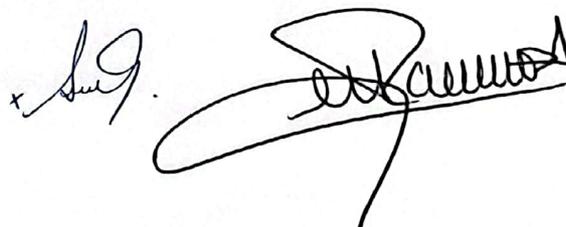


# CRONOGRAMA – CONVOCATORIA LS N° 025-2023-RSCC

## CONVOCATORIA PARA LOCACIÓN DE SERVICIOS PARA LA RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ

CANT	DENOMINACIÓN	AREA/OFICINA
01	SERVICIO DE MEDICO AUDITOR	OFICINA DE SEGUROS-HOSPITAL
ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
Aprobación de cronograma		Día 07 de noviembre del 2023
Publicación		Día 07 de noviembre del 2023
Recepción de propuestas		<p><b>Por Trámite documentario de la Red</b> Del 08 al 10 de noviembre del 2023. De 7:30 am a 3:00 pm.</p> <p>*Presentar CV documentado, <b>debidamente foliado y ordenado según</b> el perfil que se indica en el TDR y la prepuستا económica.</p> <p>*El expediente deberá tener el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Solicitud</li><li>2. Anexo 2</li><li>3. Anexo 4</li><li>4. Requisitos mínimos /condiciones generales</li><li>5. Perfil requerido/condiciones particulares</li><li>4. <b>Anexo 3 (presentar en sobre cerrado)</b></li></ol>
Evaluación de expedientes		Día 13 de noviembre del 2023
Publicación de Resultados		Día 13 de noviembre del 2023





RNO REGIONAL AREQUIPA  
NCIA REGIONAL DE SALUD

## “Año de la unidad, la paz y el Desarrollo”



### TERMINO DE REFERENCIA

#### SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD DE FUAS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS HOSPITAL CAMANA-RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

#### I.- OBJETO O FINALIDAD PUBLICA:

La presente contratación tiene por finalidad contratar a una persona natural o jurídica, debidamente acreditada y solvente que deberá cumplir con los términos de referencia y requerimientos para la contratación de un MEDICO AUDITOR para el control de la calidad de la prestación de salud en la unidad de seguros del hospital Camaná de la Red de Salud Camaná Caraveli.

#### II.-DESCRIPCION DEL SERVICIO:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
01	SERVICIO MEDICO AUDITOR	SERVICIO	1

#### III.- VALOR ESTIMADO O REFERENCIAL:

El costo estimado es de S/.3,500.00(tres mil quinientos con 00/100 soles) incluido los impuestos de ley y cualquier otro concepto que indique el costo del servicio (art. 133 del reglamento de la ley contrataciones del estado)

#### IV.- PERFIL:

##### CONDICIONES PARTICULARES:

- Título Profesional de Médico Cirujano
- Habilitación del colegio Medico
- Diplomado de auditoria
- Experiencia laboral 01 año
- Certificado ofimática

##### CONDICIONES GENERALES:

- Tener registro único contribuyente (RUC)- Condición: ACTIVO Y HABIDO.
- Tener registro nacional de proveedores (RNP)- Condición: VIGENTE.
- Tener código de cuenta interbancaria-CCI-Condición: Vinculado al RUC.

La experiencia laboral será sustentada con órdenes de servicio, contratos de trabajo, recibos por honorarios.

[redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe](mailto:redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe)

Av.Lima 550 -Camaná- Arequipa  
Teléfonos 054-512615-054-571603



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
CORPORACIÓN REGIONAL DE SALUD

“Año de la unidad, la paz y el Desarrollo”



**V.- ACTIVIDADES A REALIZAR:**

- Supervisar el correcto llenado de los formatos únicos de atención.
- Verificar los datos registrados en el FUA, recetas e historias clínicas.

**VI.- PLAZO:**

El servicio será prestado en un plazo de 25 días calendarios, el mismo que se extenderá desde el día siguiente de la notificación de la orden del servicio o día hábil, según corresponda.

