

CONVOCATORIA - LS N° 018-2026-RSCC

CANT	DESCRIPCION DE SERVICIO	VALOR REFERENCIAL
01	SERVICIO DE 01 MEDICO PSIQUIATRA PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL MOVIL PARA POBLACIONES DISTANTES Y DISPERSAS-CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO" CAMANÁ"- DE LA RSCC.	S/. 36,000.00
01	SERVICIO DE 01 SOPORTE INFORMATICO PARA LA ELABORACION, CONTROL DE CALIDAD Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES SANITARIOS DE LOS CONVENIOS DE GESTION Y FED, Y OFICINA DE LAS ESTRATEGIAS SANITARIAS DE LA OPPDI DE LA RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ.	S/. 7,500.00
ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
Aprobación de cronograma		Día 23 de setiembre del 2026
Publicación		Del 24 de setiembre del 2026 al 28 de setiembre del 2026
Presentación de Expedientes <i>(Deberá contener: Solicitud del postor, Sobre A: el cual contendrá CV y Anexos / Sobre B: de la Propuesta Económica)</i>		Por Trámite Documentario de la Red • LUNES 28 de SETIEMBRE del 2026 De 7:30 am a 1:00 pm y de 02:00 pm a 03:00 pm
		- Solicitud del postor - Sobre A cerrado: Propuesta técnica (C.V. y anexos del 1 al 4). - Sobre B cerrado: Anexo 05 (cotización y/o propuesta económica). • Se considerará solo la experiencia laboral obtenida después de emitido el grado o título solicitados según TDR; para el caso de los certificados de capacitación solo se consideran los últimos 5 años, Así mismo indicarle que no se evalúa cualquier otro documento que no se solicita en los TDR. • Presentar propuesta técnica, debidamente foliado y ordenado de acuerdo a los requisitos de calificación indicado en los TDR. • Los postores que se les otorgue la BUENA PRO deberán presentar los documentos originales para la adjudicación. • Se les recuerda que los expedientes de los postores No Aptos no podrán ser devueltos, ya que ellos forman parte del proceso de contratación.
Evaluación de Requisitos Mínimos (CVs) SEGÚN TDR <i>(Fase eliminatoria: Determina quién es APTO)</i>		Día 29 de SETIEMBRE del 2026 (HORA 10:30 AM)
Apertura de Propuestas Económicas y Elección <i>(Se abren solo los Sobres B de los Aptos. Gana el menor precio)</i>		Día 29 de SETIEMBRE del 2026
Publicación de Resultados Finales y Ganadores		Día 29 de SETIEMBRE del 2026
Notificación vía correo electrónico a los postores ganadores		Día 29 de SETIEMBRE del 2026

Camaná, 23 de setiembre del 2026



**CONTRATACION DE SERVICIOS DE 01 MEDICO PSIQUIATRA PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL
MOVIL PARA POBLACIONES DISTANTES Y DISPERSAS- CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "CAMANA"
DE LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELI**

1. AREA QUE REALIZA EL REQUERIMIENTO

Dirección de la OPPDI - Programa Presupuestal 131 de Salud Mental de la Red de Salud Camana Caraveli.

2. FINALIDAD PUBLICA

Brindar atención especializada ambulatoria de salud mental en los diferentes puestos y centros de salud priorizados por el Equipo de Salud Mental Móvil de población distantes o dispersas de nuestra jurisdicción para mejorar la salud mental en la población de Camana y Caraveli.

3. OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Contratar los servicios de 01 Médico Psiquiatra para estrategia de Salud Mental Móvil de poblaciones distantes o dispersas- Centro de Salud Mental Comunitario "Camana" Red de Salud Camana Caraveli.

4. VALOR ESTIMADO O REFERENCIAL

El costo estimado es de S/ 36 000 (Treinta y seis Mil con 00/100), incluido los impuestos de Ley y cualquier otro concepto que indique el costo del servicio (Art. 133° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado).

