
ANEXO 14

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

**OFICINA DE ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS AUXILIARES
PLAN COPESCO**

Plaza Túpac Amaru s/n Huanchac

Presente.-

*El que suscribe..... identificado con DNI N°
....., y RUC N° N° Tel Cel*
DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

- 1. No haber incurrido, me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.*
- 2. No tengo impedimento para contratar en el Estado.*
- 3. No tengo impedimento por vínculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, ni segundo grado de afinidad con los funcionarios de la entidad o intervinientes, según lo previsto en el artículo 11° de la Ley de Contrataciones.*
- 4. Cuento y Acepto con las condiciones necesarias para cumplir cabalmente con las características técnicas, requisitos y condiciones establecidas en los términos de referencia y/o especificaciones técnicas de la presente contratación.*
- 5. De ser seleccionados para la contratación, me comprometo a mantener mi oferta en su integridad hasta el pago.*
- 6. Me someto a las sanciones contenidas en la ley de Contrataciones del Estado, ley 30225 y su reglamento, así como la ley de procedimiento administrativo general, Ley N° 27444, cuando corresponde.*
- 7. En caso de incumplimiento injustificado, acepto de manera supletoria, la aplicación de penalidad de acuerdo a la fórmula establecida en el artículo 162° del reglamento de la ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante D.S N° 344-2018-EF, y de acuerdo a la directiva interna de compras menores o iguales a 8 UIT.*
- 8. De ser seleccionados para efectuar la presente contratación, autorizo al gobierno Regional del Cusco a efectos de que me pueda notificar al **correo electrónico**o a mi domicilio sito en*
- 9. No ser propietario, socio, representante legal, gerente general o tener cualquier vínculo con otra empresa que cotiza por el mismo objeto de término de referencia al que me presento.*

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Gobierno Regional de Cusco



Unidad de Abastecimiento y Servicios Auxiliares

CARTA AUTORIZACIÓN

PARA EL PAGO CON ABONOS EN LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR

(Modelo: anexo N°1 de la Directiva de Tesorería)

Cusco, ____ de _____ del 2025.

Señores :

PLAN COPESCO

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 :
 - CCI DE LA CUENTA BANCARIA :
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- CUENTA DE DETRACCIÓN N°:

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, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal y sello, según corresponda



TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE OBRA DEL PLAN COPESCO CUSCO

1. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

El presente proceso tiene por objeto la contratación del Servicios de Exámenes Médicos ocupacionales para obtener información clínica respecto al personal obrero de la Obra **“MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS TURISTICOS DE LOS PRINCIPALES ATRACTIVOS DEL MONUMENTO ARQUEOLOGICO DE OLLANTAYTAMBO, DISTRITO DE OLLANTAYTAMBO, PROVINCIA DE URUBAMBA, DEPARTAMENTO DEL CUSCO – COMPONENTE: ACONDICIONAMIENTO TURISTICO”.**

2. FINALIDAD PUBLICA

Promover y liderar una cultura de prevención de Riesgos Ocupacionales, detectando Enfermedades de índole Ocupacional y su respectivo tratamiento oportuno y evitando así daños crónicos e irreversibles a la salud de los colaboradores de la Entidad como consecuencia de la actividad laboral.

En referencia a la ley N°26842 – Ley General de Salud, “Ley de Seguridad y Salud en el trabajo N°29783” al “Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo DS 005-2012 – MT” a la RESOLUCION MINISTERIAL N° 312 – 2011 MINSA , protocolos de Exámenes Médicos ocupacionales y Guías de Diagnostico de los exámenes Médicos Obligatorios por actividad la norma técnica de Salud que establece los Exámenes Médicos ocupacionales - Resolución Ministerial N° 313 – 2011 MINSA , que refieren deben realizarse en Examen médico anual a los trabajadores, acorde a las labores que desempeñan y **RM – 004 – 2014 / MINSA .Modifican el documento técnico “Protocolos de Exámenes médicos ocupacionales y Guías de Diagnostico de los exámenes médicos por actividad”.**

3. PARAMETROS DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

El examen médico ocupacional consta de las siguientes evaluaciones:

1. Examen Clínico
2. Examen musculo esquelético.
3. Oftalmológica
4. Psicológica.
5. Exámenes de apoyo al diagnóstico (Audiometría; placas de tórax AP, Test básico de altura.

I. Evaluación clínica.

Debe constar.

