

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA***"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

INVITACION A COTIZAR SERVICIOS N° 0023 -2025
LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA RED DE SALUD PUNO

SERVICIOS TÉCNICOS Y/O PROFESIONALES Y/O ESPECIALIZADOS
PRESTADOS POR PERSONAS NATURALES.

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

OFICIO N° 206-2025-DIT-EVNIÑO/SP/RED-DE-SALUD-PUNO/DIRESA-PUNO.
(Coordinación DIT-EV-Niño)

I. OBJETO: Realizar la Indagación de Mercado de los siguientes servicios:

Ítem	SERVICIO	CANTIDAD	IPRESS
001	Servicio de Digitador	01	Programa Desarrollo Infantil Temprano

II. REQUISITOS MINIMOS

- De Acuerdo A Los Términos de Referencia Adjunto al Presente

III. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
Publicación de la Invitación a cotizar	21 al 25 de Agosto del 2025	Adquisiciones
Recepción de propuesta económica (adjunto expediente)	25 de Agosto del 2025 (horas 08:30 am a 13:30pm.) (En el Área de Adquisiciones - Logística)	Adquisiciones
Evaluación de Propuesta Económica	25 de Agosto del 2025. (hora: 13:45)	Unidad de Logística y Área Usuaria
Publicación de la Buena Pro	25 de Agosto del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno. Los postores con buena pro apersonarse al Área de Adquisiciones.	Adquisiciones
Inicio del Servicio	se computarán del día siguiente a la Notificación de la Orden de Servicio	



IV. OTROS

LAS PERSONAS INTERESADAS A REALIZAR LA COTIZACION PRESENTAR LOS EXPEDIENTES AL AREA DE ADQUISICIONES DE LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO ADJUNTANDO PROPUESTA ECONOMICA.

(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),

Todas las Observaciones en las diferentes fases de la invitación NO serán CONSIDERADO.

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 Cel:.....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.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”****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

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"****TÉRMINOS DE REFERENCIA
PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE DIGITACION**

CENTRO DE COSTO	AI5 NIÑO
ACTIVIDAD OPERATIVA	1001 ATENCION A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED COMPLETO PARA SU EDAD Y ATENDER AL RECIEN NACIDO NORMAL
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONA NATURAL
PEDIDO DE SERVICIO N°	
META - AÑO	121-120-2025

XXVI. FINALIDAD PÚBLICA:

La finalidad del presente requerimiento es contar con un personal que cumplirá servicios de la digitación de seguimiento de los niños por estricta necesidad de servicio con la finalidad de garantizar un buen seguimiento en suplementación preventivo, tratamiento de anemia, control cred del menor de 11 años, registro correcto de la información en el Sistema HIS, dado que de ello depende nuestros indicadores siendo la Red Puno una de las redes con mayor población de niños, que hasta la fecha se han mantenido en un estándar aceptable por la dedicación y el esfuerzo del personal de esta Unidad y su continuidad se ve afectado por la falta de personal con experiencia en el campo, que hagan adecuado el seguimiento de suplementación a niños en riesgo como son prematuros y/o con bajo peso al nacer de 30 a 59 días y anémicos de manera mensual, así mismo los niños con adecuado peso al nacer, seguimiento de suplementación de 110 y 130 días, con visita domiciliar de niños de 6 a 11 meses y demás actividades propias de una Atención Integral de salud al niño(a)

XXVII. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

El objetivo es la contratación del servicio de digitación es para el cumplimiento de indicadores FED, Convenios de Gestión, metas y actividades programadas del Programa Desarrollo Infantil Temprano.

XXVIII. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:

- ✓ Realizar programación presupuestal SIGA
- ✓ Seguimiento de suplementación de niños de 4 y 6 meses
- ✓ Seguimiento de suplementación de niños BAJO PESO Y PREMATUROS
- ✓ Seguimiento de niños con anemia, menores de 2 años
- ✓ Sala situacional al día
- ✓ Generación de datos padrón nominal
- ✓ Validación, procesamiento y consolidación de datos
- ✓ Digitación de HIS MINSA
- ✓ Procesamiento del CNV
- ✓ Recepción y envío de muestras de tamizaje neonatal
- ✓ Atención al personal responsable de DIT de los EESS de nuestra jurisdicción en cuanto a entrega de material y recojo de los mismos

