

COMUNICADO N° 012

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 SU PROPUESTA.

RELACION DE PROFESIONALES A SER CONTRATADOS:

➤ LICENCIADA EN ENFERMERIA

FF.TT.: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

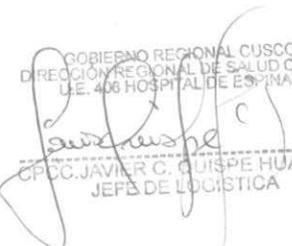
INICIO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **05 DE JUNIO DEL 2019.**

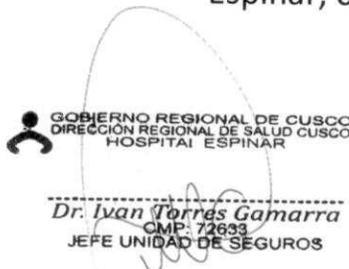
TERMINO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **11 DE JUNIO DEL 2019.**

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

Esperar, 05 de Junio del 2019.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR


CPCC. JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ESPINAR

Dr. Ivan Torres Gamarra
CMP: 72633
JEFE UNIDAD DE SEGUROS



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



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
ANEXO No. 04

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	053
05 DE JUNIO DEL 2019	

FECHA:

RAZON SOCIAL :
DIRECCION :
REFERENCIA : **INFORME N° 027-DIRESA-CUSCO/H.E./C-OGC-2019:**
META : **0010**

RUC N° :
TELEFONO:
PEDIDO SIGA. N° : 00095
FTE.FTO. : DT:13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	80100080001	600	VACUNACIONES	CONTRATACION DE PROFESIONAL EN ENFERMERIA					
					*ACTIVIDADES: Realizar actividades complementarias de vacunacion, barridos según RM N° 445-2019/Minsa, aprobado el documento técnico propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en salud pública, en el marco de sus competencias. Dicha actividad se realizará del 01 de junio al 30 de Junio.				
2	80100080001	925	VISITAS DOMICILIARIAS	CONTRATACION DE PROFESIONAL EN ENFERMERIA					
					*ACTIVIDADES : Actividades de visita, seguimiento integral a los niños menores de 5 años según N.T. 137 de crecimiento y desarrollo del niño y niña menores de 5 años (seguimiento a niños con anemia, DC, administración de micronutrientes, visitas de IRAS, EDAS e Inmunización). Dichas actividades se realizarán en los meses de Julio y Agosto .				
					A. FORMACION ACADEMICA:				
					*Titulo Profesional licenciado en Enfermeria				
					*Colegiatura y Habilitacion Profesional vigente.				
					*Resolucion de termino de SERUMS.				
					B. EXPERIENCIA :				
					*Experiencia minima de 01 año en sector publico (MINSA).				
					*Experiencia en actividades preventivas y promocionales ejerciendo funciones materia de contrato.				
					C. CAPACITACION REQUERIDA				
					*Conocimiento en Ofimática.				
					*Conocimiento de Excel Avanzado.				
					*Conocimiento de actividades promocionales y preventivas.				
					D. DOCUMENTOS REQUERIDOS:				
					*Registro Unico de Contribuyente Habido y Activo (RUC).				
					*Recibo por Honorarios				
					*Código de Cuenta Interbancaria (CCI).				
					*Suspensión de cuarta Categoría (de ser el caso).				
					*Registro Nacional de Proveedores (RNP).				
					*Declaración jurada simple de no estar inhabilitado para contratar con el estado, ni poseer antecedentes penales ni policiales.				
TOTAL IMPORTE DE COTIZACION									

FECHA DE COTIZACIÓN :

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

- * PLAZO DE ENTREGA..... DIAS HABILES g
- * 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 días 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**, 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 (07:45 hasta 15:45 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

CPCO JAVIER C. CARRERA PASTALLA
JEFE DE LOGISTICA
F FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Edward Colque Chuciyaya
UNIDAD DE LOGISTICA
(E) COTIZACION

(e)COTIZACIONES
FIRMA Y SELLO

PROVEEDOR
FIRMA Y SELLO

DECLARACIÓN JURADA
(ART. 31 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Presente.-

De nuestra consideración:

Mediante el presente el suscrito,identificado con
DNI N°....., con RUC N°, domiciliado en
....., declaro bajo juramento:

- 1.- No tengo impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conozco, acepto y me someto a los términos de referencia, condiciones y reglas y procedimientos del proceso de contratación.
- 3.- Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso de contratación.
- 4.- Me comprometo a mantener mi oferta durante el proceso de contratación y a perfeccionar el contrato y/o orden de servicio, en caso de resultar favorecido con la Buena Pro.
- 5.- Conozco las sanciones contenidas en la Ley y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 6.- No tengo parentesco directo con los miembros del comité de selección del presente proceso.

Espinar ,de del 2019

.....
Firma y Nombre y Apellido del postor