5. ACTIVIDADES A REALIZAR

El servicio a contratar comprende el desarrollo de las siguientes actividades:

- Desplazamiento a los diferentes centros y puestos de salud de la Red de Salud Camana Caraveli especialmente a los puestos y centros de salud de las Microredes de Iquipi, Puesto de Salud Secocha, Mr Caraveli, Mr Chala, Mr Acari brindar atenciones de salud mental como equipo Salud Mental Móvil que se encontrara vinculado al Centro de Salud Mental Comunitario "Camana".
- Prestar atención especializada ambulatoria de los usuarios con problemas de salud mental en los diferentes centros y puestos de salud de la Red de Salud Camana Caraveli de los diferentes grupos etareos.
- Se tiene que realizar un trabajo articulado con los diferentes establecimientos de salud mental de la Red de Salud Camana Caraveli a travez del Centro de Salud Mental Comunitario "Camana".
- Brindar ayuda psicosocial a las poblaciones afectadas por una situación de emergencia o desastre en la Red de Salud Camana Caraveli, en el caso que se presente una emergencia..
- Realizar actividades preventivas promocionales de salud mental con la comunidad de los diferentes centros y puestos de salud de la Red de Salud Camana Caraveli para incentivar estilos de vida saludables en salud mental.
- Realizar capacitaciones en temas de salud mental, según la normativa vigente al personal de salud de los puestos y centros de salud de la Red de Salud Camana Caraveli en coordinación con la Coordinación del P.P. Salud Mental de la Red Camana Caraveli.
- Atención especializada al sector de la población que le corresponda, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.
- Informar a la coordinación de salud mental de la Red de Salud Camana Caraveli su avance mensual descriptivo y cuantitativo de las actividades de salud mental realizadas en los diferentes centros y puestos de salud según los formatos validados de salud mental; si fuese el caso la intervención salud mental por alguna emergencia o desastre natural informar de manera diaria los avances realizados, si fuera el caso.
- No se cubre los viáticos y pasajes por el desplazamiento a los diferentes centros y puestos de salud priorizados del equipo móvil de salud mental.
- Participar de forma activa en las actividades, capacitaciones y/o reuniones programadas en la red.

6. PERFIL REQUERIDO:

- Título Profesional de Medico Cirujano
- Título de Especialidad en Psiquiatría
- Tener Registro Nacional de Especialidad de Psiquiatría.
- Constancia de habilitación del Colegio vigente
- Competencias:

DOC:

EXP:

redcc@redsaludcamanacaraveli.gob.pe

Av. Lima 550 – Camaná – Arequipa

Teléfonos 054-512615 -054-571603

**"Año de la Esperanza y del Fortalecimiento de la Democracia"**

- Responsabilidad, buen trato, iniciativa, solidario, líder, pro activo, honradez, trabajo en equipo multidisciplinario, confidencialidad, habilidad para cooperar y concretar resultados en el tiempo oportuno, capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales.

OTROS REQUISITOS MINIMOS:

- Tener Registro Único de Contribuyente (RUC) - Condición: ACTIVO Y HABIDO.
- Tener Registro Nacional de Proveedores (RNP) - Condición: VIGENTE
- Tener Código de Cuenta Interbancario - CCI - Condición: Vinculado al RUC
- Disponibilidad inmediata.

7. ENTREGABLES:

La **CONTRATISTA** deberá presentar un informe conteniendo el logro de las actividades del numeral 3.

El cronograma de presentación es el siguiente:

ENTREGABLE	PLAZO DE ENTREGA
Entregable 1	30 días
Entregable 2	60 días
Entregable 3	90 días

LA **CONTRATISTA** presentará en cada entregable el Informe del servicio prestado, el que contendrá como mínimo lo siguiente:

- Informe de las actividades realizadas debidamente firmadas.
- Comprobante de Pago autorizado por la SUNAT (Recibo de Honorarios)
- Suspensión de Cuarta Categoría.

8. PLAZO Y LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

A) PLAZO: El plazo total del servicio contratado será hasta 90 días y se computará a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

B) LUGAR: Centros y Puestos de Salud priorizados por la Estrategia de Salud Mental Móvil de poblaciones distantes y dispersas - Centro de Salud Mental Comunitario "Camana" - Red de Salud Camaná Caravelí.

9. FORMA DE PAGO

El pago del servicio será en tres (03) armadas, previa conformidad dada por el área usuaria al informe presentado, según el plazo establecido.