**VII.- LUGAR DE LA PRESTACION:**

La prestación del servicio se realizará en las instalaciones de la oficina de la unidad de seguros Hospital de Camaná, pertenecientes a la red de salud Camaná Caraveli.

**VIII.- PRODUCTO A ENTREGAR:**

Cumplir con las actividades como auditor de 2,000 FUAS.

**VIII.- FORMA DE PAGO:**

El pago del servicio será en una armada (01), previa conformidad dada por el área usuaria al informe presentado, según el plazo establecido.

PAGO
S/.3,500.00 HASTA LOS 25 DIAS

**X.- PLAZO PARA EL PAGO:**

La entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista bajo principios de eficiencia y eficacia del sector público.

**XI.- SUPERVISION Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:**

La supervisión y conformidad del servicio será otorgada por el área usuaria a través de un informe en donde conste la verificación de la naturaleza de la prestación, la calidad la cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales, realizando las pruebas que fueran necesarias adicionalmente se deberá presentar un acta de conformidad del servicio.

[redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe](mailto:redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe)

Av.Lima 550 -Camaná- Arequipa  
Teléfonos 054-512615-054-571603



REGIONAL AREQUIPA  
REGIONAL DE SALUD

“Año de la unidad, la paz y el Desarrollo”

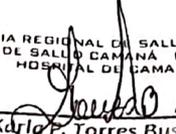


**XII.- CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACION:**

Salvaguardar la información obtenida de los asegurados del SIS, de acuerdo a la ley 29733 ley de protección de datos personales, con el fin de no exponer la información de los asegurados.

**XIII.- PENALIDAD:**

Se aplicará una penalidad de conformidad con lo establecido en la ley de contrataciones del estado y normatividad vigente.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
RED DE SALUD CAMANÁ - CARAVELLI  
HOSPITAL DE CAMANÁ  
  
Mg. Karlo P. Torres Bustamante  
C.I.P. 52 39  
COORD. GENERAL DE BEBIDOS

[redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe](mailto:redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe)

Av.Lima 550 -Camaná- Arequipa  
Teléfonos 054-512615-054-571603

## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores:  
**Oficina de Logística**  
**RED DE SALUD CAMANA CARAVELI**

Presente. -

Mediante el presente, Yo.....declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Que mi información (en caso que el proveedor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- v. Participar en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la cotización presentada durante la indagación de

mercado.

Camaná, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO**

Yo,

.....  
identificado con DNI N° .....con dirección  
domiciliaria:.....en el  
Distrito: ..... Provincia: ..... Departamento.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

(NO) (SI) Tener conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (\*con excepción de uno más por función docente).

(NO) (SI) Percibir otra remuneración a cargo del Estado

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre de la Institución por la que percibe remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa:	
Condición Laboral:	
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....  
Firma  
DNI



Huella

\*Art. 40° de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público.  
La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

**SOLICITO:** *Participar en proceso de selección para servicio por locación  
N° \_\_\_\_\_ de la Red de Salud Camaná Caravelí.  
Denominación del Servicio:*

\_\_\_\_\_

Sr. Director de la Red de Salud Camaná-Caravelí

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI  
N° \_\_\_\_\_ y domiciliado(a) en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ante Usted, con  
el debido respeto me presento y expongo lo siguiente.

Que habiéndose publicado el proceso de selección y cumpliendo con el perfil requerido en el TDR, es que solicito a usted se me considere participar en el proceso de selección para el servicio de: \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ de la RED DE SALUD CAMANA CARAVELÍ. Se adjunta propuesta técnica y propuesta económica.

Camaná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Anexo 3

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**SEÑORES:** RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

**RUC:** 20167237895

**DATOS DEL PROVEEDOR:**

*NOMBRES:* .....

*DIRECCIÓN:* .....

*RUC:* .....

*DNI:* .....

*CELULAR:* .....

*CORREO:* .....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo y a su vez hacerle llegar mi

PROPUESTA para brindar el servicio de

..... en el/la

.....

Monto de total del servicio: ..... Soles

....., ..... de ..... del 2023

.....

**FIRMA**