

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA - LS N° 020-2024-RSCC

CANT	DESCRIPCION DE SERVICIO	AREA/OFICINA
01	SERVICIO DE REGISTRO Y DIGITACIÓN DE SALIDA DE MEDICAMENTOS, MATERIAL MÉDICO Y PROD. FARMACÉUTICOS Y AFINES PARA EL C.S EL CARMEN DE LA MR LA PAMPA.	C.S EL CARMEN
ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
Aprobación de cronograma		Día 20 de mayo del 2024
Publicación		Día 20 de mayo del 2024
Recepción de propuestas		Por Trámite Documentario de la Red Día 21 al 23 de mayo De 7:30 am a 1:00 pm y de 1:45 a 3:00 pm. *Presentar CV documentado, debidamente follado y ordenado según el perfil que se indica en el TDR y la prepueta económica. *El expediente deberá tener el siguiente orden: 1. Solicitud 2. Propuesta técnica (Requisitos del Postor) 4. Anexo 2 (presentar en sobre cerrado)
Evaluación de expedientes		Día 24 de mayo del 2024
Publicación de Resultados		Día 24 de mayo del 2024

Camaná, 20 de mayo del 2024



TÉRMINOS DE REFERENCIA

“SERVICIO DE REGISTRO Y DIGITACION DE SALIDA DE MEDICAMENTOS MATERIAL MEDICO Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y AFINES PARA EL CENTRO DE SALUD EL CARMEN, MICRORED LA PAMPA RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ”

I. OBJETO O FINALIDAD PÚBLICA:

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 TECNICO EN FARMACIA para la digitación de recetas y atención pacientes (SIS) del CENTRO DE SALUD EL CARMEN, MICRORED LA PAMPA, RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELÍ”.

II. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
01	SERVICIO DE REGISTRO Y DIGITACION DE SALIDA DE MEDICAMENTOS MATERIAL MEDICO Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS AFINES	SERVICIO	1

III. VALOR ESTIMADO o REFERENCIAL

El costo estimado es de S/4,500.00 (CAUTRO MIL QUINIENTOS00/100 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. PERFIL:

● **CONDICIONES PARTICULARES:**

- Título de Técnico en Farmacia
- Certificado en OFIMÁTICA
- Experiencia laboral 1 AÑO
- Capacitación en SISMED
- Curso de Bioseguridad

● **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



El perfil solicitado en experiencia se acreditará con contratos, boletas de pago, recibos por honorarios y/o orden de servicio que de manera fehaciente demuestre las condiciones generales y particulares del proveedor.

V. ACTIVIDADES:

- Recepción, interpretación y digitación de la atención de la receta médica de los pacientes ambulatorios ASEGURADOS AL SIS
- Controlar el stock físico de medicamentos y productos afines en el área asignada
- Cumplir con las funciones que le corresponde como integrantes del equipo de trabajo del departamento de FARMACIA
- Monitoreo, programación, almacenamiento, digitación y distribución de PF, DM y PS y el procesamiento de información en el área y uso racional de medicamentos y farmacovigilancia.
- Ingresar al SISMED los medicamentos por cada paciente SIS(450 registros) y ser descargados correctamente



VI. PLAZO:

El servicio será prestado en un plazo de 90 días calendarios, el mismo que se extenderá desde el día siguiente de la notificación de la orden del servicio o día hábil o fecha específica o acta de inicio o condición de mercado, según corresponda.

VII. LUGAR DE LA PRESTACIÓN:

La prestación del servicio se realizará en las instalaciones del Centro de Salud El Carmen, de la Microred La Pampa pertenecientes a la Red de Salud Camaná Caravelí.

VIII. PRODUCTO A ENTREGAR

El CONTRATISTA deberá presentar un informe conteniendo el logro de las actividades del numeral V.

El cronograma de presentación es el siguiente:

PRIMER PRODUCTO	Hasta 30 días calendario máximo.
SEGUNDO PRODUCTO	Hasta 60 días calendario máximo.
TERCER PRODUCTO	Hasta 90 días calendario máximo.

IX. FORMA DE PAGO

El pago del servicio será en tres armadas, previa conformidad dada por el área usuaria al informe

Presentado, según el plazo establecido.