Nº PRODUCTO	PLAZO RETRIBUCION POR PRODUCTO	IMPORTE S/.
Primer Producto	Será presentado hasta los 30 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	12 000.00
Segundo Producto	Será presentado hasta los 60 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	24 000.00
Tercer Producto	Será presentado hasta los 90 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	36 000.00

10. PLAZO PARA EL PAGO:

El pago será en tres (03) armadas, dentro del plazo de 10 días calendarios de otorgada la conformidad de la prestación y luego de la presentación de los entregables señalados en los presentes términos de referencia, los cuales deberán adjuntar los siguientes documentos:

- Informe de actividades realizadas
- Recibo de honorarios profesionales
- Suspensión de retención de renta de 4ta categoría según corresponda.

11. RESOLUCION DE CONTRATO Y/U ORDEN

En caso incumplimiento de obligaciones contractuales la Red de Salud Camana Caravelí procederá a resolver el con contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del reglamento de la ley de contrataciones del Estado.

DOC:

EXP:

redcc@redsaludcamanacaraveli.gob.pe

Av. Lima 550 - Camaná - Arequipa

Teléfonos 054-512615 -054-571603



12. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

El contratista no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera de la Red de Salud Camaná Caraveli salvo autorización expresa de la entidad, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y, en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente orden servicio.

14. COFORMIDAD DE LA PRESTACION

La conformidad del servicio será emitida por la Jefatura del Centro de Salud Mental Comunitario "Camaná" y seguidamente deberá ser remitida a la Dirección de la OPPDI- Coordinación del Programa Presupuestal de Salud Mental - Red de Salud Camaná Caraveli.

15. BASE LEGAL

La presente contratación, se encuentra regulada por el Código Civil vigente (Artículo 1764 al 1770- Decreto Legislativo 295), no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el locador contratado; el mismo que no desarrolla actividades de carácter permanente, no generando derecho laboral alguno para quien lo presta.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANÁ
COORDINADORA DE SALUD MENTAL

GLEYDA LIZ GRANDA MACHADO
PROFESIONISTA
C.P.A.P. 14581 R.N.E. 450-2022
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

DOC:

EXP:

redcc@redsaludcamanacaraveli.gob.pe

Av. Lima 550 – Camaná – Arequipa

Teléfonos 054-512615 -054-571603

TERMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACION DE SERVICIO DE SOPORTE INFORMÁTICO PARA LA ELABORACION, CONTROL DE CALIDAD Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES SANITARIOS DE LOS CONVENIOS DE GESTION Y FED, Y OFICINA DE LAS ESTRATEGIAS SANITARIAS DE LA OPPDI DE LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

1. DEPENDENCIA SOLICITANTE:

OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

2. FINALIDAD:

Contratar los servicios Soporte Informático para procesamiento y análisis de datos de Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Convenio de Gestión, Indicadores del Convenio Fondo de Estímulo al Desempeño e Indicadores Sanitarios y Aplicativos de las Estrategias Sanitarias de la OPPDI.

3. OBJETIVO DE LA CONTRATACION:

Generar reporte mensual de base de datos HIS, en coordinación con la oficina de estadística para el control de calidad y análisis de la información mensual de los indicadores de Gestión, FED y de las Estrategias Sanitarias de la OPPDI.

4. ACTIVIDADES A REALIZAR:

El contratado prestará sus servicios en la OPPDI desarrollando las siguientes actividades:

Primer Producto:

- *Elaboración de 01 Informe de Control de Calidad y Seguimiento de los Indicadores de desempeño y Compromisos de mejora, Convenio de Gestión.*
- *03 Informes de Control de Calidad de los Indicadores y Metas de cobertura del Convenio FED de los establecimientos de salud de la Red.*
- *03 Informes de Control de Calidad de HIS y elaboración de reportes estadísticos e indicadores sanitarios de las Estrategias Sanitarias de OPPDI.*
- *01 reporte del ingreso por micro redes de la información en el POI-CEPLAN de estrategias sanitarias de OPPDI.*
- *01 informe de la tabulación de datos y cruce de información del Aplicativo CNV, del hospital y establecimientos del primer nivel de atención.*
- *2 informes elaborados cada 15 días sobre el control de calidad de los aplicativos SIHCE WAWARED y Planificación Familiar para el monitoreo de actividades con establecimientos del primer nivel y la coordinación de Red.*

