

## COMUNICADO N° 0071 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE SERVICIO DE CONTROL DISPOSICION PRODUCTOS FARMACEUTICOS DISPOSITIVOS MEDICOS. (TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER QUIMICO FARMACEUTICO) PARA:

- ESTABLECIMIENTO PUESTO DE SALUD CHECACUPE

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 | 07/03/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS     | 10/03/2025 |







**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: 070 - 2025

DOC. REQ. : 390

INFORME N° 046 - 2025-UISISMED - RSOCE

FECHA 7/03/2025

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

RUC: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

CODIGO 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	<b>CONTRATACION DE SERVICIO</b> <b>SERVICIO DE CONTROL Y DISPOSICION PRODUCTOS FARMACEUTICOS DISPOSITIVOS MEDICOS</b> Contratación de los servicios de tecnico en farmacia y/o bachiller en farmacia, para realizar funciones en el servicio de farmacia del cs. <small>Checkacure</small>		02 entregables según TDR	SERVICIO	1		
<b>SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA</b>							

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 tambien 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. 11° de la LCE N° 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 N°30225, Regl.D.S.N°350)

 <b>JEFATURA LOGISTICA</b>	 <b>Raul Santandrea Cusi</b> <b>ADQUISICIONES</b>	 <b>CPC Walker</b> <b>RESPONSABLE DE COTIZACIONES</b>	 <b>RESPONSABLE DEL PROVEEDOR</b>
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"**

## **SERVICIO DE APOYO SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA TERMINOS DE REFERENCIA**

CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TÉCNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA; PARA REALIZAR FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL P.S. CHECACUPE

### **I.- ASPECTOS GENERALES.**

Dependencia : Dirección de Atención Integral de Salud  
Naturaleza del contrato : Locación de servicios  
Fuente de financiamiento : Donaciones y transferencia

### **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, que son atendidos por los establecimientos 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.





**“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 los establecimientos de salud del P.S. CHECACUPE 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 Almacén de Productos Farmacéuticos Autorizados\* ejerciendo funciones inherentes a su profesión.
3. Constancia del Manejo del SISMED.
4. RUC activo y habido.
5. Registro Nacional de Proveedores (RNP)

**\*CONSTANCIA DE DMID DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO OBLIGATORIO**

b) Actividades a realizar.

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos 350 - 550 recetas aproximadamente.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 550 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo y verificación de las recetas 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.
- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido etc. de las actividades que no son propios 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”**

---

- - Implementación de las áreas administrativas.
- 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
    - El personal será asignado al lugar de prestación de acuerdo al puntaje obtenido según ranking

**VIII.- ENTREGABLES**

**a.- Primer entregable**

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos – 350 recetas promedio.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 350 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
- 







SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

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

**b.-Segundo entregable**

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos – 350 recetas promedio.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 350 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 de 90% de puntaje

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

LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	PERIODO DE EJECUCION
P.S. CHECACUPE	2 ENTREGABLES

**X PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO.**

Se efectuará en (2) 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





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



**"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"*

## 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.

