

CRONOGRAMA – CONVOCATORIA LS N° 022-2023

REQUERIMIENTO DE SERVICIOS POR LOCACIÓN PARA LA RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ

| CANT | DENOMINACIÓN | AREA/OFICINA |
|---------------------------|------------------------|--|
| 01 | SERVICIO DE DIGITACIÓN | MICRORED CHALA |
| ETAPAS DEL PROCESO | | CRONOGRAMA |
| Aprobación de cronograma | | Día 19 de octubre del 2023 |
| Publicación | | Día 20 de octubre del 2023 |
| Recepción de propuestas | | Por Trámite documentario de la Red Del 23 al 24 de octubre 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 5. Perfil requerido 4. Anexo 3 (presentar en sobre cerrado) |
| Evaluación de expedientes | | Día 25 de octubre del 2023 |
| Publicación de Resultados | | Día 25 de octubre del 2023 |

Camaná, jueves 20 de octubre del 2023

Two handwritten signatures in black ink. The first signature is on the left and the second is on the right, both appearing to be initials or names written in a cursive style.

TÉRMINOS DE REFERENCIA

**"SERVICIO DE DIGITACIÓN DE FUAS PARA LA MICRO RED CHALA
RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ"**

I. OBJETO O FINALIDAD PÚBLICA:

La presente contratación de Personal por Locación de Servicios 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 DIGITADOR DE FUAS para la MICRO RED CHALA., RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ.

II. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD |
|------|---|------------------|----------|
| 01 | CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE UN DIGITADOR DE FUAS | SERVICIO | 1 |

III. VALOR ESTIMADO o REFERENCIAL

El costo estimado es de S/5250.00 (CINCO MIL DOCIENTOS CINCUENTA 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 de Contrataciones del Estado).

IV. TÉRMINOS DE REFERENCIA:

1. PERFIL:

• **CONDICIONES GENERALES:**

- Tener Registro Único de Contribuyente (RUC) - Condición: ACTIVO Y HABIDO.
- Tener Registro Nacional de Proveedores (RNP) - Condición: VIGENTE
- Tener Código de Cuenta Interbancario - CCI - Condición: Vinculado al RUC

• **CONDICIONES PARTICULARES:**

- Certificado de CURSO DE OFIMÁTICA
- Experiencia laboral 1 AÑO como digitador

La experiencia laboral será sustentada por ODENES DE SERVICIO, CONTRATOS, RECIBOS POR HONORARIOS, no se aceptarán constancias simples sin sustento, cualquier otra documentación que de manera fehaciente demuestre las condiciones generales y particulares del proveedor.

2. ACTIVIDADES:

- Digitar adecuadamente las FUAS (Formato Único de Atención) del Seguro Integral de Salud (SIS).
- Ordenar la documentación producto de la digitación.
- Emitir reportes del sistema cuando sea requerido.
- Coordinaciones con el personal de la entidad a fin de cumplir con la finalidad pública descrita.

3. PLAZO:

El servicio será prestado por un plazo de 60 días calendario el mismo que se extenderá desde el día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio según corresponda.

4. LUGAR DE LA PRESTACIÓN:

La prestación del servicio se realizará en las instalaciones de la Micro Red Chala: C.S Chala. Pertenecientes a la Red de Salud Camaná Caravelí.



PRODUCTO A ENTREGAR

• **Primer Entregable:**

Con Informe de actividades que debe ser presentado con un plazo de hasta 20 días calendario y debe contener como mínimo de:

Digitación 2400 FUAS, correspondientes a la Microred Chala (C.S. Chala, P.S. Atiquipa, P.S. Santa Rosa, P.S. Chaparra, P.S. Achanizo, P.S. Tocota, P.S. Quicacha, P.S. Mollehuaca

• **Segundo Entregable:**

Con Informe de Actividades que debe ser presentado con un plazo de hasta 40 días calendario y debe contener como mínimo de:

• Digitación 2400 FUAS, correspondientes a la Microred Chala (C.S. Chala, P.S. Atiquipa, P.S. Santa Rosa, P.S. Chaparra, P.S. Achanizo, P.S. Tocota, P.S. Quicacha, P.S. Mollehuaca

• **Tercer Entregable:**

Con Informe de Actividades que debe ser presentado con un plazo de hasta 60 días calendario y debe contener como mínimo de:

• Digitación 2400 FUAS, correspondientes a la Microred Chala (C.S. Chala, P.S. Atiquipa, P.S. Santa Rosa, P.S. Chaparra, P.S. Achanizo, P.S. Tocota, P.S. Quicacha, P.S. Mollehuaca

VI. FORMA DE PAGO

El pago del servicio será en requerimientos de 03 productos entregables, previa conformidad dada por el área usuaria al informe presentado, según el plazo establecido.

| PRIMER PAGO | SEGUNDO PAGO | TERCER PAGO |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1,750.00 | 1,750.00 | 1,750.00 |
| Hasta los 20 días | Hasta los 40 días | Hasta los 60 días |

VII. PLAZO PARA EL PAGO:

El pago será en (03) armadas, dentro del plazo de 10 días calendarios de otorgada la conformidad de la prestación y luego de la presentación de los entregables señalados en los presentes términos de referencia, los cuales deberán adjuntar los siguientes documentos:

- Informe de actividades realizadas
- Recibo de honorarios profesionales
- Suspensión de retención de renta de 4ta categoría.

VIII. SUPERVISIÓN 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 y adicionalmente se deberá presentar un acta de conformidad del servicio.

IX. CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

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.

X. PENALIDAD:

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



BERENIA DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CHALA, CARAVELI
MICRORED CHALA
Rocasana Zavala Mengoa
COP N° 4407
Jefe Oficina MRB CHALA

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