

INVITACION A PRESTAR SERVICIOS N° 0015 -2025

(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° 040-2025-D.P.C.VIH/SIDA-ETS Y HEPATITIS-RED-DE-SALUD-PUNO (Coordinación VIH/SIDA)

ITEM	CANTIDAD	DETALLE
001	02	SERVICIO DE MEDICO CIRUJANO – Según TDR. – Coordinación VIH/SIDA

INVITA A PARTICIPAR A:

MODALIDAD DEL SERVICIO

Locación de Servicio para: Coordinación VIH/SIDA. 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 EL AREA DE ADQUISICIONES - LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO.**

- **En un sobre cerrado y/o folder, expresado en soles por el total del servicio, adjuntar todos los anexos correctamente llenados y firmado con huella digital caso contrario no serán admitidos sin derecho a reclamo).**

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHA
Publicación	20 de Mayo al 22 de Mayo del 2025
Entrega de Expedientes (propuesta económica)	22 de Mayo del 2025 (horas 08:00 am a 13:30pm.) (En el Área de Adquisiciones - Logística)
Calificación de Propuesta Económica, Expedientes y Buena Pro.	22de Mayo del 2025. (hora: 13:45)
Publicación de resultados	22 de mayo del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno. Los postores con <u>buena pro</u> apersonarse al Área de Adquisiciones.
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 según TDR., estando sujeto a control posterior y la aplicación de sanciones en el caso de la falsedad de información.

(El Formato Anexos- Solicitud de Cotización descargar de la Publicación - Web)

.....

.....

.....

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*	
N° CCI.*	
*Adjuntar vinculación de CCI. Con la SUNAT -RUC.	

(*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO

Y CCI. CONTENIDO OBLIGATORIO

- **Caso contrario no serán admitidos su propuesta sin derecho a reclamo.**

Adquisiciones

Firma / Sello del Proveedor y Huella Digital

**ANEXO N.º 01
TÉRMINOS DE REFERENCIA
PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y CONSULTORIAS**

CENTRO DE COSTO	UNIDAD DE ATENCION MEDICA PERIODICA (UAMP METROPOLITANO)
ACTIVIDAD OPERATIVA	5000037 BRINDAR ATENCION PRE NATAL REENFOCADA 5001562 ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	SERVICIO DE ATENCION MEDICA
PEDIDO DE SERVICIO N°	
META – AÑO	0005 - 2025

I. FINALIDAD PÚBLICA:

La finalidad del presente es realizar la atención, seguimiento de las gestantes, puérperas, población clave, población general quienes son portadores del VIH, Hepatitis, Sífilis y otras ITS y para la atención y seguimiento de casos de niños expuestos al VIH, sífilis y Hepatitis.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

La Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva - Materno Neonatal en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control del VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, ante la detección de casos reactivos y Positivos en Gestantes, Puérperas, población en general, requiere contratar a (01) Médico Cirujano capacitado y con experiencia para realizar la atención, tratamiento y seguimiento de pacientes portadores del VIH, Sífilis, Hepatitis y otras ITS.

III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:

- Realizar la atención ambulatoria de casos positivos en gestantes portadoras del VIH.
- Realizar la atención ambulatoria en puérperas portadoras del VIH.
- Realizar el seguimiento de Recién Nacidos expuestos al VIH.
- Realizar la atención médica a población Clave.
- Realizar las Consejerías de soporte a pacientes con diagnóstico VIH
- Realizar el tamizaje a población Clave.
- Detectar casos Positivos de VIH.
- Iniciar Tratamientos Antirretrovirales a pacientes diagnosticados con VIH, Hepatitis B y C.
- Iniciar Terapia Preventiva TB.



- Diagnosticar, evaluar y brindar tratamientos de casos de las ITS.
- Seguimiento de casos según registro nominal.
- Realizar Consejería y Tamizaje con las pruebas rápidas de detección de VIH, Sífilis y Hepatitis B

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR:

FORMACION GENERAL

- Presentar copia simple de Título Profesional Universitario de Médico Cirujano. (Indispensable)
- Resolución del SERUMS (Indispensable)
- Presentar copia simple de Colegiatura (Indispensable)
- Habilitación Profesional vigente a la fecha de inscripción (Indispensable)

EXPERIENCIA LABORAL

- **Experiencia general** : Deberá de contar con un mínimo de 02 años en el sector Público y/o privado.
- **Experiencia específica** : Deberá de contar con un mínimo de 06 meses en el sector Público, relacionados en la atención de Pacientes con VIH, Hepatitis, Sífilis y otras ITS.

