

INVITACION A PRESTAR SERVICIOS N° 0016 -2025

(INVITACIÓN MODALIDAD DE LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA RED DE SALUD PUNO)

La Red de Salud Puno y Unidad de Logística, en cumplimiento a los requerimientos:

- OFICIO N° 125-2025-SP/RED DE SALUD PUNO (Salud de las Personas).
- OFICIO N° 124-2025-SP/RED DE SALUD PUNO (Salud de las Personas)

ITEM	CANTIDAD	DETALLE
001	01	SERVICIO DE MEDICO CIRUJANO – Según TDR. – Salud de las Personas.
002	02	SERVICIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA - Según TDR. – Salud de las Personas.
003	01	SERVICIO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA - Según TDR. – Salud de las Personas.

INVITA A PARTICIPAR A:

MODALIDAD DEL SERVICIO

Locación de Servicio para: Salud de las Personas - de la Red de Salud Puno (Según Términos de Referencia).

REQUISITOS MINIMOS

- DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

LAS PERSONAS INTERESADAS PRESENTAR SOLICITUD SIMPLE DIRIGIDO A LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO ADJUNTANDO PROPUESTA ECONOMICA, **POR EL AREA DE ADQUISICIONES - LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO.**

- **En un sobre cerrado y/o folder, expresado en soles por el total del servicio, adjuntar todos los anexos correctamente llenados y firmado con huella digital caso contrario no serán admitidos sin derecho a reclamo).**

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHA
Publicación	03 de Junio al 05 de Junio del 2025
Entrega de Expedientes (propuesta económica)	05 de Junio del 2025 (horas 08:00 am a 14:00pm.) 06 de Junio del 2025 (horas 08:00 hasta 10:00 am) <u>(En el Área de Adquisiciones - Logística)</u>
Calificación de Propuesta Económica, Expedientes y Buena Pro.	06 de Junio del 2025. (hora: 11:00am.)
Publicación de resultados	06 de Junio del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno. Los postores con <u>buena pro</u> apersonarse al Área de Adquisiciones.
Inicio de Actividades del Servicio y/o Capacitación.	se computarán del día siguiente a la Notificación de la Orden de Servicio

Todas las fases de observación de propuesta NO ES CONSIDERADO para esta invitación.

Nota: La presentación de Documentación significa la aceptación de las condiciones y el cumplimiento de los requisitos según TDR., estando sujeto a control posterior y la aplicación de sanciones en el caso de la falsedad de información.

(El Formato Anexos- Solicitud de Cotización descargar de la Publicación - Web)

.....

.....

.....



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE COTIZACION

Sírvase cotizarnos el servicio que se detalla más abajo para ser entregado en la Unidad de Logística de la Red de Salud Puno (Av. El Sol 1122) RUC 20185881700.

I.- DATOS PERSONALES:

Señor:

RUC:.....Teléfono:.....Estado Civil:.....Dirección Actual.....

II.- FORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Estudios Alcanzado	Centro de Estudios	Fecha de Extensión.	Ciudad/País	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

III.- EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la Entidad o Empresa	Puesto/Cargo	Área	Principales Funciones Realizadas	Tiempo en el Cargo	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

IV.- ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA (Capacitación)

Curso, Diplomado, Especialización, etc.	Centro de Estudios	Tema	Duración	Total de Horas	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

V.- PROPUESTA ECONOMICA:

N°	CANT	UNID. MEDIDA	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	1	SERVICIO	SERVICIO DE: (Según términos de Referencia)		

PLAZO DE ENTREGA*	
N° CCI.*	
*Adjuntar vinculación de CCI. Con la SUNAT -RUC.	

(*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO

Y CCI. CONTENIDO OBLIGATORIO

- Caso contrario no serán admitidos su propuesta sin derecho a reclamo.

Adquisiciones

Firma / Sello del Proveedor y Huella Digital



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO MEDICO GENERAL.

Órgano y/o Unidad Orgánica	RED DE SALUD PUNO
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA Y/O QUIRURGICA
Denominación de la Contratación	TERMINOS DE REFERENCIA CONTRATACIÓN SERVICIO DE MEDICO CIRUJANO

I. FINALIDAD PUBLICA

Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad y mejorar la calidad de atención y cubrir la demanda de la población asegurada, brindando servicios de Médico Cirujano a todos los pacientes asegurados por el SIS.

II. OBJETIVO DEL SERVICIO

Requiere contratar a (01) MEDICO CIRUJANO para la atención a toda la población afiliada al SIS del C.S. Vallecito.

III. ALCANCES DEL SERVICIO.

El/La contratista del servicio desarrollará (02) entregables, cuyo informe comprenden como mínimo lo siguiente:

- Realizar actividades en consulta externa a la población afiliada al SIS del C.S. Vallecito.
- Realizar actividades en consulta extra mural a la población afiliada al SIS de. C.S. Vallecito
- Registrar correctamente en el FUA todas las actividades realizadas.
- Otras actividades correspondientes a su cargo.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR

PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Título de Médico Cirujano
- Resolución de término de SERUMS
- Contar con Registro Nacional de Proveedores.
- RUC.

