

PEDIDO DE SERVICIO N°

001125

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - UCAYALI
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000950

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ASEGURAMIENTO E INTERCAMBIO PRESTACIONAL
Entregar a Sr(a) : CARDENAS LOPEZ MARIELA
Fecha : 25/02/2026
Actividad Operativa : C0328 5000850- ATENCIONES DE SALUD
Motivo : PAGO POR SERVICIO DE TERCERO, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE DIGITADOR DE FUA EN EL P.S. SAN PABLO DE TUSHMO. CORRESPONDIENTE DESDE EL 01 MARZO AL 31 DICIEMBRE DEL 2026.

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0179	20	006	0008	9002	3999999	5000850

Código	Descripción / Términos de Referencia	Clasificador	Valor S/.	Unidad Medida
--------	--------------------------------------	--------------	-----------	---------------

210100040037	SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE MANTENIMIENTO	2.3.2 9.1 1	1.00	SERVICIO
--------------	---	-------------	------	----------

DENOMINACION DE LA CONTRATACION Contratar los servicios de un digitador

REQUISITOS MINIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL PROVEEDOR: -Titulo Profesional de Técnico en Computación e Informática
-Experiencia General mínima de dos (2) años en el sector público
- Experiencia General mínima de uno (1) año como digitador de Formato Único de Atención

LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION LUGAR: Los Servicios Serán Prestados en el P.S. San Pablo de Tushmo, Jurisdicción de la Red de Salud N° 02 Federico Basadre.
PLAZO: El prestador se obliga a prestar las actividades descritas en el presente termino de referencia, entre el periodo comprometido del 01 de marzo al 31 de diciembre del 2026

ENTREGABLES - El proveedor deberá presentar diez (10) informes (entregables), describiendo las tareas efectuadas con las actividades descritas
- El proveedor deberá realizar la digitación mínima de 3,000 Formato Único de Atención por entregable

CONFORMIDAD DEL SERVICIO La conformidad del servicio estará a cargo del Jefe o Gerente del Puesto de Salud San Pablo de Tushmo

FORMA Y CONDICIONES DE PAGO El pago se realizará por el monto de S/. 15,000.00 (Quince y Mil con 00/100 Nuevos Soles) en diez (10) armadas (entregables), por las actividades realizadas.
Dicho pago se realizará previa presentación de la siguiente documentación en la Dirección de Logística:
1. Recibo por honorarios electrónico y de ser el caso adjuntar constancia de suspensión de renta de 4ta Categoría
2. Informe de actividades realizadas mensualmente, dirigido al jefe inmediato.
3. Conformidad del servicio brindado por el Jefe o Gerente del Puesto de Salud San Pablo de Tushmo
4. Registro Nacional de Proveedores (RNP).

CERTIFICADO N° 303
RJ 015-2026-SIS/J
TRANSFERENCIA 071-2026

Dirección Regional de Salud Ucayali


C.P.C. Mariela Cárdenas López
Directora de Aseguramiento Universal en Salud

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI

LVC ADM. SANDRO LUIS ESPINOSA MELENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI

GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.

Órgano y/o Unidad Orgánica:	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE UCAYALI
Dirección y/o Área Usuaría	DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO E INTERCAMBIO PRESTACIONAL.
Denominación de la Contratación:	CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN DIGITADOR

1. FINALIDAD PÚBLICA
La Dirección de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, requiere el servicio de un digitador para los formatos únicos de atención (FUA) de las Atenciones de Salud brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud.
2. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN
Registros de los Formatos Únicos de Atención (FUA)
3. ALCANCES DEL SERVICIO:
<ul style="list-style-type: none">• Digitación del formato único de atención (FUA) de las prestaciones de salud a los usuarios asegurados al SIS.• Digitación mínima de 3,000 Formatos Únicos de Atención – mensual.• Levantamiento del formato único de atención (FUA) inconsistentes y observadas por el Seguro Integral de Salud• Control de calidad previo a la digitación.• Atención de usuarios para su afiliación y/o actualización al Seguro Integral de Salud.• Generar los BACKUP y ENVIOS de la información en las fechas establecidas
Todas las actividades se realizarán en modalidad presencial.
4. REQUISITOS DEL PROVEEDOR
Formación Académica: <ul style="list-style-type: none">• Título Profesional de Técnico en Computación e Informática.
Experiencia Laboral: <ul style="list-style-type: none">• Experiencia General mínima de dos (2) años en el sector público.• Experiencia específica de uno (1) año como digitador de Formato Único Atención.
Acreditación: <p>La experiencia del proveedor se acredita con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de los contratos u órdenes y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que de manera fehaciente demuestre la experiencia del proveedor.</p>
Otro: <ul style="list-style-type: none">• Persona Natural• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.• Contar con ficha de Registro Único de Contribuyente (RUC), activo y habido.• No estar inhabilitado para ejercer función pública por decisión administrativa firma o sentencia judicial con calidad de cosa juzgada.



Jr. José del Carmen Cabrejos N°549 – Pucallpa, Perú
direccion.diresau@gmail.com
Jr. Raimondi N°220-Ucayali-Perú
Av. Arequipa N°810 – Lima
www.gob.pe/region/ucayali

Teléfono (061)586120

Teléfono (01) 4246320





GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

5. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Los Servicios Serán Prestados en el P.S. San Pablo de Tushmo, Jurisdicción de la Red de Salud N° 02 Federico Basadre.