Segundo Producto:

- *Elaboración de 01 Informe de Control de Calidad y Seguimiento de los Indicadores de desempeño y Compromisos de mejora, Convenio de Gestión.*
- *03 Informes de Control de Calidad de los Indicadores y Metas de cobertura del Convenio FED de los establecimientos de salud de la Red.*
- *03 Informes de Control de Calidad de HIS y elaboración de reportes estadísticos e indicadores sanitarios de las Estrategias Sanitarias de OPPDI*
- *01 reporte del ingreso por micro redes de la información en el POI-CEPLAN de estrategias sanitarias de OPPDI.*
- *01 informe de la tabulación de datos y cruce de información del Aplicativo CNV, del hospital y establecimientos del primer nivel de atención.*
- *2 informes elaborados cada 15 días sobre el control de calidad de los aplicativos SIHCE WAWARED y Planificación Familiar para el monitoreo de actividades con establecimientos del primer nivel y la coordinación de Red.*

Tercer Producto:

- Elaboración de 01 Informe de Control de Calidad y Seguimiento de los Indicadores de desempeño y Compromisos de mejora, Convenio de Gestión.
- 03 Informes de Control de Calidad de los Indicadores y Metas de cobertura del Convenio FED de los establecimientos de salud de la Red.
- 03 Informes de Control de Calidad de HIS y elaboración de reportes estadísticos e indicadores sanitarios de las Estrategias Sanitarias de OPPDI
- 01 reporte del ingreso por micro redes de la información en el POI-CEPLAN de estrategias sanitarias de OPPDI.
- 01 informe de la tabulación de datos y cruce de información del Aplicativo CNV, del hospital y establecimientos del primer nivel de atención.
- 2 informes elaborados cada 15 días sobre el control de calidad de los aplicativos SIHCE WAWARED y Planificación Familiar para el monitoreo de actividades con establecimientos del primer nivel y la coordinación de Red.

5. PERFIL MINIMO REQUERIDO:**a) Formación profesional:**

- Bachiller en Ingeniería de Sistemas o Técnico en Computación e Informática.
- Cursos de Ofimática, Tablas Dinámicas y POWER BI.
- Conocimiento en el manejo de aplicativos SIGA, POI CEPLAN, WAWARED, CNV.

b) Requisitos Mínimos Indispensables:

- Copia del título de bachiller o Título de Técnico en Computación e Informática.
- Constancia de RNP.
- CCI vinculado al número de RUC
- RUC activo y habido

6. ENTREGABLES:

ENTREGABLE	PLAZO DE ENTREGA
Entregable 1	28 días calendario máximo
Entregable 2	56 días calendario máximo
Entregable 3	84 días calendario máximo

Deberá presentar el informe del servicio prestado, el que contendrá como mínimo lo siguiente:

- Informe de las actividades realizadas debidamente firmadas.
- Comprobante de pago por la SUNAT (Recibo de Honorarios).
- Suspensión de Cuarta Categoría según corresponda

7. PLAZO Y LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO:

- A. **PLAZO:** El plazo total del servicio contratado será de hasta 84 días calendario y se computará a partir del día siguiente de emisión de la orden de servicio.
- B. **LUGAR:** Red de Salud Camaná Caravelí, Oficina OPPDI.

8. VALOR ESTIMADO:

El costo total estimado de la presente contratación asciende al monto de **S/. 7,500.00 (SIETE MIL QUINIENTOS 00/100 SOLES)** incluidos todos los impuestos de ley y todo costo o retención que recaiga en el servicio; no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

9. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

El pago será en (03) armadas, dentro del plazo de 10 días calendarios de otorgada la conformidad de la prestación y luego de la presentación de los entregables señalados en el presente TDR.

