

COMUNICADO N° 0460– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA AMPLIACION DE LA CONVOCATORIA DE LOCACION SERVICIOS DE **UN PROFESIONAL MEDICO GINECO OBSTETRA(1)** PARA:

- **EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO..... (1)**

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 | 11/09/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 12/09/2025 |



NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:

PROFESIONAL MEDICO GINECO OBSTETRA (1)

PARA: CENTRO DE SALUD EL DESCANSO (1)

EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MISMO LUGAR Y LA MISMA CONVOCATORIA, **NO SE LE CONSIDERA** LA POSTULACION SI SE PRESENTARA A LAS DOS O MAS CONVOCATORIAS CON EL MISMO FIN DEL SERVICIO Y EL MISMO LUGAR.

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



COMUNICADO N° 0448– 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION SERVICIOS DE **UN PROFESIONAL MEDICO GINECO OBSTETRA(1)** PARA:

- **EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO..... (1)**

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 | 05/09/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 08/09/2025 |



NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:

PROFESIONAL MEDICO GINECO OBSTETRA (1)

PARA: CENTRO DE SALUD EL DESCANSO (1)

EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MISMO LUGAR Y LA MISMA CONVOCATORIA, **NO SE LE CONSIDERA** LA POSTULACION SI SE PRESENTARA A LAS DOS O MAS CONVOCATORIAS CON EL MISMO FIN DEL SERVICIO Y EL MISMO LUGAR.

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.gop.pe**SOLICITUD DE COTIZACION**

Numero Cotizacion: 0719- 2025

DOC. REQ. : 4152

INFORME N° 01840-2025 G R CUSCO/DRSCU E 401/RSSCCE/DAIS
INFORME N° 0304-2025 G R CUSCO/GRSCU E 401/USCCE/DAIS/PPMN

FECHA 5/09/2024

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	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA....(1) CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA.....(1) PARA IPRESS EL DESCANSO.		03 entregables según TDR	SERVICIO	1		
SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA							
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; asi 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° 32069), 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°32069)

	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR Lic. Ramiro Lanza Vargas RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR CPC. Walter Poma Hichillampa RESPONSABLE DE COTIZACIONE	
VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

TERMINO DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO-OBSTETRICIA EN LA IPRESS EL DESCANSO

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal Materno Neonatal, Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medico Gineco Obstetra en la IPRESS EL DESCANSO, de la Microred EL DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato mediante la modalidad de locación de servicios de (01) MEDICO con ESPECIALIDAD GINECO OBSTETRA, a fin de garantizar la atención de mujeres en edad reproductiva y gestantes en las diferentes UPSS, Consulta Externa, Centro Obstétrico, hospitalización y emergencia, lo cual favorecerá a disminuir y/o evitar la morbilidad materna extrema y mortalidad materna neonatal, de la jurisdicción del establecimiento de salud denominado, IPRESS EL DESCANSO que se encuentra bajo el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- Finalidad Pública:

- Brindar el cuidado integral de salud por curso de vida con equipo multidisciplinario.
- Fortalecer y garantizar la continuidad y operatividad del Servicio de Gineco Obstetricia en el C.S El Descanso a través de la contratación de Medico Gineco Obstetra, mejorando así la calidad de atención en la Salud de la mujer y sobre todo contribuyendo a reducir la Tasa de Morbilidad Materna Extrema y por ende la de nuestra región Cusco.
- Brindar la atención Médica especializada 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.
- Atención en la IPRESS EL DESCANSO, para realizar las actividades a través de las atenciones y así mejorar la salud Materna.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 ACTIVIDADES:

El locador de servicios, profesional Médico Gineco Obstetra, realizara las actividades que se detallan a continuación:





Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- a. Realizar atención médica en la especialidad de ginecología en el diagnóstico precoz, manejo oportuno y tratamiento eficiente de la mujer con problemas fisiológicos y/o patológicos que afectan su salud sexual reproductiva según la programación en consulta externa, consultorio ARO, hospitalización y tópico de emergencia, con calidad, según las normas y guías prácticas establecidas.
- b. Efectuar la atención en el paquete básico de atención en el marco de los programas presupuestales, estrategias sanitarias por cursos de vida (gestante y otros usuarios)
- c. Brindar atención obstétrica a pacientes con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio como: Enfermedades hipertensivas del embarazo, Hemorragias, Infecciones, entre otras.
- d. Garantizar el segundo control de la gestante según norma técnica vigente
- e. Realizar la evaluación del examen pélvico y pelvimetría.
- f. Atención del puerperio inmediato a las pacientes hospitalizadas
- g. Referencia oportuna de gestantes con morbilidad extrema al nivel correspondiente.
- h. Atención de diagnóstico precoz de patologías Obstétricas
- i. Responder a las interconsultas en el día
- j. Ser parte del equipo para la entrega del kit para pacientes con violencia sexual
- k. Realizar diagnóstico por imágenes (Ecografías Gineco Obstétricas)
- l. Realizar Tamizaje de Preeclampsia (Genética y morfológica).
- m. Realizar tamizaje de Cáncer Ginecológico y atención especializada en la prevención del cáncer.
- n. Elaborar de manera adecuada el registro de la historia clínica virtual SIHCE, prescripción de recetas, citaciones, HIS, Formatos Únicos de Atención (FUA) y otros relacionados con la atención.
- o. Desarrollo de programas de capacitación, análisis y evaluación de casos clínicos al personal de salud de la IPRESS.
- p. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación programados por el establecimiento de salud
- q. Integrar los comités de Análisis de Prevención de mortalidad Materno fetal y neonatal
- r. Aplicar medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente.
- s. Realiza visita médica en forma diaria en cada turno programado de las pacientes mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia, llenando adecuadamente la historia clínica.
- t. Realizar las referencias y contrarreferencias a través del REFCON, según el caso a los usuarios que acuden de otros IPRESS.
- u. Coordinar con el jefe del servicio de Obstetricia o demás personal asistencial, frente a cualquier eventualidad que se pueda presentar.
- v. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación y/o designadas por su jefe Inmediato Superior.

3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:



Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

- Según programación SIHCE y sus diferentes módulos– turnos programados de la IPRESS EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica Virtual SIHCE y otros documentos pertinentes.
- Registro Obligatorio de los FUAS y de existir correcciones, el levantamiento de observaciones deberá hacerse antes del egreso del paciente.
- Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de atención a los pacientes.

3.3 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR EL PROVEEDOR.

El proveedor acudirá con su indumentaria (personal) según su profesión.

3.4 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR LA ENTIDAD:

La Red de Salud Canas Canchis Espinar, a través de la IPRES EL DESCANSO, brindara un ambiente físico, equipos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

3.5 NORMAS TÉCNICAS:

En la prestación del servicio, el proveedor deberá tener en consideración las Normas Técnicas, Guías y protocolos vigentes del Ministerio de Salud (MINSA), y otras aplicables para los fines de la presente contratación, según corresponda.

3.6 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

PERFIL DE MEDICO CIRUJANO ESPECIALIDAD GINECO OBSTETRICIA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
• Brindar atención médica de forma integral, en el marco de promoción de la salud, prevención de riesgos, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud en IPRESS. • Producción de historia clínica virtual SIHCE, en sus diferentes módulos, FUAS, HIS, referencias y/o contra referencias y otros. • Desarrollo de actividades mediante oferta fija, móvil y/o telemedicina dentro de sus competencias profesionales. •
REQUISITOS OBLIGATORIO:
- Título Profesional de Médico Cirujano (obligatorio) - Título de especialidad de Gineco obstetricia. - Resolución de Terminio SERUMS - Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente - Copia de DNI - RUC vigente, activo y habido. - Copia simple de RNE (Registro Nacional de Especialista) - Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo



Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

y vigente a la fecha de convocatoria.
- No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil
- No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata
EXPERIENCIA
Experiencia mínima de dos (02) años como mínimo (incluido SERUMs)
COMPETENCIAS
- Capacidad de organización, capacitación y control.
- Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas.
- Trabajo en equipo y liderazgo.
- Compromiso institucional buscando la excelencia.
- Manejo de programas informáticos.
-
CONOCIMIENTOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO:
- Conocimiento de la Norma técnica del Sistema de referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud (NTN°018 MINSA/DGSP.VO1).

4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar un informe, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Terminio de Referencia., conforme a la siguiente:

- Realizar 150 atenciones médicas por especialidad en ginecoobstetricia y 40 atenciones por diagnóstico de imágenes (ecografías ginecobstetricias) mínimo en el periodo, los cuales serán coordinadas con el establecimiento de salud.

La información será evidenciada en el reporte de historia Clínica virtual SIHCE, sus diferentes módulos y el sistema de información HIS Y FUAS. El reporte de producción será emitido por el área de estadística del Centro de Salud Descanso. Dicha documentación será presentada de manera física en un ejemplar en original debidamente sellado y suscrito por el profesional.

4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- LUGAR: IPRESS EL DESCANSO**
- PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 04 entregables, (120 días) según el siguiente detalle:
 - 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





Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- Tercer Entregable hasta los 90 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

5. SUBCONTRATACIÓN:

El proveedor no podrá subcontratar total ni parcialmente las prestaciones a su cargo, señaladas en el presente termino de referencia.

6. RESPONSABILIDAD

El proveedor cumplirá sus actividades en el establecimiento de salud IPRESS EL DESCANSO, que se encuentra bajo el ámbito administrativo de la U.E. 401 SCCE y fuera del mismo cuando la entidad, en función del cumplimiento de sus fines públicos y para el logro de sus objetivos institucionales, así lo requiera por la estricta necesidad de servicio.

El proveedor asumirá responsabilidades inherentes al servicio público, en consecuencia, responsabilidades administrativas y legales.

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. (Ley N° 26842 – Ley General de Salud).

8. PROPIEDAD INTELECTUAL:

El proveedor no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad en ninguno de los documentos preparados durante la ejecución del presente termino de Referencia, tales derechos pasaran a ser propiedad de la U.E.401 SCCE.

9. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.

a. ÁREA(S) QUE COORDINARA(N) CON EL PROVEEDOR:

El/La jefe del establecimiento de Salud, el Coordinadores de los Programas Presupuestales, Los coordinadores de Microred. Profesionales y Técnicos de las diferentes áreas asistenciales, sostendrán reuniones y coordinaciones con el locador.

b. ÁREAS RESPONSABLES DE LAS MEDIDAS DE CONTROL

El/La jefe del establecimiento de Salud según sea el caso, será el/la responsable de supervisar y monitorear el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Termino de Referencia con el fin de garantizar que los entregables guarden coherencia con las actividades a desarrollar, sin perjuicio de lo manifestado, el titular de la U.E 401 SCCE, podrá designar personal o equipos para que contribuyan con este propósito.

10. EXTINCIÓN DEL SERVICIO

La U.E. 401 SCCE a solicitud del área usuaria podrá rescindir el servicio por decisión unilateral y/o por temas financieros podrá poner fin a la prestación del



Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

servicio, el incumplimiento comprobado de los procedimientos establecidos en el numeral 3.2 constituyen causal de observación del contrato.

11. MARCO LEGAL DEL CONTRATO

El contrato a suscribir se realizará de conformidad al Código Civil artículo 1764° por lo tanto el LOCADOR no tendrá condición de trabajador de la ENTIDAD, por lo que no estará sujeto a las normas y reglamentos del personal de la institución y no existirá relación laboral de dependencia entre las partes.

12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaria, previa emisión del informe técnico de la ejecución de las actividades mencionadas en el numeral 4, realizadas durante el periodo comprendido a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio hasta los TREINTA (30) días calendarios de ejecución del servicio

13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar los entregables informando las actividades desarrolladas, con el siguiente detalle:

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del Jefe del Establecimiento de Salud, jefe de Microred y Coordinador del Programa Presupuestal Materno Neonatal.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

14. FORMULA DE REAJUSTE

No aplica

15. ADELANTOS

No aplica

16. DECLARATORIA DE VIABILIDAD

No aplica

17. PENALIDADES

Si el contratista no cumple con las actividades encomendadas dentro del plazo estipulado, la entidad le aplicara una penalidad pecuniaria por cada día de atraso.

La entidad tiene derecho a exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

18. OTRA PENALIDADES APLICABLES

En caso de que el contratista del servicio resuelva de manera unilateral la orden de servicio vigente, se aplicara una penalidad pecuniaria.

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, se procederá a



Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

resolver el contrato y/o orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de Servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área Usuaria

19. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

- El personal contratado de salud se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud.
- Los productos deberán ser entregados y sustentados en la forma y plazos que se indican en los términos de referencia.
- No incluye viáticos ni otros gastos.




Irma Zela Choque
OBSTETRA
COP. 9694



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

Nº _____, 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 Nº 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.

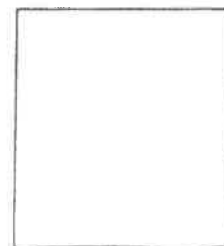
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

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

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.