

COMUNICADO N° 004

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL, QUE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, CONVOCA **PARA SERVICIOS POR TERCEROS A PERSONAL** PARA LO CUAL DEBERÁN APERSONARSE A LA UNIDAD DE LOGISTICA A FIN DE HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS.

RELACION DE PROFESIONALES A SER CONTRATADOS:

➤ **MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRA**

FF.TT. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

INICIO DE ETAPA "22 DE FEBRERO DEL 2019"

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

Espinar, 22 de Febrero del 2019.





GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 "AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"
 ANEXO No. 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	009
21 de febrero del 2019	

RAZON SOCIAL : _____
 DIRECCION : _____
 REFERENCIA : INFORME N°001-2019/MINSA/G.R.CUSCO/DRSC/UE408/H.ESPINAR/GINECO-OBSTETRICIA.
 META : 0142

FECHA: _____
 RUC N° : _____
 TELEFONO: _____
 PEDIDO SIGA. N° : 018
 FTE.FTO. :DT-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
							P.U.	TOTAL
1	71100400014	240		ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA CONSULTORIO EXTERNO	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN CONSULTORIO EXTERNO, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
2	71100400014	60		ECOGRAFIAS GINECO OBSTETRICAS EN CONSULTORIO	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: ECOGRAFIAS GINECO OBSTETRICAS EN CONSULTORIO LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
3	71100400014	30		PROGRAMACIONES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CONSULTORIO	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CONSULTORIO, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
4	71100400014	45		CONTROL PRENATAL EN CONSULTORIOS	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: CONTROL PRENATAL EN CONSULTORIOS, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
5	71100400014	100		ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y EMERGENCIA	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y EMERGENCIA, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO.			
6	71100400014	30		ECOGRAFIAS GINECO OBSTETRICAS EN EMERGENCIA	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: ECOGRAFIAS GINECO OBSTETRICAS EN EMERGENCIA, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO.			
7	71100400014	30		INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE EMERGENCIA	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE EMERGENCIA, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO.			
8	71100400014	60		ATENCIONES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN GINECO OBSTETRA			
					*ACTIVIDAD: ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO.			
					A. FORMACION ACADEMICA			
					*TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA			
					*RESOLUCION DE SERUMS			
					*CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE Y COLEGIATURA.			
					*TITULO PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD			
					*REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALIDAD.			
					B. EXPERIENCIA :			
					*EXPERIENCIA MÍNIMA DE 01 AÑO EN MINSA DESEABLE.			
					C. CAPACIDADES, HABILIDADES Y ACTITUDES.			
					*ESPECIALIDAD EN GINECO OBSTETRA.			
					*CAPACIDAD PARA ATENDER PERSONAS.			
					*CAPACIDAD DE COORDINACION.			
					D. CONTAR CON RUC. (HABIDO Y ACTIVO), REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES Y RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES			
					E. DECLARACION JURADA SIMPLE DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO Y DE NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES NI PENALES.			
					TOTAL IMPORTE DE COTIZACION			

FECHA DE COTIZACIÓN : _____
 CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)
 * PLAZO DE ENTREGA..... DIAS HABILES..... DIAS CALENDARIOS.
 * TIEMPO DE GARANTIA.....
 * OTROS.....
 * FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:
 * La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los TERMINOS DE REFERENCIA y/o ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento
 * Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa
 * Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida Del _____ Al _____)
 * Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.
 * N° de cuenta interbancaria de abono CCI : _____

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:
 * La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO O VIA CORREO ELECTRONICO, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logística, en horario de oficina (07:45 hasta 15:45 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



PROVEEDOR
 Firma y Sello

COMUNICADO N° 005

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL, QUE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, CONVOCA **PARA SERVICIOS POR TERCEROS A PERSONAL** PARA LO CUAL DEBERÁN APERSONARSE A LA UNIDAD DE LOGISTICA A FIN DE HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS.

RELACION DE PROFESIONALES A SER CONTRATADOS:

➤ **TÈCNICO EN FARMACIA**

FF.TT. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

INICIO DE ETAPA "22 DE FEBRERO DEL 2019"

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

Espinar, 22 de Febrero del 2019.





GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

ANEXO No. 04

SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO 010
 FECHA: 22 de Febrero del 2019

RAZON SOCIAL :
 DIRECCION :
 REFERENCIA : INFORME N° 0023-2019/GR.CUSCO/DRSC/U.E408-HE/SF.
 META : 0142

RUC N° :
 TELEFONO :
 PEDIDO SIGA. N° : 024
 FTE.FTO. : DT-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	71100380776	2400	REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS DE HOSPITALIZACION	SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA.			
				*ACTIVIDAD: REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS PROVINIENTES DE HOSPITALIZACION. LAS CUALES SE REALIZARAN EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
2	71100380776	1800	REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS DE EMERGENCIA	SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA.			
				*ACTIVIDAD: REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS PROVINIENTES DE EMERGENCIA. LAS CUALES SE REALIZARAN EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO.			
3	71100380776	3000	REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS DE CONSULTA EXTERNA	SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA.			
				*ACTIVIDAD: REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS PROVINIENTES DE CONSULTA EXTERNA. LAS CUALES SE REALIZARAN EN LOS MESES DE JUNIO, JULIO Y AGOSTO.			
4	71100380776	1560	REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS DE EE.SS.	SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA.			
				*ACTIVIDAD: REGISTRO Y CONTROL DE LAS RECETAS PROVINIENTES DE EE.SS. LAS CUALES SE REALIZARAN EN LOS MESES DE JUNIO, JULIO Y AGOSTO.			
				A.FORMACION ACADEMICA: *TITULO PROFESIONAL TECNICO EN FARMACIA. RECONOCIDO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION.			
				B. EXPERIENCIA : *EXPERIENCIA MINIMA 1 AÑO EN LABORES TECNICAS.			
				C. CAPACIDADES, HABILIDADES Y ACTITUDES. Aptitud psicológica adecuada. Capacitación en sistemas de informática básica. Conocimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación Vocación de servicio. Estar preparado para realizar trabajos bajo presión. Buenas relaciones interpersonales			
				D.CONTAR CON REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES.			
				E. DECLARACION JURADA SIMPLE DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO Y DE NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES NI PENALES.			
TOTAL IMPORTE DE COTIZACION							

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS HABILESDIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los TERMINOS DE REFERENCIA y/o ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida DelAl)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (07:00 hasta 14:15 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



JEFE DE LOGISTICA
 Firma y Sello



PROVEEDOR
 Firma y Sello

DIRECCION: BARRIO TUPAC AMARU/CALLE DOMINGO HUARCA CRUZ
 CORREO: cotizae08@gmail.com
 CEL: PRM # 984970044

PROVEEDOR
 Firma y Sello