El pago se realizará de acuerdo al siguiente detalle:

N° PRODUCTO	PLAZO RETRIBUCION POR PRODUCTO	MONTO A CANCELAR
Primer Producto	Será presentado hasta los 28 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	2,500.00
Segundo Producto	Será presentado hasta los 56 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	2,500.00
Tercer Producto	Será presentado hasta los 84 días calendario a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.	2,500.00

10. RESOLUCION DE CONTRATO:

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales la RED DE SALUD CAMANA CARAVELI procederá a resolver el contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 de la ley de contrataciones del estado.

11. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION:

El contratista no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera de la RED DE SALUD CAMANA CARAVELI salvo autorización expresa de la ENTIDAD, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y, en general, toda la información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

12. CONFORMIDAD DE LA PRESTACION:

La conformidad del servicio será emitida por la Dirección de la OPPDI.

13. BASE LEGAL:

La presente contratación, se encuentra regulada por el Código Civil vigente (Artículo 1764 al 1770 – Decreto Legislativo 295), no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el locador contratado; el mismo que no desarrolla actividades de carácter permanente, no generando derecho laboral alguno para quien lo presta.

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

Ps. Gladys Luz Granda Machado
C.P.S. 16581 R.N.E. 450
JEFA DE LA OPPDI

SOLICITUD DEL POSTOR

SEÑOR JEFE(A) DE LA OFICINA DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELÍ

Apellidos y Nombres:

RUC N°

Dirección domiciliaria actual:

Cel: Email:

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria de Locación de Servicios N°

....., para la contratación de los servicios de:

.....

....., en la Red de Salud Camaná Caravelí.

Que, teniendo interés en dicha contratación de servicios, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado, se me considere como postor, para lo cual acompaño los documentos requeridos en los Términos de Referencia de dicha convocatoria.

POR TANTO, A usted pido, acceder a mi solicitud.

Camaná,..... de..... del

Firma

Nombres y Apellidos:
RUC:

ANEXO N.º 01: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE

Camaná, _____ de _____ de 2026.

Señores:

COMISIÓN DE SELECCIÓN DE LOCADORES DE SERVICIOS

Red de Salud Camaná - Caravelí (Unidad Ejecutora 405)

Presente. –

Asunto: Presentación de expediente para la Convocatoria de Locación de Servicios N.º _____-2026-RSCC.

Yo, _____, identificado(a) con DNI/CE N.º _____, con domicilio real en _____, de profesión/oficio _____, con Registro de Colegiatura N.º _____ (de corresponder), y con Registro Único de Contribuyentes (RUC) N.º _____.

Me dirijo a ustedes con la finalidad de presentar mi propuesta técnico-económica para postular como Locador de Servicios para el objeto de:

_____, convocado por su representada.

Para tal efecto, adjunto a la presente mi Currículum Vitae debidamente documentado, foliado y firmado, declarando bajo juramento que cumplo con la totalidad de los requisitos mínimos exigidos en los Términos de Referencia (TDR).

Asimismo, fijo los siguientes canales oficiales para recibir las notificaciones del proceso:

- **Correo electrónico:**

- **Teléfono / Celular:**

Atentamente,

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos:

DNI N.º:

(Huella dactilar derecha)

ANEXO N.º 02: DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO Y AUSENCIA DE ANTECEDENTES

Yo, _____,
identificado(a) con DNI/CE N.º _____, con domicilio en _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. No tener impedimento legal para contratar con el Estado ni estar inscrito en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
2. No registrar inhabilitación vigente dictada por el Organismo Especializado para las Contrataciones Públicas Eficientes (OECE) ni por la Contraloría General de la República.
3. No registrar antecedentes penales, judiciales ni policiales a nivel nacional.
4. No estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) ni en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECI).
5. Que toda la información y documentos que presento en mi Currículum Vitae son verídicos, asumiendo total responsabilidad administrativa, civil o penal en caso de falsedad.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad tipificado en la Ley N.º 27444 (Ley del Procedimiento Administrativo General).

Camaná, _____ de _____ de 2026.