PRIMER PAGO	SEGUNDO PAGO	TERCER PAGO
S/ 1500.00 Hasta los 30 días	S/ 1,500.00 Hasta los 60 días	S/ 1,500.00 Hasta los 90 días

X. PLAZO PARA EL PAGO:

El pago será en tres (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

XI. 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.

XII. 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.

XIII. PENALIDAD:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD CAMANA - CARAVELI
MICRORED DE SALUD LA PAMPA
C. D. Juana Mango Guzmán
JEFE DE CLAS LA PAMPA
JEF. MICRORED LA PAMPA

SOLICITUD DEL POSTOR

SEÑOR JEFE(A) DE LA OFICINA DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELÍ

Apellidos y Nombres:

RUC N°

Dirección domiciliaria actual:

Cel: Email:

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria de Locación de Servicios N°
....., para la contratación de los servicios de:
.....
....., en la Red de Salud Camaná Caravelí.

Que, teniendo interés en dicha contratación de servicios, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado, se me considere como postor, para lo cual acompaño los documentos requeridos en los Términos de Referencia de dicha convocatoria.

POR TANTO, A usted pido, acceder a mi solicitud.

Camaná,..... de..... del

Firma

Nombres y Apellidos:
RUC:

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Camaná, de del

Señor:

Responsable de Logística de la Red de salud Camaná Caravelí

Asunto: Autorización de Abono directo en
cuenta CCI que se detalla.

Por medio de la presente, comunico a usted, que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

- Empresa (o nombre):
- RUC:
- Entidad Bancaria:
- Número de Cuenta:
- Código CCI:
-

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria que se comunica ESTÁ ASOCIADO al RUC consignado, tal como ha sido aperturada en el sistema bancario nacional.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorarios o Boleta de Venta) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Orden de Servicio con las prestaciones de bienes y/o servicios materia del contrato pertinente, quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor

ANEXO N° 02

COTIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Oficina de Logística
Red de Salud Camaná Caravelí

Presente.-

Referencia: Solicitud de Cotización para el Servicio de:

.....

De mi mayor consideración,

La siguiente información son datos del ofertante:

Nombres y Apellidos / Razón Social:	
DNI:	RUC:
Dirección de Notificación:	
Nombre de contacto:	
Telf. Fijo/Móvil:	Correo Electrónico: <i>(de forma legible)</i>
Código de Cuenta Interbancario (CCI):¹	Banco:

Al amparo del principio de presunción de veracidad², **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Cumplir en todos los extremos con los Términos de referencia o Especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
3. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de Entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
4. No tener impedimento de contratar con el Estado³
5. No tener inhabilitación vigente⁴ para prestar servicios al Estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos.

¹ Código de cuenta interbancario, el mismo que consta de 20 dígitos y debe estar asociado a su número de RUC, debiendo consignar la entidad bancaria de procedencia y el tipo de moneda.

² Numeral 1.7 – Principio de presunción de veracidad, Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General.

³ Numeral 11.1 del Artículo 11 de la Ley.

⁴ Artículo 242 de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General

por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.

6. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
7. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
8. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada en el presente documento.
9. Autorizar que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y entidad bancaria señalados por mi persona. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Servicio o las prestaciones en servicios materia del contrato, queda cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria, a que se refiere líneas arriba.
10. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de la Red de Salud Camaná Caravelí la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
11. Aceptar en su integridad los Términos de referencia o las Especificaciones técnicas proporcionadas por la Red de Salud Camaná Caravelí, conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjuntando para tal efecto la siguiente propuesta económica⁵:

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	N° DE PRODUCTOS	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
TOTAL ⁶		

PLAZO DE ENTREGA:	
--------------------------	--

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien y/o servicio ofertado. En tal sentido Red de Salud Camaná Caravelí no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un periodo mínimo de *30 días*⁷, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por la Red de Salud Camaná Caravelí en cualquier momento antes que expire el periodo indicado.

⁵ El cuadro de la oferta económica es un modelo referencial, puede añadirse más columnas y/o filas según se crea conveniente.

⁶ Los montos a ser ingresados en el cuadro deben ser redondeados a dos dígitos.

⁷ La Entidad debe considerar un plazo que le permita realizar las gestiones internas para formalizar la contratación.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido en la normativa vigente, y que si lo declarado es falso estoy sujeto a las acciones legales y penales correspondientes, en caso de verificarse su falsedad.

Camaná, _____ de _____ de 20__

Firma:

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL:

RUC: