



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

INVITACION A PRESTAR SERVICIOS N° 0004 -2025

(SEGUNDA INVITACIÓN MODALIDAD DE LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA RED DE SALUD PUNO)

La Red de Salud Puno y Unidad de Logística, en cumplimiento a los requerimientos:

- OFICIO N° 025-2025-J-UL/OA/RED DE SALUD PUNO (Logística)

ITEM	CANTIDAD	DETALLE
001	01	Servicio de Apoyo en el Área de Almacén – Según TDR.

INVITA A PARTICIPAR A:

MODALIDAD DEL SERVICIO

Locación de Servicio para Unidad Logística - Almacén de la Red de Salud Puno (Según Términos de Referencia).

REQUISITOS MINIMOS

- DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

LAS PERSONAS INTERESADAS PRESENTAR SOLICITUD SIMPLE DIRIGIDO A LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO ADJUNTANDO PROPUESTA ECONOMICA, **POR SECRETARIA DE LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO.**

(sobre cerrado expresado en soles por el total del servicio, adjuntar el Anexo N° 01 correctamente llenados caso contrario no serán admitidos),

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHA
Publicación	18 al 19 de Febrero del 2025
Entrega de Expedientes (propuesta económica)	19 Febrero del 2025 (horas 08:00 am a 14:30 pm) (En secretaria de la Unidad de Logística)
Calificación de Propuesta Económica, Expedientes y Buena Pro.	19 de Febrero del 2025. (hora: 14:30pm)
Publicación de resultados	20 de Febrero del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno.
Inicio de Actividades del Servicio y/o Capacitación.	se computarán del día siguiente a la Notificación de la Orden de Servicio

Todas las fases de observación de propuesta NO ES CONSIDERADO para esta invitación.

Nota: La presentación de Documentación significa la aceptación de las condiciones y el cumplimiento de los requisitos, estando sujeto a control posterior y la aplicación de sanciones en el caso de la falsedad de información.

(El Formato Anexo N° 01 – Solicitud de Cotización recoger de Secretaria – Logística)



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE COTIZACION

Sírvase cotizarnos el servicio que se detalla más abajo para ser entregado en la Unidad de Logística de la Red de Salud Puno (Av. El Sol 1122) RUC 20185881700.

I.- DATOS PERSONALES:

Señor:

RUC:.....Teléfono:.....Estado Civil:.....Dirección Actual.....

II.- FORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Estudios Alcanzado	Centro de Estudios	Fecha de Extensión.	Ciudad/País	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

III.- EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la Entidad o Empresa	Puesto/Cargo	Área	Principales Funciones Realizadas	Tiempo en el Cargo	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

IV.- ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA (Capacitación)

Curso, Diplomado, Especialización, etc.	Centro de Estudios	Tema	Duración	Total de Horas	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

V.- PROPUESTA ECONOMICA:

N°	CANT	UNID. MEDIDA	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	1	SERVICIO	SERVICIO DE: (Según términos de Referencia)		

PLAZO DE ENTREGA*	
GARANTIA	
FORMA DE PAGO	
OTOR ESPECIF.	

(*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO

CONTENIDO OBLIGATORIO

LOGISTICA

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

RED DE SALUD PUNO
TÉRMINO DE REFERENCIA

- I. **ACTIVIDAD**
01 APOYO PARA EL ÁREA DE ALMACÉN
- II. **DEPENDENCIA DE LA UNIDAD OPERATIVA Y/O ÁREA SOLICITANTE**

REQUISITOS	DETALLE
I de	Egresado, bachiller de la carrera de Administración, Contabilidad, Derecho y/o afines.
Capacitación, cursos y/o Especialización	- Certificación en Tecnologías de la Información. ➤ Microsoft Word Avanzado ➤ Microsoft Excel Avanzado ➤ Gestión de Base de Datos
cargo	almacén. Conocimiento en Sistema SIGA (Modulo Almacén).

IV. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Las funciones serán asignadas en el Área de Almacén:

- Recepción de bienes y materiales
- Generación de Pedido de comprobante de salida (Pecosa).
- Registro de datos para la distribución de bienes y materiales a los centros y puestos de Salud.
- Distribución de bienes y materiales a todos los establecimientos de salud.

V. CONDICIONES ESENCIALES DEL SERVICIO

CONDICIONES	DETALLE
-------------	---------





Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA

Por el presente documento yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, ante usted me presento y
digo:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
2. No tener impedimento de contratar con el Estado⁵
3. No tener inhabilitación vigente⁶ para prestar servicios al Estado en los casos de:
Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
4. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
6. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
7. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁷

⁵ Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado

⁶ Artículo 242 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado
con
Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, ante usted me presento y
digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.



Lugar y fecha _____

Firma⁸

⁸ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO N° 12

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS)
FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO**

Por el presente documentos yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 48° y
49° Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General
y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO.

1.- Existe vinculación

☐

2.- No existe vinculación

☐

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en los casos por los cuales se
configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan
servicios sus parientes:



Marcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
☐	Por razones de parentesco hasta el cuarto de consanguinidad (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí, Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino (a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre sí, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad).
☐	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad: Esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí.
☐	Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 ° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

Firma⁹

⁹ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.