

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA**

INVITACIÓN A:

COTIZAR SERVICIOS POR LOCACIÓN N° 002 -2026

RED INTEGRADA DE SALUD – PUNO

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

La Red Integrada de Salud – Puno, mediante la Unidad de Logística, invita a proveedores interesados a participar en la indagación de mercado para que brinden servicios por la modalidad de Locación; según lo siguientes:

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

Ítem	SERVICIO	CANTI DAD	IPRESS
001	Servicio de Ing. Sanitario y/o Médico Veterinario y/o Biólogo Ecológico.	01	• Salud Ambiental – RIS 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	19 al 21 de enero del 2026	Adquisiciones
Recepción de propuesta económica (adjunto expediente)	21 de enero del 2026 (horario Laboral de la RIS. Puno) (En el Área de Adquisiciones - Logística)	Adquisiciones
Evaluación de Propuesta Económica	22 de enero del 2026.	Área Usuaría
Publicación de la Buena Pro	22 de enero del 2026. 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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

R.I.S. DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA

(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)

.....
Firma Área Usuaría

Nota: en cumplimiento a:

DIRECTIVA N° 002-2025-UL-ADM/RIS PUNO

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****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 R.I.S. 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****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****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.
Digital

.....
Firma / Sello del Proveedor y Huella

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****PERU****MINISTERIO
DE SALUD****DIRESA PUNO****RED INTEGRADA DE SALUD
PUNO****TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL DE LA SALUD.**

Órgano y/o Unidad Orgánica	RED DE SALUD PUNO
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO 3033254 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
Denominación de la Contratación	TERMINOS DE REFERENCIA CONTRATACIÓN SERVICIO DE MONITOREO DE CALIDAD DE AGUA DE CONSUMO HUMANO

I. FINALIDAD PUBLICA

Mejora en el cumplimiento de la actividad de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano de los sistemas de abastecimiento de agua en los centros poblados dentro de la metas asignadas en el Lineamientos para la ejecución de los recursos para la vigilancia sanitaria de la calidad del agua para consumo humano en la DIRESA o GERESA, aprobados por la Resolución Ministerial N.º 025-2026-MINSA y las metas establecidas en el ámbito Fondo de Estimulación al Desempeño(FED)

II. OBJETIVO DEL SERVICIO

La coordinación de salud ambiental requiere contratar el servicio de un profesional de la salud (01) INGENIERO SANITARIO y/o MEDICO VETERINARIO Y/O BIOLOGO ECOLOGO; para que realicen actividades VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO completa a todo costo.

III. ALCANCES DEL SERVICIO.

El/La contratista del servicio desarrollara (03) entregables a todo costo, cuyos informes comprenden como minimo lo siguiente:

- Apoyo en realizar la inspección de sistemas de abastecimientos de agua en los distritos de Laraqueri(centros poblados de Viluyo, Antajahui, Colipa Viscachuni, San Jose de Huancarani, Acora(centros poblados de Aguas calientes, Ayrumas Carumas y Gilatamarca), Plateria(centros poblados de Chica Botija, Plateria), Vilque(Ccotaña), Tiquillac(Chila y Condoniri), Capchica(Isañura, alto Yapura, Marccon uruni, Cruz Pata, Huarejon, Cruz Pata y Paramis)
- Realizar el mantenimiento necesario de los equipos de vigilancia de la calidad del agua de los establecimientos de Salud de las marcas HANNAH, LOVIBOND, HACH EZDO, ETC :
 - Colorímetros digitales
 - Turbidímetro

ARCH /
DISA/
AMI

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****PERÚ****MINISTERIO
DE SALUD****DIRESA PUNO****RED INTEGRADA DE SALUD
PUNO**

- Multiparámetro portátil
- (GPS) equipo de Sistema de Posicionamiento Global
- Toma y Recepción de muestras de agua y su posterior remisión a laboratorio acreditado de los sistemas de abastecimientos de agua en los distritos de Laraqueri (centros poblados de Viluyo, Antajahui, Collpa Viscachuni, San Jose de Huancarani), Acora (centros poblados de Aguas calientes Ayumas Carumasy Gilatamarca), Plateria (centros poblados de Chica Botija, Plateria), Vilque (Ccotana), Tiquillaca (Chila y Condoriri), Capchica (Isañura, alto Yapura, Marcon uruni, Cruz Pata, Huarejon, Cruz Pata y Paramis)
- Sistematización de la información de los formatos de monitoreo de la calidad del agua al Sistema del PVICA MINSA. De los centros poblados de Jayu Jayu Yapura Carumas Tiquillaca Huatta Atuncolla Soraza Mañazo Paucarcolla Cachipascana Condoriri Isañura Laraqueri Huarijuyo Vilque Aguas Calientes Jilatamarca Capachica Llachon Plateria Camata Juncal Cocosani Pichacani San Miguel De Cari Cari Acora Totorani Ccota Taquile Collacachi Huacochullo Sucasco Charamaya Inchupalla Amparani Amantani Coata, has el 10 del mes siguiente en el sistema PVICA MINSA
- Interpretación de los resultados de laboratorio y elaboración de informes respectivos.
- Remisión de los informes a las entidades competentes (gobiernos locales, Dirección de Vivienda, JASS etc.).
- Coordinación permanente con actores clave a nivel de MICRORED, RED, según corresponda.
- Sistematización de los informes de interpretación de laboratorio acreditado al sistema PVICA MINSA, informes de ministerio de Vivienda, gobiernos locales oportunamente.
- Apoyo en el cumplimiento de indicadores FED.
- Otras actividades de vigilancia priorizadas por parte de la coordinación de Salud Ambiental.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR

PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA

• INDISPENSABLE

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Titulo en la profesión de: Biólogo y/o ecólogo y/o Medicina Veterinaria y/o Ingeniería Sanitaria.
- Indispensable contar con SERUMS.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores Vigente
- RUC.

EXPERIENCIA:

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (12) meses.
- Experiencia específica no menor de un (01) años en el sector publico en temas relacionados Salud ambiental, Vigilancia de la calidad del agua de consumo humano.
- Deberá de presentar documentos tales como: contratos, certificados, constancias de trabajo u otros documentos que acredite lo deseado.

❖ DESEABLE:

CONOCIMIENTO

- Curso o diplomados relacionados a las áreas en Salud Ambiental, Vigilancia de la Calidad del agua de

ARCH /
OSAZ
AMI

**PERÚ****Ministerio de Salud****DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO****R.I.S. DE SALUD PUNO****UNIDAD DE LOGISTICA****PERÚ****MINISTERIO DE SALUD****DIRESA PUNO****RED INTEGRADA DE SALUD PUNO**

consumo humano.

- Conocimiento Amplio respecto al FED(Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales)
- Uso de aplicativo PVICA MINSA
- Mantenimiento de Equipos de vigilancia de la calidad el agua(Colorímetros digital, Turbidímetro, Multiparámetro portátil, GPS) etc.
- Conocimiento en interpretación y elaboración de informes de laboratorio
- Conocimiento del ámbito geográfico.

❖ **DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- Curriculum vitae documentado (folio 10)
- Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- 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.
- Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.

V. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Red de Salud Puno. Av. el Sol N° 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital), las actividades de vigilancia de la calidad del agua se realizarán en la jurisdicción de la Red de Salud Puno (Coordinación, MICRORED, EE.SS.) en escenarios de sistemas de abastecimiento de agua y centros poblados.

PLAZO: El plazo de ejecución del servicio será de ciento cincuenta (90) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES

03 entregables: 90 días calendario

- **PRIMER ENTREGABLE:** 01 informes de actividades que contenga acompañamiento en inspección de sistemas de abastecimientos de agua, caracterización de los sistemas de agua, mantenimiento de equipos de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, sistematización de la información, remisión de informes, recepción y remisión de muestras hacia un laboratorio ambiental acreditado, remisión de informes a los gobiernos locales.
- **SEGUNDO ENTREGABLE:** 01 informes de actividades que contenga acompañamiento en inspección de sistemas de abastecimientos de agua, caracterización de los sistemas de agua, mantenimiento de equipos de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, sistematización de la información, remisión de informes, recepción y remisión de muestras hacia un laboratorio ambiental acreditado, remisión de informes a los gobiernos locales.
- **TERCER ENTREGABLE:** 01 informes de actividades que contenga acompañamiento en inspección de sistemas de abastecimientos de agua, caracterización de los sistemas de agua, mantenimiento de equipos de vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, sistematización de la información, remisión de informes, recepción y remisión de muestras hacia un laboratorio ambiental acreditado, remisión de informes a los gobiernos locales.

VII. CONFORMIDAD

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinación de Salud Ambiental por los entregables correspondientes.

ARCH /
OSAZ
AMI

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****PERU****MINISTERIO
DE SALUD****DIRESA PUNO****RED INTEGRADA DE SALUD
PUNO****VIII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor.
CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD de cada entregable:
Único Entregable: plazo máximo de 90 días calendario por cada entregable.
Los pagos se efectúan en CTRES (03) Arriadas.

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 puede consistir en registros de niños vacunados, nominas de matrícula de instituciones educativas, entre otras

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

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación.

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en Días}}$$

Donde F tendrá los siguientes valores:

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

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

R.I.S. DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

DIRESA PUNO

RED INTEGRADA DE SALUD
PUNO

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, participación o 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.

Atentamente,

Coordinador de Salud Ambiental

ARCH/
CSA/
AMJ



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

R.I.S. DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA



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

R.I.S. DE
SALUD PUNO

UNIDAD DE
LOGISTICA

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****R.I.S. DE
SALUD PUNO****UNIDAD DE
LOGISTICA****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