

## COMUNICADO N° 0056 – 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 SERVICIO DE ATENCION MEDICA PARA EL:

- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD IPRESS YAURI**

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)

SO+A666:H726LICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0054 - 2025

DOC. REQ. : 317  
INFORME N° 0127-2025/G.R. C/GRS.C/U.E.401.SCCE/DAIS

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	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
001	SERVICIO DE ATENCION MEDICA CONTRATACION DE PROFESIONAL MEDICO GENERAL PARA ATENCION INTEGRAL IPRESS YAURI SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA		02 entregables según TDR	SERVICIO	1		
<b>PRECIO TOTAL OFERTA S/.</b>							

**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 rechazará este documento de presentar enmendaduras o borrones.

**DUCUMENTOS 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 LCE 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 IUT el 10% como máximo al monto total, Según Directiva Interna .
- Mayores a 8 UIT 10% como máximo al monto total, Según LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°30225, Regl.D.S.N°350)

VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
--------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------



Red de Servicios  
de Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección de  
Atención  
Integral de  
Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"  
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

## TÉRMINO DE REFERENCIA

### CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL MEDICO GENERAL PARA ATENCION INTEGRAL DE LA POBLACION EN RIESGO DE EXPOSICION A METALES PESADOS, METALOIDES Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS, EN EL MARCO DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL POR CURSO DE VIDA

#### 1. Nombre del Servicio Requerido

Contratación de Medico General en la modalidad de Locación de Servicios en el marco de Atención de personas Expuesta a Metales Pesados.

#### 2. Dependencia

Unidad Ejecutora N° 401 Salud Canas Canchis Espinar – Estrategia Sanitaria de Metales Pesados

#### 3. Finalidad

Contribuir con la atención integral a favor de la población expuesta a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, en el marco del Modelo del Cuidado Integral de Salud de la población expuesta a metales pesados metaloides por cursos de vida.

#### 4. Objetivo de la Contratación

##### OBJETIVO:

Contrata de médico general para la atención integral de salud con enfoque de derechos humanos, genero e interculturalidad en población priorizada por riesgo de exposición a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario
- Brindar la atención médica 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.
- Seguimiento a las personas expuestas a metales pesados y metaloides, con resultados de dosajes conforme a padrón nominal
- Aplicación de las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por arsénico, cadmio, mercurio y plomo
- Fortalecer la atención integral de salud

#### 5. Actividades a Realizar por cada Entregable





Gobierno Regional de Cusco

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Dirección de Atención Integral de Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"  
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

- Cumplir con las normas de la Institucion
- Brindar atención médica de forma integral, a personas expuestas, potencialmente expuestas y afectados por exposición a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS, con una productividad de un promedio de 400 atenciones por servicio entregado.
- Brindar el paquete básico de atención en el marco de los Programas Presupuestales, Estrategias Sanitarias y Cursos de vida (niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor y gestante).
- Evaluación médica a personas con resultados de dosaje de metales pesados, los cuales deben tener sus resultados de biomarcadores de efecto evidenciado en el padrón nominal.
- Producción de FUAS, HIS, referencias y/o referencias y otros.
- Realizar otras actividades en el marco del Modelo Cuidado Integral de Salud.
- Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil y/o telemedicina dentro de sus competencias profesionales.
- Desarrollo de programas de capacitación.
- Otras funciones que le asigne el Jefe de la Microred y/o Jefe de la IPRESS de acuerdo a las necesidades institucionales.



## 6. Perfil Mínimo Requerido

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia (acreditada con contratos, certificados o constancias de trabajo)	Experiencia comprobada en el ejercicio de su profesión no menor de Un (01) año en el sector público, incluido el SERUMS. (obligatorio)
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona de buen trato, amable.</li> <li>• Buenas relaciones interpersonales.</li> <li>• Facilidad para interactuar en grupos y capacidad de liderazgo</li> <li>• Persona dinámica y entusiasta.</li> <li>• Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.</li> </ul>
Formación Académica, Grado Académico y/o Nivel de estudios y otros requisitos	Contar con título profesional médico cirujano (obligatorio) Contar con Habilitación Profesional vigente (obligatorio) Contar con Resolución de término de SERUMS (obligatorio) Contar con Registro Nacional de Proveedores RNP vigente (obligatorio) Contar con copia RUC vigente (obligatorio) No tener vínculo laboral con otra IPRESS (obligatorio) No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil
Conocimientos para el puesto	Conocimiento en Normas Técnicas RM N° 168-2022MINSa, RM N° 030-2020-MINSa, RM N° 1026-2020-MINSa, RM N° 757-2013 MINSa, RM N° 400-2017/MINSa, DS 037-2021-MINAM, LEY N° 31189, DECRETO SUPREMO N° 007-2023-SA



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"  
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

## 7. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

**LUGAR:** IPRESS Yauri y comunidades priorizadas por exposición a metales pesados y metaloides

**PLAZO:** El servicio se ejecutara en un plazo de 60 días calendarios, computado a partir del día siguiente de la suscripción del contrato, la atención por el profesional médico está en el marco del cumplimiento del Artículo 10º del Decreto Supremo N° 0019-83-PCM, que Reglamenta la Ley 23536 de trabajo y carrera de los profesionales de la salud.

- **Primer Entregable:** Hasta 30 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de la suscripción del contrato:

Informe del número de muestras procesadas y número de pacientes expuestos a metales pesados con resultado de dosaje de metales pesados atendidos.

- **Segundo Entregable:** Hasta 60 días calendarios el cual empieza a regir al día siguiente de haber presentado el primer entregable:

Informe del número de muestras procesadas y número de pacientes expuestos a metales pesados con resultado de dosaje de metales pesados atendidos.



## 8. FORMA DE PAGO

La entidad se obliga a pagar la contraprestación al prestado de servicios en nuevos soles, en ENTREGABLES o de acuerdo a contrato entre las partes, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.

## 9. CONFORMIDAD

Para efectos del pago de la contraprestación ejecutadas por el contratista, la entidad deberá contar con la siguiente documentación:

Informe de Conformidad emitido por el coordinador de la ES. Metales Pesados de la RSCCE, el cual contendrá el informe del jefe del Establecimiento dando el visto bueno al Informe detallado de las actividades realizadas por el profesional contratado indicadas en el numeral 5.

## 10. Resolución de Contrato y/u Orden

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales la Red de Salud Canas Canchis Espinar procederá a resolver el contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 135 y 136 del Reglamento de la Ley de Contrataciones de Estado.

## 11. Base Legal.

La presente contratación se encuentra regulada por el código Civil vigente (Artículo 1764 al 1770-Decreto Legislativo 295), no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el locador contratado, el mismo que desarrolla actividades de carácter permanente, no generando derecho laboral alguno como consecuencia de la prestación autónoma de sus servicios.



Gobierno  
Regional  
del Cusco

Red de Servicios  
de Salud Canas  
Canchis Espinar

Dirección de  
Atención  
Integral de  
Salud



"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"  
"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

## 12. Costo y Financiamiento de la contrata

Los costos del proceso de contratación son financiados por la RSCCE, a través de la ESRVCREMPyOSQ.

MINISTERIO DE SALUD  
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR  
*[Signature]*  
Dgo. *Bareida Valdez Castillo*  
C B P N° 8579

**"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.