

**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° 0031 -2025
LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA R.I.S. 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° 220-2025-J-UL-ADM/RIS-PUNO (Logística).
- OFICIO N° 221-2025-J-UL-ADM/RIS-PUNO (Logística).

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

Ítem	SERVICIO	CANTIDAD	IPRESS
001	Servicio Especializado en el manejo del sistema SIGA.	01	Unidad de Logística - Adquisiciones de la RIS.Puno.
002	Servicio de Coordinación Administrativa - Logística.	01	Unidad de Logística - Adquisiciones de la RIS.Puno.

II. REQUISITOS MINIMOS

- De Acuerdo A Los Términos de Referencia Adjunto al Presente

**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”***

III. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
Publicación de la Invitación a cotizar	10 al 13 de Octubre del 2025	Adquisiciones
Recepción de propuesta económica (adjunto expediente)	13 de Octubre del 2025 (horas 08:00 am a 14:00pm.) (En el Área de Adquisiciones - Logística)	Adquisiciones
Evaluación de Propuesta Económica	13 de Octubre del 2025.	Área Usuaría
Publicación de la Buena Pro	14 de Octubre del 2025. en el franelógrafo de la R.I.S. 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"****TERMINOS DE REFERENCIA****I. PUESTO****OPERADOR LOGISTICO – SERVICIO ESPECIALIZADO EN EL MANEJO DEL SISTEMA SIGA Y SIGA PPR****II. PERFIL DEL SERVICIO**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Apoyo en el área de programación, logística. • Experiencia general menor a 08 meses
Competencias	• Proactivo. • Responsable. • Comunicación eficaz y eficiente. • Trabajo orientado a resultados. • Trabajo bajo presión.
Formación académica, grado académico y/o Nivel de estudios	• Ingeniero Economista
Cursos y/o estudios de especialización	• Diploma de la Gestión Pública: SIGA, SIAF y SEACE 3.0 • Diploma en Gestión Pública. • Diploma administración y control presupuestal con SIGA y SIAF

III. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO

Principales funciones a desarrollar:

- Apoyo para realizar cotizaciones con proveedores.
- Realización de carga de insumos por programa presupuestal en el SIGA MEF.
- Generación de pedidos para compra de bienes o servicios en el SIGA MEF.
- Certificación de pedidos de la red de salud Puno.
- Realizar cuadros comparativos.
- Realizar órdenes de compra y servicios.

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL SERVICIO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de Prestación del Servicio	RIS
Duración de servicio	78 días
Costo Total	S./5400.00 (00/100 Soles), se pagará hasta en 3 partidas. Primer entregable (26 días) Segundo entregable (26 días)



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"

	Tercer entregable (26 días)
Fuente de Financiamiento	RDR
Meta	131
Especifica de Gasto	2.3.2.9.11
Fecha de Inicio	Un día después de la notificación de servicio

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de presentación de servicio	RIS
Duración del contrato	78 días
Remuneración	S/. 1,800.00


DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO
CP. 20400

**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"****TERMINOS DE REFERENCIA****I. PUESTO**

SERVICIO DE COORDINACION ADMINISTRATIVA – SERVICIO DE APOYO EN EL AREA DE ADQUISICIONES

II. PERFIL DEL SERVICIO

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• conocimientos en el área de programación, logística Y abastecimientos. • Experiencia general menor a 06 meses
Competencias	• Proactivo. • Responsable. • Comunicación eficaz y eficiente. • Trabajo orientado a resultados. • Trabajo bajo presión.
Formación académica, grado académico y/o Nivel de estudios	• Ingeniero en estadística e informática
Cursos y/o estudios de especialización	• Diploma de la Gestión Pública: SIGA, SIAF y SEACE 3.0 • Diploma en Gestión Pública. • Diploma en contrataciones con el estado

III. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO

Principales funciones a desarrollar:

- Generación de órdenes de compra y servicios
- Realización de carga de insumos por programa presupuestal en el SIGA MEF.
- Generación de pedidos para compra de bienes o servicios en el SIGA MEF.
- Seguimiento de las ordenes hasta su devengue.
- Realizar cuadros comparativos.
- Realizar órdenes de compra y servicios.

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL SERVICIO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de Prestación del Servicio	RIS
Duración de servicio	78 días
Costo Total	S./5400.00 (00/100 Soles), se pagará hasta en 3 partidas. Primer entregable (26 días)



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"

	Segundo entregable (26 días) Tercer entregable (26 días)
Fuente de Financiamiento	RDR
Meta	131
Especifica de Gasto	2.3.2.9.11
Fecha de Inicio	Un día después de la notificación de servicio

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de presentación de servicio	RIS
Duración del contrato	78 días
Remuneración	S/. 1,800.00



Ing. Luis Carlos Quispe
AFECTADO DE ADQUISICIONES
RED DE SALUD PUNO
CIP 20-105



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 **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

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



Lugar y fecha _____

Firma^{*}

* 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