

COMUNICADO N° 0331- 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION SERVICIOS DEL **DE UN PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO...PARA:**

- **LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR SISMED..... ()**

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 | 11/06/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 12 Y 13/06/2025 |



NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:
PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO ()

**PARA: LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
SISMED ()**

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 SUCUNI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0480- 2025

DOC. REQ.: 1923

INFORME N° 195-2025 U/SIMED-RSCCE

FECHA

11/06/2025

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
	CONTRATACION DE SERVICIO						
001	SERVICIO ESPECIALIZADO PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO () CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIO DE UN PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO PARA LABORAR EN LA UNIDAD EJECUTORA DE LA U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR SISMED..... ().		02 entregables según TDR	SERVICIO	1		

SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA

PRECIO TOTAL OFERTA S/.

CONDICIONES DE VENTA:

1. Plazo de Entrega: Dias calendarios.

2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: Dias calendarios.

3. 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.**DUCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:**

1. 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° 32069),Adjunto a la presente.

2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.

3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

PENALIDADES:

1. Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna .

2. Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°32069)

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUF
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Raul Santander Cusi

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

CPC: Walter Soto Hinojosa
RESPONSABLE DE COTIZACIONES

VºBº..JEFE LOGISTIC

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

U.E. 401 Red de Servicios de
Salud Canas Canchis Espinar

SISMED



SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

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

TERMINOS DE REFERENCIA

CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS DE PROFESIONAL DE LA SALUD

QUIMICO FARMACEUTICO ALMACEN SISMED RSCCE

I. GENERALIDADES

1. OBJETO DEL CONTRATO:

Contratar UN (01) Profesional QUÍMICO FARMACÉUTICO para laborar en la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar-SISMED.

2. FINALIDAD PÚBLICA

El SISMED, (Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos), es una estrategia de Salud pública que tiene por objetivo Mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población, especialmente de aquella de escasos recursos económicos, enmarcado en los lineamientos de lucha contra la pobreza y descentralización. Basado en los principios de: Equidad y Solidaridad, Racionalidad, Integridad, Descentralización y Calidad.

El SISMED tiene por finalidad establecer los procesos técnicos y administrativos estandarizados y articulados respecto a la selección programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. También realizar la gestión de información, financiamiento, supervisión, monitoreo, evaluación y asistencia técnica del sistema de suministro de los mencionados productos en todas las dependencias y establecimientos de salud de la Unidad Ejecutora 401 SCCE.

3.- ANTECEDENTES.

SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS (SISMED).- conjunto de procesos técnicos y administrativos, estandarizados y articulados bajo los cuales se desarrolla la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y utilización de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos; así como, el monitoreo, control, supervisión, evaluación y manejo de información en las dependencias y establecimientos de la RSSCC del Ministerio de Salud, no pudiendo existir sistemas de suministros paralelos.

Son recursos del SISMED todo el stock de productos farmacéuticos insumos médico-quirúrgicos existente en los almacenes, y/o servicios de Farmacia de la Dirección Regional de Salud, Dirección Sub Regional de Salud, Dirección de Salud, hospitales, institutos especializados, centros de salud, puestos de salud y CLAS, así como los recursos financieros provenientes de los reembolsos de medicamentos e insumos médico quirúrgicos del Seguro Integral de Salud, del Programa de Administración de Acuerdo de Gestión, recursos ordinarios y recursos directamente recaudados por la comercialización de los mismos.





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

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

4.- DEPENDENCIA UNIDAD ORGANICA Y/O SERVICIO SOLICITANTE

Sistema Integrado de Suministro e Insumos Medico Quirúrgicos SISMED - RSSCCE.

5.- PERFIL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUIMICO FARMACEUTICO

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	- Experiencia laboral general no menor de (24) meses requerido en el sector público /privado, en almacenamiento de Medicamentos y/o establecimientos farmacéuticos privado. (obligatorio)* *Establecimiento autorizado por DMID - Experiencia laboral específica no menor de cinco meses en Almacén Especializado de medicamentos.
Competencias	- Vocación de servicio al usuario - Desempeño de sus actividades con confidencialidad y responsabilidad. - Capacidad de trabajo bajo presión. - Capacidad para trabajo en equipo. Orientación a resultados: logros concretos a corto plazo.
Formación Académica, grado académico y/o nivel	- Título de Químico Farmacéutico (obligatorio) - Habilitación profesional (obligatorio)
Cursos y/o estudios de Especialización	- Dominio de Ofimática a nivel intermedio (Word, Excel) (deseable) - Conocimiento del software del SISMED, acreditado con documento. (obligatorio) - Conocimiento de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, acreditado con documento. (obligatorio) - Constancia de cursos de almacén de Medicamentos (deseable)
Requisitos para el puesto y/o cargo: mínimos o indispensables y deseables	- Conocimiento indispensable en farmacovigilancia y Tecnovigilancia - Conocimiento en el manejo de medicamentos e Insumos Médicos, Reactivos de Laboratorio y cadena de frío, Insumos odontológicos - Disponibilidad para realizar viajes a EESS - Conocimiento de reporte de reacciones de adversas en Vigiflow, notimedic y notivac, etc. - Conocimiento de reporte de oxígeno medicinal en la plataforma de Renoxi MINSA. Requisitos - Copia de Título Profesional. - Copia simple del DNI (obligatorio) - RUC (obligatorio) - RNP (obligatorio)





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

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

6.- LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS

Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar Almacén SISMED para manejo del almacén de productos farmacéutico, insumos médicos y dispositivos médicos en la Red y labores inherentes al almacén especializado.

7.- PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será de 50 días calendarios, en dos entregables:

- Primer entregable: Sera de 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo Entregable: Sera de 50 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

8.- PRINCIPALES TAREAS A REALIZAR

- Proponer Directivas y procedimientos relacionados a la gestión para el Suministro de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos utilizados por las Intervenciones Sanitarias cadena de frio y manejo del oxígeno medicinal
- Absolver consultas formuladas por entidades en aspectos técnicos relacionados a normatividad del SISMED.
- Analizar y evaluar la información de reporte de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos del SISMED.
- Brindar asistencia Técnica a DISA/DIRESA/GERESA/institutos/Hospitales Unidades Ejecutoras respecto a la gestión del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos.
- Analizar y evaluar la disponibilidad de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos del MINSA.
- Proponer estrategias que fortalezca la gestión del Sistema de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos.
- Realizar el monitoreo y asistencia técnica de la gestión del Sistema de Información del SISMED.
- Participar en eventos, comisiones o en equipos de trabajo vinculados en el ámbito de su competencia.
- Distribución de Productos farmacéuticos mensual a los 52 EESS del ámbito de la Red.
- Las demás tareas que le asigne el superior inmediato.

09.-CONTROL DURANTE LA EJECUCION CONTRAFACTUAL

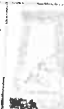
Área supervisora

- o Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS) RSSCCE
- o Responsable SISMED.

10.-ÁREA QUE BRINDARA LA CONFORMIDAD DE SERVICIO.

Se dará la conformidad del servicio previo informe del responsable del SISMED-RSSCCE, para ser remitida a su vez a la Unidad de Logística.





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Secretaría
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.



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

YOCON 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