

COMUNICADO N° 0415 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE **MÈDICO PSIQUIATRA** PARA EL:

- **CENTRO DE SALUD MENTAL MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR**

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 | 27/08/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 28/08/2025 |

NOTA:

- ESCRIBIR EN EL ASUNTO:
- EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA: **MEDICO PSIQUIATRA.**
- PARA: **EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR.**

NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS, SOLO SERÀ VALIDA LA PRIMERA PROPUESTA PRESENTADA.

EL ENVIO DEL CV ES PERSONAL, NO SE ACEPTARÁ, CORREOS DE TERCEROS.



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

RUC : 20527179221

DIRECCION : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SUCUNI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

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

Numero Cotizacion:

0668-2025

DOC.REQ.: 4165

INFORME N° 1863-2025 G.R.CUSCO/GRSCAU E 401/SCCE/DAIS
INFORME N° 148-2025 G.R.CUSCO/DRSCAU E 401/SCCE/DAIS/PPCyPSM

FECHA

27/08/2025

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
	SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA						
001	SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN PASIQUIATRIA UN PROFESIONAL MEDICO PSIQUIATRA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR..... ()		04 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**DOCUMENTOS 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)

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINARLic. Ramiro Loayza Vargas
RESPONSABLE DE ADQUISICIONESGOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINARCPC. Waldir Soto Hichillumpa
RESPONSABLE DE COTIZACIONES

V°B° JEFE LOGISTIC

RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS DE ATENCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS EN PSIQUIATRIA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR

1. Área Usuaría 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 Servicios por Terceros, para la Atención Médica Especializada en Psiquiatría para el Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Médico con especialidad en Psiquiatría para que realice las atenciones especializadas en psiquiatría en el Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- Finalidad Pública:

Es la atención en el Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar, a través de la evaluación y diagnóstico, Tratamiento farmacológico en diferentes etapas de vida, tratamiento de casos de trastornos afectivos (depresión, ansiedad y conductas suicidas), problemas por el consumo de alcohol, y el desarrollo de trastornos mentales graves (psicosis, esquizofrenia), para lo cual es de vital importancia poder realizar la atención oportuna con un especialista en medicina psiquiátrica, para la recuperación, tratamiento y seguimiento de estos usuarios, con el fin de lograr la reinserción a la sociedad. Todo esto en cumplimiento de la reforma de la ley de salud mental Ley N°30947.

3. Términos de Referencia:

Actividades del Médico Psiquiatra (por entregable):

- Realizar 200 atenciones por entregable las cuales serán coordinadas y proporcionadas por el establecimiento de salud, considerando dentro de mencionadas actividades las 25 consultas médicas especializadas mínimamente por turno en establecimiento (Evaluación, diagnóstico, Tratamiento farmacológico y visitas domiciliarias en diferentes etapas de vida)
- Seguimiento de usuarios a través de teletrabajo
- Participación en los acompañamientos clínicos psicosociales.
- Atención y seguimiento en el establecimiento de salud.
- Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.
- Reuniones clínicas mensuales para análisis de caso o fortalecimiento de competencias con los profesionales del Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar. (presencial o virtual)

4. Perfiles requeridos para la contratación:

- Médico Psiquiatra:

PERFIL OBLIGATORIO	PERFIL COMPLEMENTARIO
Título profesional de Médico Cirujano	Conocimiento en el manejo de computación (Excel, Power Point y Word).
Registro Nacional de Especialista en psiquiatría	De preferencia con conocimiento Básico de quechua.
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 de 1 año como médico a parte del serums.	



5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- RUC activo y habido
- Registro Nacional de Proveedores

6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO:

a. **LUGAR:** Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar

b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 04 entregables, según el siguiente detalle:

- Primer entregable a los 30 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo entregable a los 60 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Tercer entregable a los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Cuarto entregable a los 120 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

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.

8. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará en un solo pago por entregable después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar el entregable de manera mensual detallando las actividades desarrolladas, el mencionado informe tiene que contener el visto bueno del jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

9. 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.

GOBIERNO REGIONAL - CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD
CANAS CANCHIS ESPINAR
Ps. Paul C. Cárdate
C. R. P. 1843



"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

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