CAPACITACIONES

- Acreditar capacitación y/o actividades de actualización afines al puesto requerido, como mínimo de 51 horas o 03 créditos, a partir del año 2020 a la fecha.
- Acreditar cursos de manejo y tratamiento del VIH – SIDA, ETS. (Indispensable)

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Curriculum vitae documentado (foliado)
- FORMATO N° 8 Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.
- FORMATO N° 9 Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al estado, inhabilitación administrativa, ni judicial vigente con el estado e impedimenta para ser trabajador según anexo adjunto.
- FORMATO N° 10 Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- FORMATO N° 11 Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- FORMATO N° 12 Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Red de Salud Puno, No tener parentesco hasta el 4 grado de consanguinidad y 2 de afinidad. Según anexo adjunto.

V. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN:

Lugar:

Red de Salud - Puno, Av. El Sol N° 1122 al costado del Ex Jardín del Hospital. (C.S. Metropolitano)

Plazo:

El plazo de ejecución del servicio será de SESENTA (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES:

Entregable: 60 días calendario



**Gobierno Regional
Puno**

**Dirección Regional de
Salud Puno**

**Red de Salud Puno
Unidad Logística**

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- PRIMER ENTREGABLE: (S/. 4000.00) por un lapso de hasta 30 días.
 - Informe de actividades que contenga:
 - Copia del Reporte HIS de las actividades realizadas.
 - Panel fotográfico.
- SEGUNDO ENTREGABLE: (S/. 4000.00) por un lapso de hasta 60 días.
 - Informe de actividades que contenga:
 - Copia del Reporte HIS de las actividades realizadas.
 - Panel fotográfico.

CONFORMIDAD:

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora de la Estrategia Sanitaria

VII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:

Único Entregable: plazo máximo de 30 días calendario.

VIII. CONFIDENCIALIDAD:

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

Esta 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. Dicha información debe de ser registrada en los libros de seguimiento, padrón nominal de la UAMP.

IX. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR:

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

X. PENALIDADES POR MORA:

Las penalidades por incumplimiento de las obligaciones establecidas, durante la ejecución contractual, se aplicará según lo establecido en el artículo 119 ° y 120 ° del reglamento de la ley de contrataciones del estado vigente.



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Red de Salud Puno
Unidad Logística

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

XI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

La Entidad debe establecer las causales de solución de contrato, así como el procedimiento del mismo.

XII. ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO:

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

XIII. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

En caso sea necesario que el proveedor realice alguna gestión en las oficinas de la Entidad, la Entidad debe indicar que protocolos sanitarios debe cumplir de acuerdo a la normatividad vigente y disposiciones particulares propias de la Entidad.

XIV. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación.

XV. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO:

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

XVI. ESPECIFICA DE GASTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios y Donaciones y Transferencias

Especifica de gasto : 2.3.2.7.1.1.99
2.3.2.97.1.1



FIRMA DE SOLICITANTE

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122
Teléfono: 051 363245
Email: adquisicionredsaludpuno@gmail.com



FORMATO N° 06

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO EN LA CUENTA CCI

SEÑOR: RED DE SALUD PUNO

Presente.-

ASUNTO: Autorización de abono directo en cuenta CCI que se detalla.

Por medio del presente comunico a usted que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancaria (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

RAZÓN SOCIAL Y/O PROVEEDOR	
RUC	
NOMBRE DEL BANCO	
NÚMERO DE CUENTA	
CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) 20 dígitos	

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria, que se **COMUNICA ESTÁ ASOCIADA al RUC consignada**, tal como ha sido abierta en el Sistema Bancario Nacional.

Agradezco se sirva a disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados directamente en la cuenta CCI del Banco indicado.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura, Boleta de Venta y/o Recibo por Honorarios) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/u Orden de Servicio, con las prestaciones de bienes y/o servicio materia del contrato pertinente, quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para manifestarle mis sentimientos de estima personal.

Atentamente,

Lugar y fecha_____

.....
SELLO Y FIRMA



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 **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**.

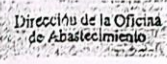
Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.



Lugar y fecha _____

.....
Firma^B

* 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.



"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 Unico 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 aspe	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 si, Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino (a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre si, 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 si.
☐	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.