

COMUNICADO N° 013

SE COMUNICA AL PÚBLICO EN GENERAL, QUE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, CONVOCA **PARA SERVICIOS POR TERCEROS A PERSONAL** PARA LO CUAL DEBERÁN ENTREGAR SUS PROPUESTAS EN MESA DE PARTES DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

RELACION DE PROFESIONALES A SER CONTRATADOS:

➤ **MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

FF.TT.: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

INICIO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **13 DE JUNIO DEL 2019.**

TERMINO DE LA ETAPA DE CONVOCATORIA: **25 DE JUNIO DEL 2019.**

LUGAR: UNIDAD DE LOGISTICA

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

CPCC JAVIER C. S. S. S.
JEFE DE LOGISTICA

Esperar, 13 de Junio del 2019.



**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

FECHA:

NRO	056
13 DE JUNIO DEL 2019	

RAZON SOCIAL :
DIRECCION :
REFERENCIA : INFORME N° 022-2019/MINSA/G.R.CUSCO/DRSC/UE408/H.ESPINAR/PEDIATRIA.
META : 10

RUC N° :
TELEFONO :
PEDIDO SIGA. N° : 00058
FTE.FTO. : DT:13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO	DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
							P.U.	TOTAL	
1	7110040055	300	ATENCION DE PACIENTES CONSULTORIO EXTERNO Y EMERGENCIA	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA					
					*ACTIVIDADES: Atención de pacientes en el servicio de pediatría consultorio externo y servicio de emergencia pediátrica. Dichas actividades se realizarán de Julio, Agosto y Setiembre.				
2	7110040055	24	ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZACION	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA					
					*ACTIVIDADES : Evaluación de pacientes pediátricos según guías de práctica clínica, en conjunto con el equipo de trabajo, según instrumentos relacionadas con las 10 patologías más frecuentes del hospital de espinar en Hospitalización. Dichas actividades se realizarán de Julio, Agosto y Setiembre.				
3	7110040055	30	ATENCIÓNES INMEDIATAS DE RECIÉN NACIDOS	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN EN PEDIATRIA					
					*ACTIVIDAD: Brindar recepción y atención inmediata de recién nacidos y en alojamiento conjunto. Dichas actividades se realizarán de Julio, Agosto y Setiembre.				
4	7110040055	3	REANIMACIÓN NEONATAL	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN EN PEDIATRIA					
					*ACTIVIDADES: Reanimación neonatal a pacientes pediátricos. Dichas actividades se realizaran de Julio, Agosto y Setiembre.				
5	7110040055	8	CAPACITACIÓN EN PATOLOGÍAS	SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA EN EN PEDIATRIA					
					*ACTIVIDADES: Capacitación en Patologías prevalentes en el Hospital Espinar. Dichas actividades se realizará en el mes de Setiembre.				
					A) FORMACION ACADEMICA:				
					*Titulo Profesional en Medicina Humana y SERUMS				
					*Colegiatura y Habilitacion Profesional vigente.				
					*Titulo Profesional de Especialista en Pediatría.				
					*Registro Nacional de Especialista.				
					B) EXPERIENCIA :				
					*Experiencia mínima de 3 meses en MINSA deseable.				
					C) CAPACITACION REQUERIDA				
					*Capacitación de especialidad en Pediatría.				
					D) Contar con Registro Nacional de Proveedores , Ruc Activo y Habido , recibo por honorarios profesionales y declaracion jurada no tener impedimentos 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 DIAS CALENDARIO
* 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 cotización 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 Logística, 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

PCC JAVIER DE LOBOSTICA DE HUALLPA
JEFE DE LOGISTICA Y SERVICIOS
FIRMA Y SELLO

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

Lic. Edwar Chuctayo
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