EXPERIENCIA:

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (24) meses, no incluye prácticas pre profesionales y/o internado
- Deberá de presentar documentos tales como: contratos, certificados, constancias de trabajo u otros documentos que acredite.

CONOCIMIENTO

- Uso de aplicativo HIS MINSA
- Correcto llenado de FUAS

DESEABLE:

- Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Red de Salud Puno, No tener parentesco hasta el 4 grado de consanguinidad y 2 de afinidad. Según anexo adjunto.

V. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital), las actividades se realizarán en la jurisdicción de la Micro red Metropolitano de la Red de Salud Puno en el centro de Salud Vallecito.

PLAZO: El plazo de ejecución del servicio será de SESENTA (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES

- **PRIMER ENTREGABLE: 30 días calendario, 01 informe de actividades que contenga:** Actividades en Consulta Externa realizadas a la población SIS del C.S. Vallecito de la Red de Salud Puno (220 atenciones en consulta externa FUAS), 06 visitas domiciliarias (FUAS) importe s/4,500.00 (cuatro mil quinientos soles).
- **SEGUNDO ENTREGABLE: 60 días calendario, 01 informe de actividades que contenga:** Actividades en Consulta Externa realizadas a la población SIS del C.S. Vallecito de la Red de Salud Puno (220 atenciones en consulta externa FUAS), 06 visitas domiciliarias (FUAS). importe s/4,500.00 (cuatro mil quinientos soles).



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

VII. CONFORMIDAD
La conformidad del servicio será otorgada por la oficina de Salud de las Personas.
VIII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO
El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable: ENTREGABLE: plazo máximo de 30 días calendario por cada entregable.
IX. CONFIDENCIALIDAD
La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información. Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio.
X. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR
El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.
XI. PENALIDADES POR MORA
<u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u> En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula: $Penalidad\ Diaria = \frac{0.10 \times Monto}{F \times Plazo\ en\ Dias}$ Donde F tendrá los siguientes valores: a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40. b) Para plazos mayores a sesenta (60) días: b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25. b.2) Para obras: F = 0.15. Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso. Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.
XII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN
EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participación citas integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores. Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.



ALC. DERMIA HIDALGO BLANCO SHOCOSHI
JEFE DE SALUD DE LAS PERSONAS
RED DE SALUD PUNO
CMP. 83023



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO MEDICO GINECOLOGO.

Órgano y/o Unidad Orgánica	RED DE SALUD PUNO
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA Y/O QUIRURGICA
Denominación de la Contratación	TERMINOS DE REFERENCIA CONTRATACIÓN SERVICIO DE MEDICO GINECOLOGO

I. FINALIDAD PUBLICA

Contribuir a disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de atención brindando servicios de Médico especialista en Ginecología a todos los pacientes asegurados por el SIS.

II. OBJETIVO DEL SERVICIO

Requiere contratar a (02) MEDICO GINECOLOGO para la atención a gestantes y mujeres en general.

III. ALCANCES DEL SERVICIO.

El/La contratista del servicio desarrollará (06) entregables, cuyo informe comprenden como mínimo lo siguiente:

- Realizar actividades en consulta externa a las MEF con SIS de la Microred Acora y otras microredes según necesidad.
- Realizar ecografías a Gestantes con SIS de la jurisdicción de la Microred Acora y otras microredes según necesidad.
- Realizar intervenciones quirúrgicas a las mujeres de la jurisdicción de la Micro Red Acora y otras microredes según necesidad con SIS.
- Realizar control a gestantes con SIS de la Micro Red Acora y otras microredes según necesidad.
- Registrar correctamente en el FUA todas las actividades realizadas.
- Otras actividades correspondientes a su cargo.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR

PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Título de Médico Cirujano
- Título de especialidad en Ginecología
- Contar con Registro Nacional de Proveedores.
- RUC.

EXPERIENCIA:

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (12) meses.
- Deberá de presentar documentos tales como: contratos, certificados, constancias de trabajo u otros documentos que acredite.

CONOCIMIENTO

- Uso de aplicativo HIS MINSA
- Correcto llenado de FUAS

DESEABLE:

- Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Red de Salud Puno, No tener parentesco hasta el 4 grado de consanguinidad y 2 de afinidad. Según anexo adjunto.

V. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital), las actividades se realizarán en la jurisdicción de la Micro red Acora de la Red de Salud Puno en el centro de Salud Acora.