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos:

DNI N.º:

(Huella dactilar derecha)

ANEXO N.º 03: DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO, INCOMPATIBILIDAD Y DOBLE PERCEPCIÓN DE INGRESOS

(Sustentado en la Ley N.º 26771, Ley N.º 31298 y el Art. 40 de la Constitución)

Yo, _____,
identificado(a) con DNI/CE N.º _____, con domicilio en _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. **NEPOTISMO:** No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos, tíos, sobrinos, primos) ni segundo de afinidad (cónyuge, suegros, cuñados, yernos, nueras) con funcionarios, directivos, miembros de la Comisión de Selección o personal que tenga la facultad de nombrar, contratar o influir en la toma de decisiones dentro de la Red de Salud Camaná - Caravelí.
2. **INCOMPATIBILIDAD:** No prestar servicios bajo ninguna modalidad laboral o civil (cas, 276, 728, locación) en otra área de esta misma Unidad Ejecutora de forma simultánea, garantizando la total autonomía y disponibilidad para cumplir el objeto de este servicio.
3. **DOBLE PERCEPCIÓN:** No percibo ninguna otra remuneración, retribución o pensión con cargo a fondos del Estado, **con excepción de la función docente** o por participación en directorios de empresas públicas, de acuerdo a Ley. Camaná, _____ de _____ de 2026.

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos:

DNI N.º:

(Huella dactilar derecha)

ANEXO N.º 04: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DEPOSITO EN CUENTA

Camaná, de del

Señor:

Responsable de Logística de la Red de salud Camaná Caravelí

Asunto: Autorización de Abono directo en
cuenta CCI que se detalla.

Por medio de la presente, comunico a usted, que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

- Empresa (o nombre):
- RUC:
- Entidad Bancaria:
- Número de Cuenta:
- Código CCI:
-

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria que se comunica ESTÁ ASOCIADO al RUC consignado, tal como ha sido aperturada en el sistema bancario nacional.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorarios o Boleta de Venta) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Orden de Servicio con las prestaciones de bienes y/o servicios materia del contrato pertinente, quedará 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.

Atentamente

.....

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos:

DNI N.º:

(Huella dactilar derecha)

ANEXO N.º 05: PROPUESTA ECONÓMICA Y DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

(Para ser presentada en un sobre de manera individual)

Señores:

Oficina de Logística

Red de Salud Camaná Caravelí

Presente. -

Referencia: Solicitud de Cotización para el Servicio de:

.....
.....

De mi mayor consideración,
La siguiente información son datos del ofertante:

Nombres y Apellidos / Razón Social:	
DNI:	RUC:
Dirección de Notificación:	
Nombre de contacto:	
Telf. Fijo/Móvil:	Correo Electrónico: (de forma legible)
Código de Cuenta Interbancario (CCI):¹	Banco:

Al amparo del principio de presunción de veracidad², **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los Términos de referencia o Especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. 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.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado³

5. No tener inhabilitación vigente⁴ 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.
6. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
7. 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.
8. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada en el presente documento.
9. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y entidad bancaria señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Servicio o las prestaciones en servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
10. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Red de Salud Camaná Caravelí la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
11. Aceptar en su integridad los Términos de referencia o las Especificaciones técnicas proporcionadas por la Red de Salud Camaná Caravelí, conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntando para tal efecto la siguiente propuesta económica:

Luego de haber examinado minuciosamente los Términos de Referencia (TDR) para la prestación del servicio, presento mi propuesta económica formal.

El monto total por la contraprestación de mis servicios autónomos asciende a:

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	N° DE PRODUCTOS	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
TOTAL⁶		

PLAZO DE ENTREGA:	
--------------------------	--

El citado monto incluye todos los impuestos de Ley (Retención de Cuarta Categoría del 8% de corresponder), seguros, costos de traslado, viáticos, materiales y cualquier otro concepto necesario para la correcta ejecución y entrega de los productos pactados a favor de la Red de Salud Camaná - Caravelí.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me a tengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Camaná, ____de ____de 2026

Atentamente,

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos:

DNI N°:

(Huella dactilar derecha)

¹ Código de cuenta interbancario, el mismo que consta de 20 dígitos y debe estar asociado a su número de RUC, debiendo consignar la entidad bancaria de procedencia y el tipo de moneda.

² Numeral 1.7 – Principio de presunción de veracidad, Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General.

³ Numeral 11.1 del Artículo 11 de la Ley.

⁴ Artículo 242 de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General