

**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° 0034 -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° 134-2023/E.S.S.S.R.-MATERNO NEONATAL/SP/RED INTEGRADA DE SALUD PUNO.

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

Ítem	SERVICIO	CANTI DAD	IPRESS
001	Servicio Profesional de Obstetra.	02	• Micro Red Metropolitano – PS. Taquile. • Micro Red Larqueri – P.S. Huarijuyo.

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	14 al 17 de Noviembre del 2025	Adquisiciones
Recepción de propuesta económica (adjunto expediente)	17 de Noviembre del 2025 (horas 08:00 am a 14:00pm.) (En el Área de Adquisiciones - Logística)	Adquisiciones
Evaluación de Propuesta Económica	17 de Noviembre del 2025.	Área Usuaría
Publicación de la Buena Pro	18 de Noviembre 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)

.....

**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”

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	IPRESS TAQUILE IPRESS HUARIJUYO
ACTIVIDAD OPERATIVA	5000044 - BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	SERVICIO DE OBSTETRICIA
PEDIDO DE SERVICIO N°	
META – AÑO	008 - 2025

I. FINALIDAD PÚBLICA:

La finalidad es el contar con el servicio de obstetricia para para que realice actividades preventivo promocionales en Salud Sexual y Reproductiva, en ITS-VIH/SIDA y Hepatitis, en Prevención y Control de cáncer, así mismo realizar el monitoreo y seguimiento de las metas de los productos y subproductos mediante una atención individual y extramural, y de esta manera contribuir a la reducción de la incidencia de la morbilidad materna neonatal, morbilidad en VIH/SIDA y hepatitis, cáncer, para beneficiar a la población afiliada al Seguro Integral de Salud del ámbito de la RIS Puno, según protocolos del Ministerio de Salud, asegurando la continuidad y calidad de la atención.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Contratar los servicios profesionales de dos (02) obstetras para que realicen actividades de atención preventivo promocionales en Salud Sexual y Reproductiva, en ITS-VIH/SIDA y Hepatitis, en Prevención y Control de cáncer, para contribuir al logro de los objetivos de las estrategias sanitarias, orientadas hacia una actividad de la población priorizada afiliada al Seguro Integral de Salud, acorde al Modelo de Cuidado Integral de Salud, y de esta manera contribuir a la reducción de la incidencia de la morbilidad materna neonatal, morbilidad en VIH/SIDA y hepatitis, cáncer, para beneficiar a la población afiliada al Seguro Integral de Salud del ámbito de la RIS Puno, según protocolos del Ministerio de Salud, asegurando la continuidad y calidad de la atención.

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122

Teléfono: 051 363245

Email: adquisiciones@redsaludpuno.gob.pe

**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"****III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:**

- Realizar captación de gestantes en el I trimestre del embarazo (mínimo 01 captación)
- Realizar Atención Prenatal a las Gestantes de acuerdo a la normatividad y nivel de atención, (de 03 a 10 atenciones)
- Realizar el seguimiento y monitoreo de gestantes con anemia de ser detectada la patología.
- Realizar la Captación de Mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha en Planificación Familiar, en la población MEF. (10 atenciones)
- Realizar atención intramural y extramural en Orientación y Consejería y Acceso a métodos de Planificación Familiar (20 atenciones)
- Realizar tamizaje de Cáncer de cuello uterino con PAP (toma de muestra a 10 pacientes) y seguimiento de casos con resultados anormales.
- Realizar tamizaje de Cáncer de cuello uterino con IVAA (toma de muestra a 10 pacientes) y seguimiento de casos con resultados anormales.
- Realizar tamizaje y diagnóstico para las ITS – VIH-Sífilis en la población en edad fértil. (25 tamizajes).
- Realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS curables. (10 pacientes)
- Registrar diariamente atenciones en FUA.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR:**FORMACION GENERAL**

- Presentar copia simple de Título Profesional Universitario de Obstetra (Indispensable)
- Presentar copia simple de 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.

-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.

CONOCIMIENTO

Conocimiento del correcto llenado de FUAS y Otros sistemas de Información.

✓ DOCUMENTOS A PRESENTAR

- ✓ Curriculum vitae documentado (foliado)
- ✓ FORMATO N.º 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.º 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.º 10 Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122

Teléfono: 051 363245

Email: unidadlogistica@redsaludpuno.gob.pe



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"

VIII. 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.

IX. 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.

X. 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.

XI. 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.

XII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

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

XIII. 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,

Dirección: Av. El Sol Nro. 1122

Teléfono: 051 363245

Email: adquisicionredsaludpuno@gmail.com

**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"**

- ✓ 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 Integrada de Salud Puno

Micro Red Metropolitano - P.S. Taquile (Distrito Amantani – C.P. Taquile)

Micro Red Laraqueri - P.S. Huarijuyo (Distrito Pichacani – C.P. Huarijuyo)

Plazo:

El plazo de ejecución del servicio será de CUARENTA Y CUATRO (44) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES:**MICRO RED METROPOLITANO - P.S. TAQUILE**

Entregable: 60 días calendario

- PRIMER ENTREGABLE: (S/. 2,200.00) por un lapso de hasta 22 días.

- Informe de actividades que contenga:

- Copia del Reporte FUAS de las actividades realizadas.
- Panel fotográfico.

- SEGUNDO ENTREGABLE: (S/. 2,200.00) por un lapso de hasta 44 días.

- Informe de actividades que contenga:

- Copia del Reporte FUAS de las actividades realizadas.
- Panel fotográfico.

MICRO RED LARAQUERI - P.S. HUARIJUYO

- PRIMER ENTREGABLE: (S/. 2,000.00) por un lapso de hasta 22 días.

- Informe de actividades que contenga:

- Copia del Reporte FUAS de las actividades realizadas.
- Panel fotográfico.

- SEGUNDO ENTREGABLE: (S/. 2,000.00) por un lapso de hasta 44 días.

- Informe de actividades que contenga:

- Copia del Reporte FUAS de las actividades realizadas.
- Panel fotográfico.

VII. CONFORMIDAD:

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora de la Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva – Materno Neonatal

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
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Red de Salud Puno
Unidad Logística

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

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.

XIV. 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.

XV. SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

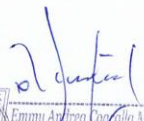
Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación.

XVI. 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.

XVII. ESPECIFICA DE GASTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Fuente de Financiamiento: Donaciones y Transferencias
Específica de gasto : 2.3.2.9.11


Emmy Andrea Coccolia Meza
OBSTETRA
COP. 27284
FIRMA DE SOLICITANTE


Med. RAUL TITO TITO
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

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



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”*****FORMATO N° 10****DECLARACION JURADA**

Por el presente documento yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, con N° RUC _____
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 Estado¹
3. No tener inhabilitación vigente² 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 _____

.....
Firma³

¹ Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado

² Artículo 242 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General

³ 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:

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