

COMUNICADO N° 011

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:

➤ TECNICO EN ENFERMERIA

FF.TT.: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

INICIO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **02 DE ABRIL DEL 2019.**

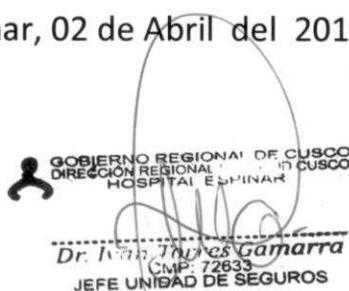
TERMINO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **08 DE ABRIL DEL 2019.**

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

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


CPCC JAVIER C. QUIJPE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA

Espinar, 02 de Abril del 2019.


GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE CUSCO
HOSPITAL ESPINAR

Dr. Juan Torres Gamarra
C.M.P. 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	032
FECHA: 02 de abril del 2019	

RAZON SOCIAL : **RUC N°** :
DIRECCION : **TELEFONO** :
REFERENCIA : INFORME N°044-2019-G.R.CUSCO/DRSC/U.E.408-HE/US. **PEDIDO SIGA. N°** : 00072
META : 142 **FTE.FTO.** : DT

ARTICULO				DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
ITEM	CODIGO	CANT.	U.M			P.U.	TOTAL
1	071100387811	3600	LLENADO DE FUA	SERVICIO DE ENFERMERIA TECNICA			
				*ACTIVIDAD : REALIZAR EL LLENADO DE FUAS, SIENDO U TOTAL DE DE 1,200 FORMATOS POR MES PARA LOS USUARIOS SIS, PARA EVITAR OBSERVACIONES EN LOS SISTEMAS DE DIGITACION Y EVITAR RETRASOS EN EL INGRESO DE LA INFORMACION. LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO.			
2	071100387811	3600	CONTROL DE CALIDAD PRESTACIONAL	SERVICIO DE ENFERMERIA TECNICA			
				*ACTIVIDAD: REALIZAR CONTROL DE CALIDAD PRESTACIONAL PARA FORTALECER LOS PROCESOS DE ATENCION DEL USUARIO DE SALUD Y EVITAR SUB-REGISTRO, QUE CONLLEVAN A PERDIDAS ECONOMICAS. LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO.			
3	071100387811	12	INFORME DE OBSERVACIONES DEL LLENADO SEMANAL	SERVICIO DE ENFERMERIA TECNICA			
				*ACTIVIDAD: ANALIZAR LAS FALLAS DEL LLENADO DE FUAS, ASI COMO EN LOS PROCESOS INFORMATICOS Y LEVANTAR LAS OBSERVACIONES Y/O DEFICIENCIAS EN EL CORRECTO LLENADO DE FUAS. LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO.			
4	071100387811	3	INFORME MENSUAL	SERVICIO DE ENFERMERIA TECNICA			
				*ACTIVIDAD: REALIZAR EL CONTROL DE PRODUCCION E INGRESO DE INFORMACION OPTIMA, CORDINAR ACCIONES POSITIVAS PARA OPTENER LA MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES Y LA MENOR CANTIDAD DE RECHAZOS Y MEJORAR LA OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS. LAS CUALES DEBEN REALIZAR EN LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO.			
				A. FORMACION ACADEMICA:			
				*TITULO PROFESIONAL EN TECNICO EN ENFERMERIA.			
				* ESTUDIOS Y/O CONOCIMIENTO EN INFORMATICA			
				B. EXPERIENCIA :			
				*EXPERIENCIA MINIMA 2 MESES EN MINSA.			
				*CERTIFICADO Y/O CONSTANCIA DE TRABAJO EN HOSPITAL NIVEL II RELACIONADO AL SIS.			
				C. CAPACIDADES, HABILIDADES Y ACTITUDES.			
				CERTIFICADO Y/O CONSTANCIA DE TRABAJO EN HOSPITAL.			
				CAPACITACION EN PROCEDIMIENTOS INFORMATICOS RELACIONADOS A LA UNIDAD DE SEGUROS SIS EN HOSPITAL.			
				D. CONTAR CON REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES.			
				E. RUC ACTIVO Y HABIDO Y RECIBO POR HONORARIOS.			
				F. 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 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

CPCC JAWER C. GUPE HUALLPA
 JEFE DE LOGISTICA

JEFE DE LOGISTICA
 Firma y Sello

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR
 L.c. Edward Colque Chucuyay
 UNIDAD DE LOGISTICA
 (E) COTIZACION

(E) COTIZACIONES
 DIRECCION: BARRIO TUPAC AMARU/ CALLE DOMINGO HUARCA CRUZ
 Correo: eduardo.colque@gmail.com
 CEL: PRM # 984970044

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