- Una ficha clínica ocupacional, que contendrá l Historia Clínica ocupacional, antecedentes médicos.
- La evaluación clínica debe ser detallada y minuciosa por sistemas en caso de identificar alguna alteración.
- Los exámenes complementarios se realizarán de acuerdo a la norma.
- Laboratorio:
- Hemograma
- Glucosa



Luis Peña Molina
Dra. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
CMP 40259

Plaza Tupac Amaru S/N – Wanchaq – Cusco
Email: plancopeSCO@copeSCO.gob.pe
Central Telefónica (084) 581530

- Perfil lipídico completo
- Examen completo de orina
- Grupo y factor.
- Tes de embarazo en mujeres en edad reproductiva.
- VIH

II. Evaluación musculo esquelético.

Constará de:

- Rangos articulares
- Reflejos asteo musculares
- Columna vertebral (Descartado Patología distal y de postura).

III. Evaluación Oftalmológica.

Constará de:

- Medición de la agudeza visual de lejos y/o cerca según el puesto de trabajo.
- Test de Ishihara.
- Test de Esteropsia.

IV. Evaluación psicológica ocupacional.

- Realizado por profesional con perfil organizacional debe incluir pruebas psicológicas de acuerdo a los riesgos psicosociales conforme a RM N° 312-2011/MINSA.

V. Evaluación psicosomática para conductores.

- Una evaluación psicosomática, es una evaluación en la que se examinan la aptitud física, mental y de coordinación motriz.

Esta evaluación considera:

- Las capacidades de visión y orientación auditiva.
- La agudeza visual y campimetría.
- Los tiempos de reacción y recuperación al encandilamiento.
- La capacidad de coordinación entre la aceleración y el frenado.
- La coordinación integral motriz de la persona.
- La discriminación de colores y la forma horizontal y vertical o el reconocimiento de imágenes en un lugar distinto a donde se encuentran.

VI. Evaluación para trabajos en altura

Constará de:

PERFIL BÁSICO

- Examen médico con énfasis en trabajo en alturas (Prueba de vértigo, coordinación y equilibrio)

COMPLEMENTARIOS

- Gravidéz (Mujeres)



Loty R. Peña Molina
Dra. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 40259

VII. Exámenes auxiliares.

- Audiometría, toma de audiometría, otoscopia y debe ser firmada por médicos responsables del servicio.
- Espirometría
- Placas radiográficas, deben ser RX de la caja torácica.
- Descarte de TBC, se realizará a través de baciloscopia de esputo. Análisis exámenes de laboratorio

IMPORTANTE: La declaración de aptitud deberá ser evaluada en función de cada puesto de trabajo, para garantizar el cuidado de la salud y velar por el bienestar físico del trabajador.

VIII. Criterios de Aptitud

- NO APTOS mayores de 70 años.
- NO APTO personal en estado de gravidez para desempeñar labores de riesgo.

4. REQUERIMIENTO MINIMO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO

El postor al momento de la presentación de su propuesta deberá contar con:

- a. **Registro Nacional de Proveedores-Servicios.**
- b. **RUC activo y habido.**
- c. **Certificado de Acreditación como centro médico en salud ocupacional expedido por la DIRESA O DIGESA**
- d. **Licencia de Funcionamiento.**
- e. **Certificado de calibración de equipos vigente**

Del personal para las evaluaciones:

- f. **Medico a cargo de los exámenes medico ocupacionales conforme a la RM 004/2014 MINSA deber ser:**
 - Médico cirujano con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente ó Medicina del trabajo, debidamente titulado, colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú
 - Médico cirujano con Maestría en Salud Ocupacional o Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental ó Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, debidamente colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú
 - Médico especialista responsable del servicio de oftalmología, que figura en la acreditación como responsable del servicio
 - Médico especialista responsable del servicio de espirometría, que figura en la acreditación como responsable del servicio



Plaza Tupac Amaru S/N – Wánchaq – Cusco
Email: plancopesco@opesco.gob.pe

Loty R. Peña Molina
Dra. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 40250

- Médico especialista responsable del servicio de audiometría, que figura en la acreditación como responsable del servicio
- Biólogo o Tecnólogo Médico en laboratorio clínico

g. Infraestructura

Aplicable conforme lo establecido en la RM-571-2014-MINSA

- Debe contar con acreditación de servicios de apoyo al Médico ocupacional (Centro Médico Ocupacional) emitido por la DIRESA o DIGESA
- Ambientes con condiciones estándares que cumplan parámetros de categorización como
- Servicios de apoyo al Médico Ocupacional
- Los ambientes deben cumplir con las normas de bioseguridad
- Sala de RX autorizada por el IPEN (Instituto Peruano de Energía Nuclear).

