiencia Profesional mínima 1 año (incluido serums)	

**c. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

- RUC activo y vigente
- Registro Nacional de Proveedores.
- DNI vigente

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

- **LUGAR:** Centro de salud de pampaphalla.

MINISTERIO DE SALUD  
 DISEÑO  
 RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
 P. Paul [Signature]  
 C. [Signature]

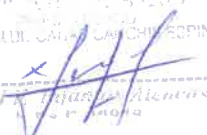
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

- **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregable.
  - Primer entregable hasta los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
  - Segundo entregable hasta los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
  - Tercer entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
  
- e. **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.
  
- f. **FORMA DE PAGO:**

Para la presente contratación el pago se realizará después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria; teniendo en cuenta el pago se realizara luego de otorgada la conformidad de todas las actividades desarrolladas por el profesional en el centro de salud pampaphalla, para ello el locador tendrá que presentar el informe del entregable detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del del jefe del Establecimiento de Salud.
  
- g. **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.

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
  
D<sup>o</sup> *[Nombre]*  
[Cargo]



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

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

YO .....CON 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.