

CRONOGRAMA – CONVOCATORIA LS N° 027-2023-RSCC

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

CANT	DENOMINACIÓN	AREA/OFCINA
01	SERVICIO DE MEDICO AUDITOR	OFICINA DE SEGUROS-HOSPITAL
ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
Aprobación de cronograma		Día 15 de noviembre del 2023
Publicación		Día 15 de noviembre del 2023
Recepción de propuestas		Por Trámite documentario de la Red Del 16 al 17 de noviembre del 2023. De 7:30 am a 3:00 pm.
		*Presentar CV documentado, debidamente foliado y ordenado según el perfil que se indica en el TDR y la propuesta económica.
		*El expediente deberá tener el siguiente orden: 1. Solicitud 2. Anexo 2 3. Anexo 4 4. Requisitos mínimos /condiciones generales 5. Perfil requerido/condiciones particulares 4. Anexo 3 (presentar en sobre cerrado)
Evaluación de expedientes		Día 20 de noviembre del 2023
Publicación de Resultados		Día 20 de noviembre del 2023

Camaná, 15 de noviembre del 2023





GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
 GOBIERNO 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
- Constancia o 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

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



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN 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

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



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA 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 - CARAVELI
HOSPITAL DE CAMANÁ

Mg. Karla P. Torres Bustamante
COORD. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

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