

COMUNICADO N° 010

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 MEDICINA INTERNA**

FF.TT.: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

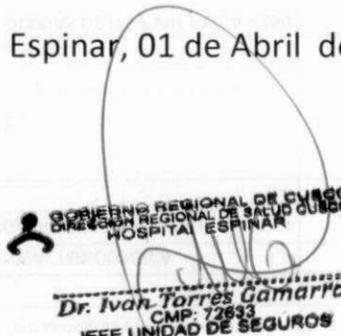
INICIO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **01 DE ABRIL DEL 2019.**

TERMINO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **04 DE ABRIL DEL 2019.**

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

Espinar, 01 de Abril del 2019.


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
JAVIER C. QUISPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ESPINAR
Dr. Ivan Torres Gamarrá
CMP: 72833
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 E IMPUNIDAD"

ANEXO No. 04

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	0031
01 DE ABRIL DEL 2019	

FECHA:

RUC N°

TELÉFONO:

PEDIDO SIGA. N° : 0059

FTE.FTO. : DT:13

RAZON SOCIAL :
DIRECCION :
REFERENCIA : INFORME N° 007 /HE/GRCUSCO/DRSC-HE-P.P.N.T.-2019
META : 068

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	70500030018	600	ATENCION ESPECIALIZADA EN CONSULTORIO EXTERNO VALORACION CLINICA TAMIZAJE LABORATORIO DE ENFERMEADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDADES: Cumplir los servicios de consultas e inteconsultas mèdicas de acuerdo a los requerimientos de los especialistas y medicos del hospital Espinar. Asi como valoracion clinica de tamizaje de enfermedades crónicas no transmisibles. Dichas actividades se realizaràn en los meses de Abril, Mayo y Junio.				
2	70500030018	600	ATENCION AL ASEGURADO REGISTRADA EN FUAS Y HIS.	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDADES : Atención especializada de 200 pacientes asegurados por mes, debidamente registrados en el HIS y FUAS. Dichas actividades se realizaràn en los meses de Abril, Mayo y Junio.				
3	70500030018	1	CAMPAÑA DE ATENCION INTEGRAL	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDAD: atención integral en campaña del hospital de espinar. Dicha actividad se realizarà en el mes de Mayo.				
4	70500030018	1	CAPACITACION DE ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDAD: Capacitacion de enfermedades no transmisibles al personal de salud del Hospital de Espinar. Dicha actividad se realizarà en el mes de Abril.				
					A. FORMACION ACADEMICA:				
					*Titulo Profesional en Medicina Humana				
					*Resolución de SERUM				
					*Colegiatura y Habilitacion Profesional vigente.				
					*Titulo y Registro Nacional de Especialista.				
					B. EXPERIENCIA :				
					*Experiencia manima de 3 meses en MINSA deseable.				
					C. CAPACITACION REQUERIDA				
					*Especialidad en medicina interna				
					D) Contar con Registro Nacional de Proveedores , Ruc Activo y Habido , recibo por honorarios profesionales y declaraciòn jurada				
TOTAL IMPORTE DE COTIZACION									

FECHA DE COTIZACIÓN

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

* PLAZO DE ENTREGA... DIAS HABLESDIAS 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**, 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

J.P.C. JAVIER C. QUISEP HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

FIRMA Y SELLO

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

Lic. Edward Colque Chucayta
UNIDAD DE LOGISTICA
(B) COTIZACION

(e)COTIZACIONES
FIRMA Y SELLO

DIRECCION BARRO TURFAC MARIANO
CORREO:
CEL: 983 84370044

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