h. Resultados

Los resultados de las evaluaciones médicos ocupacionales deberán hacer llegar a la entidad de manera física por mesa de partes (Área de Bienestar Social) y a la obra a través de los siguientes canales electrónicos:

- alexandrabe.27.1@gmail.com
- danitzavera660@gmail.com

La entrega de los resultados será en un plazo de 24 horas en forma digital a los correos electrónicos señalados y en 48 horas en forma física al PLAN COPESCO-mesa de partes.

5. PLAZO DE EJECUCION

El plazo de la prestación del servicio será de 90 días calendarios computados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

6. LUGAR DE EJECUCION

Los exámenes médicos ocupacionales se realizarán en las instalaciones del centro médico y previa coordinación con la Unidad de Personal y Capacitación de la Entidad.

7. FORMA DE PAGO

Se realizará los pagos en forma mensual después de realizar los exámenes médicos del mes, para ello deberán presentar:

- Factura electrónica

8. DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS A REALIZAR

<u>Ítem</u>	<u>Descripción</u>	<u>Cantidad de trabajadores</u>
-------------	--------------------	---------------------------------



Plaza Tupac Amaru S/N – Wánchaq – Cusco
Email: plancopesco@opesco.gob.pe

Loty R. Peña Molina
Dra. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
L.I.P. 40259

1	EXAMEN CLINICO OCUPACIONAL	69
2	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	69
3	ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	69
4	ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO	69
5	RADIOGRAFIA DE TORAX	69
6	OFTALMOLOGIA	69
7	HEMOGRAMA COMPLETO / GRUPO Y FACTOR	69
8	GLUCOSA	69
9	COLESTEROL	69
10	TRIGLICERIDOS	69
11	EXAMEN COMPLETO DE ORINA	69
12	TEST DE EMBARAZO EN SANGRE	40
13	BACILOSCOPIA DE ESPUTO (descarte de TBC)	69
14	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (CONDUCTORES-OPERADORES DE MAQUINARIA PESADA).	50
15	EVALUACION PARA TRABAJOS EN ALTURA	69

9. ENTREGA DE RESULTADOS DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Los resultados de las evaluaciones médicos ocupacionales deberán hacer llegar a la entidad de manera física por mesa de partes (Área de Bienestar Social) y a la obra a través de los siguientes canales electrónicos:

- danitzavera660@gmail.com
- alexandrabe.27.1@gmail.com

La entrega de los resultados será en un plazo de 24 horas en forma digital a los correos electrónicos señalados y en 48 horas en forma física al PLAN COPESCO-mesa de partes.

10. CANTIDAD DE TRABAJADORES A EVALUAR

- Sera de 69 trabajadores.

11. REQUERIMIENTOS ADICIONALES.

Se deberá coordinar con la Unidad Funcional de Recursos Humanos de la Entidad, así como la residencia de obra, a través del servicio de seguridad y salud en el trabajo.

12. RECEPCION Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO.

La recepción y conformidad del servicio será responsabilidad del Residente de obra en caso de existir observaciones a las características. El área usuaria deberá levantar un



Plaza Tupac Amaru S/N – Wánchaq – Cusco
Email: plancopesco@opesco.gob.pe

Loty R. Peña Molina
Dña. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
L.I.A.P. 40259



acta en el que se precise las observaciones existentes, otorgados el plazo de entrega de entre uno (1) a (2) días para su subsanación.

13. **PENALIDAD.**

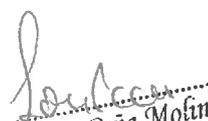
Penalidad por mora en la ejecución de la prestación:

- Si el PROVEEDOR incurre en retraso injustificado en la entrega del servicio, el PLAN COPESCO le aplicara en todos los casos, una penalidad de acuerdo a lo establecido en la Directiva N°002 - 2022 – PLAN COPESCO

14. **RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

En los contratos de bienes y servicios, el Contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad. El contrato puede establecer excepciones para bienes fungibles y/o perecibles, siempre que la naturaleza de estos bienes no se adecue a este plazo.




Dra. Loty R. Peña Molina
MÉDICO CIRUJANO
CMP 40259