XXIX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR:

- **Nivel de formación** : Titulado/Egresado técnico/universitario de la carrera de Administración y/o Contabilidad y/o a fines.
- **Experiencia general** : Deberá de contar con un mínimo de 01 año en el sector Público y/o privado.
- **Experiencia específica:** Deberá de contar con un mínimo de 12 meses en el sector Público.
- Contar con ficha RUC, ACTIVO Y HABIDO.
- Persona Natural.
- Copia simple del documento nacional de identidad DNI.
- Contar con RNP, salvo casos de excepción establecidos en el artículo 24 de la ley de contrataciones públicas.
- No encontrarse inhabilitado de contratar con el estado.
- No encontrarse sancionado e impedido ante el OSCE.
- No encontrarse sancionado e impedido ante SERVIR.

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122
Teléfono: 051 363245

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****DIT-EV
NIÑO****"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"****DOCUMENTOS A PRESENTAR:**

-Curriculum vitae documentado

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 impedimento para trabajar 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 la 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.

XXX. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS, REGLAMENTOS Y DEMÁS NORMAS:

No aplica.

XXXI. SEGUROS:

-NO APLICA.

XXXII. PRESTACIONES ACCESORIAS:

No aplica.

XXXIII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN:**Lugar:**

El lugar de prestación de servicio será en la CORDINACION DIT EV-NIÑO(A) de la Red de Salud - Puno, ubicado en JIRON LAS kantutas N°119.

Plazo:El presente tendrá una duración de **87** días calendarios contados a partir del día siguiente calendario de notificada la orden de servicio.**XXXIV. ENTREGABLES:**

Nota: (LOS PRODUCTOS ENTREGABLES DEBERAN DE SER 1 POR CADA ACTIVIDAD)

- ✓ **PRIMER ENTREGABLE: (1,600.00) 1 Informe de actividades**
- ✓ **SEGUNDO ENTREGABLE: : (1,600.00) 1 informe de actividades**
- ✓ **TERCER ENTREGABLE: : (1,600.00) 1 informe de actividades**
- ✓ **CUARTO ENTREGABLE: : (1,600.00) 1 informe de actividades**

XXXV. CONFORMIDAD:

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinación DIT EV-NIÑO(A)

XXXVI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:**Forma de pago:**

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del Proveedor, CONTRA PRESENTACION, APROVACION Y CONFORMIDAD de cada entregable.

Condiciones de pago:

Único Entregable: plazo máximo de 20 días calendario por cada entregable.

Los pagos se efectuarán en tres (4) Armadas.

XXXVII. 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 puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor.

XXXVIII. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR:

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122

Teléfono: 051 363245

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****DIT-EV
NIÑO****"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"**

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.

XXXIX. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES:

No aplica.

XL. CONSIDERACIONES GENERALES A LOS PRODUCTOS:

Los derechos intelectuales de los productos y documentos elaborados por el proveedor que resulte seleccionado son propiedad de la Entidad, así como toda aquella información interna de la institución a la que tenga acceso para la ejecución del servicio.

XLI. GASTOS POR DESPLAZAMIENTO:

No aplica.

XLII. 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.

$$\text{Penalida Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en Dias}}$$

Donde F tendrá los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.
 - b.2) Para obras: F = 0.15.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

XLIII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

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

XLIV. ANTICORRUPCION 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.

XLV. 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.

XLVI. GARANTIAS:

No aplicable a contratos de bienes y servicios cuyos montos sean menores o iguales a 50 UIT.

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122
Teléfono: 051 363245



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA

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



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

XLVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

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

XLVIII. GESTION DE RIESGOS:

De ser el caso las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

XLIX. RESOLUCION 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.

L. ESPECIFICA DE GASTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Especifica de gasto : 2.3.2.9.1.1
Rubro :


Ministerio de Salud
COORDINACIÓN DIT-EV (NINOS)
Mary Carmen Ucacha Chino
Licenciada en Enfermería
FIRMA DE SOLICITANTE


Med. PAUL TITO TITO
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122
Teléfono: 051 363245



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA

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



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^s

^s 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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA

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



"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 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 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.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****RED DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA**

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

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:

RAZON SOCIAL Y/O PROVEEDOR	
RUC	
NOMBRE DEL BANCO	
NUMERO DE CUENTA	
CODIGO 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