



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabajamos
Integrados

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD CUSCO

UNIDAD EJECUTORA: 408
HOSPITAL DE ESPINAR

UNIDAD DE LOGISTICA



Edificando Salud

“Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

COMUNICADO N° 001-2024

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL, QUE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, CONVOCA **PARA SERVICIOS POR TERCEROS DE PERSONAL** PARA LO CUAL DEBERÁN APERSONARSE A LA UNIDAD DE LOGISTICA A FIN DE HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS EN SOBRE CERRADO.

RELACION DE PROFESIONALES A SER CONTRATADOS:

- **(01) TECNICO EN COMPUTACION, CONTABILIDAD O ADMINISTRACION.**

FF.TT.: 4-13 - DONACIONES Y TRANSFERENCIAS SIS

PUBLICACION DE LA CONVOCATORIA : 17 DE MAYO DE 2024

INICIO PRESENTACION DE PROPUESTAS : 17 DE MAYO DE 2024
(DESDE LAS 8:00 AM)

TERMINO PRESENTAC. DE PROPUESTAS : 22 DE MAYO DE 2024
(HASTA LAS 16:00PM)

TIEMPO DE PRESTACION.

07 MESES.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Adm. Jhon Ivan Choquenaira Florez
JEFE DE LOGISTICA



UNIDAD DE LOGISTICA

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



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

| | |
|----------------------------|-----------|
| NRO | 65 |
| 16 de mayo del 2024 | |

RAZON SOCIAL : **RUC N° :**

DIRECCION : **TELEFONO:**.....

REFERENCIA : INFORME N° 079-2024-G.R.CUSCO/DRSC/U.E.408:HE/US **PEDIDO SIGA. N° :** 066

META : 130 **FTE.FTO. :** 4-13

| ITEM | CODIGO | CANT. | U.M | ARTICULO DESCRIPCION | MARCA | COTIZACION | | |
|--|--------------|-------|----------|---|-------|------------|------------------------------------|--|
| | | | | | | P.U. | TOTAL | |
| 1 | 071100380305 | 7 | SERVICIO | SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA | | | | |
| | | | | A: NIVEL DE FORMACION: | | | | |
| | | | | * TITULO TECNICO EN INFORMATICA, CONTABILIDAD O ADMINISTRACION (DESEABLE). * TITULOS O CAPACITACIONES EN CARRERAS AFINES. | | | | |
| | | | | B: EXPERIENCIA: | | | | |
| | | | | * EXPERIENCIA MINIMA DE 2 MESES EN ACTIVIDADES TECNICAS INFORMATICAS, CONTABLES O ADMINISTRATIVOS. * EXPERIENCIA EN AREAS AFINES INCLUYE SECTOR PUBLICO Y PRIVADO. | | | | |
| | | | | C: CAPACITACIONES: | | | | |
| | | | | * CAPACITACIONES EN PROCEDIMEINTOS INFORMATICOS (DESEABLE). * CAPACITACION EN OFIMATICA BASICA O INTERMEDIA. * CAPACITACION EN DIGITACION (DESEABLE). | | | | |
| | | | | C: ACTIVIDADES: | | | | |
| | | | | * Armado de expedientes de intercambio prestacional: ESSALUD, SALUDPOL Y SOAT. * Seguimiento de pago por expedientes de intercambio prestacional. * Digitacion en el sistema REFCON. * procesamiento de informacion de REFCON. * Reporte avance mensual. * apoyo en acciones relacionadas a seguimiento de ejecucion presupuestal. | | | | |
| | | | | D: DOCUMENTACION: | | | | |
| | | | | * RUC vigente y activo * Declaración jurada datos del postos * Registro Nacional de Proveedores vigente * Curriculum Vitae * Copia de DNI | | | | |
| | | | | E: DURACION: | | | | |
| | | | | Por un periodo de 7 meses, contabilizados a partir del dia siguiente de la suscripcion del contrato. | | | | |
| NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTO AL PRESENTE. | | | | | | | | |
| | | | | | | | TOTAL IMPORTE DE COTIZACION | |

FECHA DE COTIZACION

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

- * PLAZO DE ENTREGA..... 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** 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** o via correo electronico, 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 (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Tec. Jon Carlos Mata Zevallos
 (S) COTIZACION
 RESP. COTIZACIONES
 Firma y Sello

.....
 PROVEEDOR
 Firma y Sello

TERMINOS DE REFERENCIA

“CONTRATACIÓN DE ASISTENTE TECNICO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS”

1. DENOMINACIÓN DEL SERVICIO

Contratación de ASISTENTE TECNICO ADMINISTRATIVO por locación de servicios para la Unidad de Seguros del Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA

La Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, a través de la Unidad de Seguros tiene la función de desarrollar Procesos de digitación, seguimiento de prestaciones de salud realizadas a través de intercambio prestacional, con ESSALUD, SALUDPOL Y SOAT, digitación en le sistema REFCON y otras acciones afines a la Unidad de Seguros, garantizando el ingreso de información a los diferentes sistemas, y lograr el cumplimiento de envío de expedientes para su pago oportuno para el reembolso oportuno.

