



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° 0028 -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° 374-2025-UNID-SISMED/S.P./RED-DE-SALUD-PUNO (Coord. SISMED).

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

Ítem	SERVICIO	CANTIDAD	IPRESS
001	Servicio de Químico Farmacéutico	01	C.S. Atuncolla de la Red de Salud Puno.

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	30 de Setiembre al 01 de Octubre del 2025	Adquisiciones
Recepción de propuesta económica (adjunto expediente)	01 de Octubre del 2025 (horas 08:00 am a 14:30pm.) (En el Área de Adquisiciones - Logística)	Adquisiciones
Evaluación de Propuesta Económica	01 de Octubre del 2025.	Área Usuaría
Publicación de la Buena Pro	02 de Octubre del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno. Los postores con buena pro apersonarse al Área de Adquisiciones.	Área Usuaría
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 AQUISICIONES 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)

.....



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"

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE COTIZACION PARA EL SERVICIO

Sírvase cotizar 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:..... Dirección Actual.....

Correo:

II.- INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Estudios Alcanzado	Folio (*)

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

III.- EXPERIENCIA.

Nombre de la Entidad o Empresa	Tiempo del Servicio	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.- PROPUESTA ECONOMICA:**

Nº	CANT	UNID. MEDIDA	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	1	SERVICIO	SERVICIO DE:..... (Según términos de Referencia)		

PLAZO DE ENTREGA*	
Nº CCI.*	
*Adjuntar vinculación de CCI. Con la SUNAT -RUC.	

NOTA

- (*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO
- CCI. CONTENIDO OBLIGATORIO
- DEBERÁ INDICAR IPRESS. (lugar donde quiere brindar sus servicios)

Caso contrario no serán admitidos su propuesta sin derecho a reclamo......
V°B° Adq......
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"****Gobierno Regional
Puno****Dirección Regional de
Salud Puno****Red de Salud Puno
Unidad Logística****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****ANEXO N.º 01
TÉRMINOS DE REFERENCIA
PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y CONSULTORIAS**

CENTRO DE COSTO	SISMED
ACTIVIDAD OPERATIVA	BRINDAR UN ADECUADO EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	Contratación del servicio de un (01) Químico Farmacéutico para el EE.SS. ATUNCOLLA
PEDIDO DE SERVICIO N°	-
META – AÑO	164 - 2025

I. FINALIDAD PÚBLICA:

Garantizar la calidad y disponibilidad de los Productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en el Establecimientos de Salud Atuncolla de la Red de Salud Puno.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Contar con el profesional Químico Farmacéutico que realice el seguimiento y monitoreo de los indicadores de disponibilidad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del Establecimiento de Salud.

III. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

-Realizar Requerimientos y verificación de stock de disponibilidad de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- verificar el ingreso de guías en el sistema SISMED, guías digitadas del almacén especializado de medicamentos garantizando control de inventario, canjes, transferencias, rotación y uso eficiente de los bienes en custodia y garantizar el stock adecuado del EE.SS. y él envío del ICI diario a la DIGEMID reporte al observatorio de precios de DIGEMID.
- Dispensar Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, para luego registrar en el kardex - Realizar el registró de farmacovigilancia, tecnovigilancia y el uso racional de los productos farmacéuticos.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR:**Perfil:**

- Título profesional de Químico Farmacéutico
- Resolución de termino de SERUMS (indispensable)
- Colegiatura y habilidad vigente (indispensable)

Experiencia acreditada:

- Experiencia mínima de 1 año en el desempeño de funciones al servicio convocado, Minsa, ESSALUD, en el manejo de Gestión de medicamentos y Almacén Especializado de Medicamentos-SISMED.

Cursos y/o estudios especializados:

- Conocimiento en Gestión en el sistema de suministro de PF, DM y PS
- Conocimiento en Word y Excel
- Buenas prácticas de almacenamiento (BPA).
- Manejo de psicotrópicos y estupefacientes.
- Conocimiento básico en manejo de almacenes especializados.
- Conocimiento en el manejo del sistema SISMED V2.5.3

Competencia:

- Trabajo bajo presión



Dirección: Av. El Sol Nro. 1122



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
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Red de Salud Puno
Unidad Logística

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

- Responsable
- Proactivo
- Trabajos orientados a resultados
- Documentación adicional.**
- Contar con ficha RUC, ACTIVO Y HABIDO.
- Persona Natural.
- Copia simple del documento nacional de identidad DNI.
- Contar con RNP
- No encontrarse inhabilitado de contratar con el estado.
- No encontrarse sancionado e impedido ante el OSCE.
- No encontrarse sancionado e impedido ante SERVIR.

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

Antecedentes:

Ley N° 29459, ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

Resolución Ministerial N° 116-2018 MINSA aprobado con la Directiva SISMED N° 249-MINSA/2018/DIGEMID.

Resolución Directoral Regional N° 0637-2021/DRS-PUNO-DIREMID, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2021-DIRESA-PUNO-DIREMID/DAM "DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DEL SISMED"

Resolución Jefatural N° 165-2024-SIS/J, la misma que aprueba la DIRECTIVA N° 008-2024-SIS/GNF-V.05 Directiva del Monitoreo, Supervisión y seguimiento a las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud.

Resolución Ministerial 554 -2022/MINSA aprueba el documento Técnico, Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica.

VI. SEGUROS:

- Contar con seguro de vida

VII. PRESTACIONES ACCESORIAS:

No aplica.

VIII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN:

Lugar:

En el Establecimiento de Salud Centro de Salud Atuncolla.

Plazo:

El presente tendrá una duración de **93** días calendarios contados a partir del día siguiente calendario de notificada la orden de servicio.

IX. ENTREGABLES:

Producto 1:

-Realizar Requerimientos y verificación de stock de disponibilidad al 91 % al 99% garantizando un nivel óptimo y alto de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, en el establecimiento de Salud, (400 ítems) y realizar el conteo de los productos lote, fecha de vencimiento y registro sanitario al 100%

Producto 2

-Verificar el ingreso de guías en el sistema SISMED, guías digitadas del almacén especializado de medicamentos garantizando control de inventario, canjes, transferencias, rotación y uso eficiente de los bienes en custodia y correcta elaboración de las tarjetas de control visible Kardex (600 ítems), garantizar el stock adecuado del EE.SS. envío del ICI diario a la DIGEMID 100% reporte al observatorio de precios de DIGEMID.



Dirección: Av. El Sol Nro. 1122



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 Puno

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud Puno
Unidad Logística

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

Dispensación de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios teniendo en cuenta el sistema FEFO y FIFO registrando en la tarjeta de control visible las salidas y en el sistema de farmacia del establecimiento de salud (400 ítems), realizar el registro de farmacovigilancia, tecnovigilancia y el uso racional de los productos farmacéuticos en el EE.SS.

Producto 3:

- Realizar el reporte de Oxígeno Medicinal en el aplicativo RENOXI 30 ítems, entrega del Informe Consumo Integrado 300 ítems, Informe de Movimiento económico y Corte de Caja 300 ítems.
- Realizar redistribución entre establecimientos de Salud de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios que se encuentren en sobrestock y desabastecidos, reflejados en los formatos de transferencia y archivos zip 100 ítems.
- Realizar inventario anual de farmacia en los EE.SS. de la Red de Salud Puno 500 ítems.

X. CONFORMIDAD:

La conformidad del servicio será otorgada por Coordinación SISMED

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

Forma de pago:

El monto de la prestación que se pague, por concepto de honorarios profesionales a los locadores por los servicios contratados, por 3 entregables asciende a la suma de 7,500 (siete mil quinientos con 00/100 soles).

Monto de la prestación es de S/ 2,500 (Dos mil quinientos con 00/100 soles), conforme al siguiente **cronograma**:

- Primera Entrega: hasta los 31 días a partir del inicio de las actividades
- Segunda Entrega: hasta los 62 días a partir del inicio de las actividades
- Tercera Entrega: hasta los 93 días a partir del inicio de las actividades

Condiciones de pago:

Los pagos se efectuarán en cuatro pagos contra la prestación y conformidad del área usuaria de la Red de Salud Puno, de los entregables señalados en los presentes términos de referencia y de acuerdo con el cronograma establecido, los cuales deberán adjuntar el respectivo recibo por honorarios profesionales.

- Informe detallado de los productos realizados de la Primera entrega.
- Informe detallado de los productos realizados de la Segunda entrega.
- Informe detallado de los productos realizados de la tercera entrega.

Todo informe presentado deberá contar con el sello y V.B. del jefe del establecimiento.

XII. 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.

XIII. 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.

XIV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES:

No aplica.

XV. 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.



Dirección: Av. El Sol Nro. 1122



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
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Red de Salud Puno
Unidad Logística

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

XVI. 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.

XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

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

XVIII. 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.

XIX. 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.

XX. GARANTIAS:

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

XXI. SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

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

XXII. 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.

XXIII. 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 con 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.

XXIV. ESPECIFICA DE GASTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Especifica de gasto: 164

Clasificador : 2.3.29.11



COORDINADORA SISMED
Q.F. Katherine Yessica Caila Quispe
C.Q.F.P. 18285

FIRMA DE SOLICITANTE

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO/INSPECTOR

FIRMA DEL AREA TECNICA

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122



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 _____

.....
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.



PERÚ

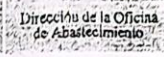
Ministerio
de Salud

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