PLAZO: El plazo de ejecución del servicio será de CIENTO OCHENTA (180) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES

- **PRIMER ENTREGABLE:** 30 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA”

	la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - SEGUNDO ENTREGABLE: 60 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - TERCER ENTREGABLE: 90 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - CUARTO ENTREGABLE: 120 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - QUINTO ENTREGABLE: 150 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - SEXTO ENTREGABLE: 180 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en Ginecología realizadas a la Población femenina – población SIS de la Micro red Acora y/o demás microredes de la Red de Salud Puno, 40 atenciones en consulta externa (FUAS), 20 ecografías a gestantes (FUAS), 20 controles a gestantes (FUAS), Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles).
VII. CONFORMIDAD	La conformidad del servicio será otorgada por la oficina de Salud de las Personas.
VIII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO	El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:
	ENTREGABLE: plazo máximo de 30 días calendario por cada entregable.
IX. CONFIDENCIALIDAD	La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.
	Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio.
X. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR	El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.
XI. PENALIDADES POR MORA	Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:
	En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:
	$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en Días}}$
	Donde F tendrá los siguientes valores:
	a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.
	b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
	b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.
	b.2) Para obras: F = 0.15.



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participación citas integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.



JEFE DE SALUD DE LAS TICS
RED DE SALUD PUNO
CMP. 63023



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO MEDICO ANESTESIOLOGO.

Órgano y/o Unidad Orgánica	RED DE SALUD PUNO
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA Y/O QUIRURGICA
Denominación de la Contratación	TERMINOS DE REFERENCIA CONTRATACIÓN SERVICIO DE MEDICO ANESTESIOLOGO

XIII. FINALIDAD PUBLICA

Contribuir a disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de atención brindando servicios de Médico especialista en Anestesiología, contribuyendo a intervenciones quirúrgicas.

XIV. OBJETIVO DEL SERVICIO

Requiere contratar a (01) MEDICO ANESTESIOLOGO para la atención a la población en general

XV. ALCANCES DEL SERVICIO.

El/La contratista del servicio desarrollará (06) entregable, cuyo informe comprenden como mínimo lo siguiente:

- Realizar actividades en consulta externa, manejo de dolor a los pacientes SIS de la Microred Acora y otras microredes según necesidad.
- Realizar sedación de pacientes para intervenciones quirúrgicas según demanda y programación del área quirúrgica de la jurisdicción de la Microred Acora
- Correcto llenado de FUAS.
- Registrar correctamente en el FUA todas las actividades realizadas.
- Otras actividades correspondientes a su cargo.

XVI. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR

PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Título de Médico Cirujano
- Título de Especialidad en Anestesiología
- Contar con Registro Nacional de Proveedores.
- RUC.

EXPERIENCIA:

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (12) meses.
- Deberá de presentar documentos tales como: contratos, certificados, constancias de trabajo u otros documentos que acredite.

CONOCIMIENTO

- Uso de aplicativo HIS MINSA
- Correcto llenado de FUAS

DESEABLE:

- Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Red de Salud Puno, No tener parentesco hasta el 4 grado de consanguinidad y 2 de afinidad. Según anexo adjunto.
- Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.

XVII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital), las actividades se realizarán en la jurisdicción de la Micro red Acora de la Red de Salud Puno en el centro de Salud Acora.

PLAZO: El plazo de ejecución del servicio será de TREINTA (30) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

XVIII. ENTREGABLES



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA”

- PRIMER ENTREGABLE: 30 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - SEGUNDO ENTREGABLE: 60 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - TERCER ENTREGABLE: 90 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - CUARTO ENTREGABLE: 120 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - QUINTO ENTREGABLE: 150 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles). - SEXTO ENTREGABLE: 180 días calendario, 01 informe de actividades que contenga: Actividades en población SIS de la Micro red Acora Consulta externa 20 atenciones en consulta externa manejo de dolor (FUAS), actividades quirúrgicas programadas, Importe S/. 3,000.00 (Tres mil soles).
XIX. CONFORMIDAD La conformidad del servicio será otorgada por la Oficina de Salud de las Personas.
XX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable: Entregable: plazo máximo de 30 días calendario por cada entregable.
XXI. CONFIDENCIALIDAD La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información. Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio.
XXII. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.
XXIII. PENALIDADES POR MORA <u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u> En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula: $Penalidad\ Diaria = \frac{0.10 \times Monto}{F \times Plazo\ en\ Días}$ Donde F tendrá los siguientes valores: a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40. b) Para plazos mayores a sesenta (60) días: - b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25. - b.2) Para obras: F = 0.15. Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.



PERÚ

**Ministerio De
Salud**

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA”

Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XXIV. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participación citas integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.



Jefe de Salud de las Personas
RED DE SALUD PUNO
CMP. 63023



Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado
con
Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, ante usted me presento y
digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**.

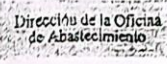
Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.



Lugar y fecha _____

Firma⁸

⁸ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



FORMATO N° 12

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS)
FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO**

Por el presente documentos yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, al amparo de lo dispuesto por los artículos 48° y
49° Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General
y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO.

1.- Existe vinculación

☐

2.- No existe vinculación

☐

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en los casos por los cuales se
configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan
servicios sus parientes:



Marcar con equis o aspe	Casos de Vinculación
☐	Por razones de parentesco hasta el cuarto de consanguinidad (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí, Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino (a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre sí, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad).
☐	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad: Esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí.
☐	Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

Firma⁹

⁹ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.