PLAZO: El prestador se obliga a prestar las actividades descritas en el presente temino de referencia, entre el periodo comprometido del 01 de marzo al 31 de diciembre del 2026

6. ENTREGABLES

- El proveedor deberá presentar diez (10) informes (entregables), describiendo las tareas efectuadas con las actividades descritas
- El proveedor deberá realizar una digitación mínima de 3,000 FUAs por entregable

NRO. DE ENTREGABLES	ENTREGABLE O PRODUCTO	PLAZO DE PRESENTACION
Primer Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de marzo del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Segundo Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de abril del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Tercer Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de mayo del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Cuarto Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de junio del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Quinto Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de julio del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Sexto Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de agosto del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Séptimo Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de setiembre del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Octavo Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de octubre del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Noveno Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de noviembre del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades
Decimo Entregable	Informe de Actividades	Hasta el 25 de diciembre del 2026, a partir del siguiente día notificado la orden de servicio o autorizar el inicio de actividades

7. CONFORMIDAD

La conformidad del servicio estará a cargo del Jefe y/o Gerente del Puesto de Salud San Pablo de Tushmo.

8. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará por el monto de **S/. 15,000.00** (Quince y Mil con 00/100 Nuevos Soles) en diez (10) armadas (entregables), por las actividades realizadas.

Dicho pago se realizará previa presentación de la siguiente documentación en la Dirección de Logística:

- Recibo por honorarios electrónico y de ser el caso adjuntar constancia de suspensión de renta de 4ta Categoría
- Informe de actividades realizadas mensualmente, dirigido al jefe inmediato.
- Conformidad del servicio brindado por el Jefe y/o Gerente del Puesto de Salud San Pablo de Tushmo.
- Registro Nacional de Proveedores (RNP).



Jr. José del Carmen Cabrejos N°549 – Pucallpa, Perú
direccion.diresau@gmail.com
 Jr. Raimondi N°220-Ucayali-Perú
 Av. Arequipa N°810 – Lima
www.gob.pe/region/ucayali

Teléfono (061)586120

 Teléfono (01) 4246320





2

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

9. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)
<p>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.</p> <p>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 mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor.</p>
10. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR
<p>El proveedor del servicio ofertado debe cumplir todos los requisitos solicitados, permisos y licencias de acuerdo la ley de contratación del estado</p>
11. PENALIDADES POR MORA
<p><u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u> En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula: $\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$ Donde F tiene los siguientes valores:</p> <p>a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F = 0.40$.</p> <p>b.1) Para plazos mayores a sesenta (60) días: b.2) Para bienes, servicios y consultorias: $F = 0.25$.</p> <p>Para obras: $F = 0.15$.</p> <p>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.</p> <p>Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.</p>
12. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN
<p>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, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.</p> <p>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.</p>
13. COMPROMISO ANTI-CORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO:



Jr. José del Carmen Cabrejos N°549 – Pucallpa, Perú
direccion.diresau@gmail.com
Jr. Raimondi N°220-Ucayali-Perú
Av. Arequipa N°810 – Lima
www.gob.pe/region/ucayali

Teléfono (061)586120

Teléfono (01) 4246320





GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

El contratista declara no haber, directa o indirectamente, ofrecido, negociado o efectuado pago o, en general, entregado beneficio o incentivo ilegal en relación al servicio a prestarse bien a proporcionarse. En línea con ello, se compromete a actual en todo momento con integridad, a abstenerse de ofrecer, dar o prometer, regalo u objeto alguno a cambio de cualquier beneficio, percibido de manera directa o indirecta; a cualquier miembro del Consejo Directivo, funcionarios públicos, empleados de confianza, servidores públicos; así como a terceros que tengan participación directa o indirecta en la determinación de las características técnicas y/o valor referencial o valor estimado, elaboración de documentos del procedimiento de selección, calificación y evaluación de oferta, y la conformidad de los contratos derivados de dicho procedimiento.

El contratista se compromete a denunciar, en base de una creencia razonable o de buena fe cualquier intento de soborno, supuesto o real, que tuviera conocimiento.

Asimismo, 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, integrantes los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas, en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de La Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

14. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

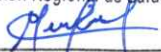
El contratista se compromete a guardar reserva de la información privilegiada que conociera en el ejercicio de sus funciones, tareas y demás actividades como parte de la ejecución de la prestación, no revelando en forma oral, escrita, ni por cualquier otro medio, hechos, datos, procedimientos, documentación e información de acceso restringido (confidencial), a la que tuviera acceso a partir del inicio de las prestaciones relacionadas con el referido servicio, manteniendo la confidencialidad de la misma de manera permanente.

En caso que incumpliera con cualquiera de las obligaciones estipuladas en el presente acuerdo, la DIRESA, está autorizado a iniciar todas las acciones judiciales o extrajudiciales necesarias para resarcir del perjuicio, y la obligación de confidencialidad perdurará mientras la información conserve las características para considerarse Confidencial.

15 SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación son resueltos mediante trato directo, conciliación y/o acción judicial.

Dirección Regional de Salud Ucayali


C.P.C. Mariela Cárdenas López
Directora de Aseguramiento Universal en Salud

Firma del solicitante y/o Jefe

Jr. José del Carmen Cabrejos N°549 – Pucallpa, Perú

direccion.diresau@gmail.com

Jr. Raimondi N°220-Ucayali-Perú

Av. Arequipa N°810 – Lima

www.gob.pe/region/ucayali

Teléfono (061)586120

Teléfono (01) 4246320

