

RESULTADOS DE EVALUACION DE PROPUESTAS PARA SERVICIOS POR LOCACIÓN EN LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

EVALUACION DE PROPUESTA TECNICA					
DATOS POSTOR	DENOMINACION DE SERVICIO	NO APTO	APTO	OBSERVACION	
1	GIRALDO WILFREDO HUAYAPA ESPINOZA	CONTRATACION DE 01 MEDICO PSIQUIATRA UNIDAD DE HOSPITALIZACION SALUD MENTAL Y ADICCIONES		x	
2	ALARCON MACEDO YOLANDA DARIEKA	CONTRATACION DE 01 MEDICO PSIQUIATRA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO		x	

Luego de la evaluación de la propuesta técnica, se procede a la apertura y evaluación de la propuesta económica del unico postor apto:

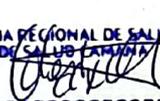
EVALUACION DE PROPUESTA ECONOMICA			
N°	NOMBRE DE POSTOR	DENOMINACION DE SERVICIO	PROPUESTA ECONOMICA
1	GIRALDO WILFREDO HUAYAPA ESPINOZA	CONTRATACION DE 01 MEDICO PSIQUIATRA UNIDAD DE HOSPITALIZACION SALUD MENTAL Y ADICCIONES	45,000.00
2	ALARCON MACEDO YOLANDA DARIEKA	CONTRATACION DE 01 MEDICO PSIQUIATRA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	60,000.00

De acuerdo a la evaluación de las propuestas económicas se otorga la BUENA PRO a los postores :

GIRALDO WILFREDO HUAYAPA ESPINOZA
ALARCON MACEDO YOLANDA DARIEKA

*Nota: Los postores aptos deberan hacer llegar el anexo N° 4 al correo electronico :
logistica.cotizaciones@hotmail.com en el plazo de 02 dias habiles.*

Camaná, lunes 14 agosto del 2023

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANA CARAVELI


Ps. Gleydxie Luz Granda Machado
C. Ps. P 16581
COORDINADORA DEL P. P SALUD MENTAL

RED DE SALUD CAMANA - CARAVELI
OFICINA DE ADMINISTRACION


C.P.C. Rocio Paola Fernandez Perez
MAT 4362
RESPONSABLE OFICINA DE ADMINISTRACION

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANA - CARAVELI
LOGISTICA


SRTA. ELENA PUMA ANCO
AREA DE ADQUISICIONES

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.