3. ANTECEDENTES:

La Dirección Regional de Salud Cusco, es un órgano desconcentrado de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional del Cusco, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales.

La Dirección Regional de Salud Cusco tiene a su cargo, como órganos desconcentrados, a las Direcciones de Red de Servicios de Salud y los Hospitales de mayor capacidad resolutive. La Dirección Regional de Salud Cusco, a través de la Dirección de Seguros tiene programado realizar actividades conjuntas en el manejo técnico de procesos de Aseguramiento Público de Salud, dirigido a responsables de las Unidades de Seguros, Responsable de Control de Calidad de Prestaciones de Salud, Responsable de Informática, Responsable de prestaciones administrativas, Responsable Financiamiento de Red/Hospitales.

En el año 2024, el Gobierno Regional del Cusco suscribe el Convenio de Compra de Servicios con el Seguro integral de Salud, lo que tiene como finalidad garantizar la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados del SIS a las Unidades Ejecutoras dependientes de GOBIERNO REGIONAL, las cuales están supeditados al cumplimiento de las metas en los indicadores prestacionales, de control, de monitoreo y de seguimiento; por ello es necesario tomar una serie de decisiones para lograr que tanto establecimientos de salud como unidades ejecutoras alcancen las metas propuestas de modo tal accedan al presupuesto planteado.

Asimismo, los Hospitales de II y III nivel de atención están inmersos en convenios con el Seguro Integral de Salud, a través del pliego SIS y pliego FISSAL, los cuales establecen el financiamiento de las prestaciones de manera prospectiva, garantizando la transferencia económica a las Unidades Ejecutoras.

En base a la legislación vigente el Seguro Integral de Salud (SIS) como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, establece y realiza procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como es la Supervisión Médica Electrónica (SME) que hoy en día según el nuevo convenio se debe desarrollar en las oficinas de la Unidad de Seguros de cada hospital, proceso de Control Posterior de las Prestaciones (PCPP) o como consigna el nuevo convenio Proceso de Evaluación de Compra (PEC), que viene a ser una evaluación más integral y más compleja para su auditoría.

El Seguro Integral de Salud, mediante Resoluciones Jefaturales determina mecanismos de reconocimiento de las prestaciones y procesos de auditorías, como ser:

- Constitución Política del Perú.



- Ley N° 26842: Ley General de Salud.
- Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813: Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley 27783: Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley 27867: Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA: Reglamento de la Ley 27657.
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA: Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA: Reglamento de la Ley 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM: que aprueba el documento Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM: que aprueba los Reglamentos de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
- Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM: que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 638-2003-SA/DM: que aprueba el documento Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de salud del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM: que aprueba el documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud.
- Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006.

Asimismo, el Decreto Supremo N°305-2014 EF, decreto que define la progresividad para la inclusión al régimen de financiamiento subsidiado del SIS de personas en periodo de gestación y grupo poblacional entre cero y cinco años; como el Decreto Legislativo N° 1164 que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.

La Resolución Ministerial 730-2015/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, directiva administrativa para la atención de pacientes víctimas de accidente de tránsito cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT) o el Certificado contra Accidente de Tránsito (CAT), en las IPRESS Públicas del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

Esta estrategia de trabajo tiene el fin de unificar criterios para un mejor manejo técnico de los procesos y obtener el incremento sostenido de afiliaciones y atenciones, ejecución de recursos transferidas entre otros, en el marco de los convenios suscritos con el Seguro Integral de Salud y con otras IAFAS Públicas y Privadas.

En este contexto, se deberá realizar actividades con el Equipo de Gestión y los responsables de cada Unidad Ejecutora conjuntamente con la Dirección de Seguros, como son reuniones técnicas, evaluaciones de las actividades realizadas en el marco de aseguramiento público.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1 OBJETO GENERAL

El presente proceso de contratación tiene por objeto seleccionar a 01 persona natural para que preste servicios como “asistente técnico administrativo para soporte informático” en la unidad de seguros, para realizar acciones de digitación y monitoreo en el sistema REFCON, armado y seguimiento de expedientes de intercambio prestacional



4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Armado seguimiento de expedientes de intercambio prestacional: ESSALUD, SALUDPOL Y SOAT.
- Procesamiento oportuno de las prestaciones de salud de los diferentes servicios de salud y actualización del Sistema de REFCON.
- Realizar acciones afines a la unida de seguros: apoyo en el seguimiento de la ejecución presupuestal.

5. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:

5.1. ESPECIFICACIONES TECNICAS:

La contratación debe ser realizado sobre la base de la información que proporcione el área usuaria: Unidad de Seguros del Hospital de Espinar.

