

## 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

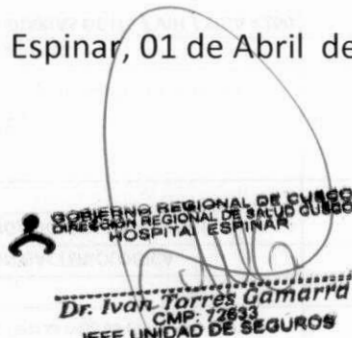
INICIO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **01 DE ABRIL DEL 2019.**

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

<b>NRO</b>	<b>0031</b>
FECHA: 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 ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDADES: Cumplir los servicios de consultas e inteconsultas médicas de acuerdo a los requerimientos de los especialistas y médicos del hospital Espinar. Asi como valoración clínica de tamizaje de enfermedades crónicas no transmisibles. Dichas actividades se realizarán 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 realizarán 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 realizará en el mes de Mayo.				
4	70500030018	1	CAPACITACION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
					*ACTIVIDAD: Capacitación de enfermedades no transmisibles al personal de salud del Hospital de Espinar. Dicha actividad se realizará en el mes de Abril.				
					<b>A. FORMACION ACADEMICA:</b>				
					*Titulo Profesional en Medicina Humana				
					*Resolución de SERUM				
					*Colegiatura y Habilitación Profesional vigente.				
					*Titulo y Registro Nacional de Especialista.				
					<b>B. EXPERIENCIA :</b>				
					*Experiencia manima de 3 meses en MINSA deseable.				
					<b>C. CAPACITACION REQUERIDA</b>				
					*Especialidad en medicina interna				
					<b>D) Contar con Registro Nacional de Proveedores , Ruc Activo y Habido , recibo por honorarios profesionales y declaración jurada</b>				
<b>TOTAL IMPORTE DE COTIZACION</b>									

**FECHA DE COTIZACIÓN** .....

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

\* PLAZO DE ENTREGA... DIAS HABILDES .....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 dirección de correo electrónico y mantenerla activa .....

\* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Válida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_)

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

\* N° de cuenta interbancaria de abono CCI : .....

**PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:**

\* La cotización se entrega en **SOBRE CERRADO**, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando número 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 será tomado en cuenta.

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

J.P.C. JAVIER C. QUISPE 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 8837044

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**