5.1.1 METODOLOGIA

- Se realizará con la evaluación del curriculum vitae documentado o
- Examen técnico en actividades de informática, actividades de digitación, conocimiento de temas afines afines.

6. SERVICIO A ENTREGAR

- Digitación de Formatos de referencias el sistema REFCON, según la normativa vigente.
- Brindar reporte de avance mensual de las prestaciones digitadas
- Armado de expedientes de intercambio prestacional: ESSALUD, SALUDPOL Y SOAT.
- Seguimiento de reembolso de pago por expedientes de expedientes de intercambio prestacional: ESSALUD, SALUDPOL Y SOAT.
- Informe mensual de las actividades de intercambio prestaciones.

7. PLAZO DE EJECUCION

El periodo del servicio será de siete (07) meses, contabilizados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

8. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

REQUERIMIENTOS QUE DEBERÁ CUMPLIR LA PERSONA A CONTRATAR

A. Nivel de Formación:

- Título Técnico en informática o contabilidad o administración (deseable)
- Títulos o capacitaciones en Carreras afines.

B. Experiencia:

- Experiencia mínima de 2 meses actividades técnicas informáticas, contables o administrativos.
- Experiencia en áreas afines incluye sector público y privado.

C. Capacitación:

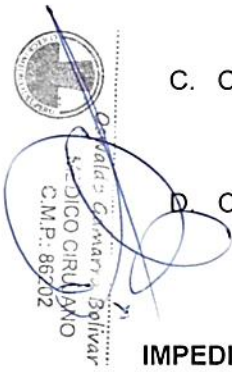
- Capacitaciones en procedimientos informáticos. (deseable).
- Capacitación en ofimática básica o intermedia.
- Capacitación en digitación (deseable)

D. Contar con:

- Recibo por honorarios profesionales.
- RUC activo y habido.
- Registro nacional de proveedores(RNP)

IMPEDIMENTOS

- No tener impedimento para contratar con el Estado.
- No poseer antecedentes penales ni judiciales.



Valeria Gamarral
MEDICO CIRUJANO
C.M.P.: 86702
Bolívar

- No poseer antecedentes penales ni judiciales.
- No tener parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio, con el personal de gerencia y/o confianza, o con el personal que tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de contratación de locación de servicio.
- No estar incurso en las prohibiciones e incompatibilidades dispuestas en el Decreto Supremo N° 019-2002-PCM y de los cuales tengo pleno conocimiento.
- No estar impedido de ser postor o contratista con el Estado, conforme a los supuestos señalados en el artículo 11° del Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.

PERIODO DE CONTRATO

El periodo del contrato regirá a partir de la suscripción de contrato.

MONTO POR LOS SERVICIOS

La retribución total por los servicios prestados para las "actividades técnicas administrativas" será un máximo de S/ 1,800.00 (Mil ochocientos con 00/100 soles), Montos que corresponden al total de las metas físicas solicitadas para las actividades a realizar.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

- Donaciones y Transferencias SIS, con referencia de la R.J. 0019-2024/SIS.
- Gastos de Gestión de 4to orden de prioridad, Servicio de auditoria y otros servicios inherentes a la unidad de seguros. Especifica de gasto 2.3.29.11

ACTIVIDADES DEL TÉCNICO ADMINISTRATIVO.

El servicio comprenderá la ejecución de las siguientes actividades:

| ACTIVIDAD |
|--|
| ARMADO DE EXPEDIENTES DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL: ESSALUD , SALUDPOL Y SOAT |
| SEGUIMIENTO DE PAGO POR EXPEDIENTES DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL |
| DIGITACION EN EL SISTEMA REFCON |
| PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DE REFCON |
| REPORTE AVANCE MENSUAL |
| APOYO EN ACCIONES REALCIONADAS A SEGUIMEINTO DE EJECUCION PRESUPUESTAL. |

CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La Conformidad del Servicio estará a cargo de la **Jefatura de la Unidad de Seguros** la cual será emitida dentro del plazo de **10 días naturales**, contados a partir de la entrega del informe de actividades según conformidad de actividades realizadas.

Los documentos a presentar de forma mensual deberán contar con la siguiente información:

- Antecedentes.
- Objetivo general.
- Desarrollo del objetivo.
- Resultados.
- Conclusiones.
- Recomendaciones.

Dichos informes deberán estar visados obligatoriamente en todas sus hojas.

9. COSTOS Y MODALIDAD

El pago se cancelará de forma mensual, hasta por un máximo de 7 meses de finalizar los servicios prestados para el que fue contratado con la fuente de financiamiento donaciones y transferencias.

JEFATURA DE LA UNIDAD DE SEGUROS
 JEFATURA DE LA UNIDAD DE SEGUROS
 C.M.P.: 80202

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

.....
Nombres y Firma del postor

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:
Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar
Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es elcon Razón Social
.....agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....
Firma
Nombre y apellidos del proveedor o de su representante
DNI: