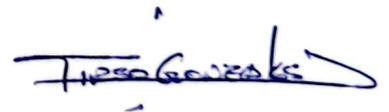


CONVOCATORIA - LS N° 044-2024-RSCC

CANT	DESCRIPCION DE SERVICIO
01	SERVICIO DE SOPORTE INFORMATICO PARA LA OFICINA DE SEGUROS DE LA RSCC
ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA
Aprobación de cronograma	Día 20 de NOVIEMBRE del 2024
Publicación	Día 20 de NOVIEMBRE del 2024
Recepción de propuestas	<p>Por Trámite Documentario de la Red Día Jueves 21 de noviembre De 7:30 am a 1:00 pm y de 2:00 am a 3:00 pm. Día viernes 22 de noviembre De 7:30 am hasta 1:00 pm.</p> <p>- Solicitud del postor - 01 sobre cerrado : propuesta técnica (CV) y Anexo 02 (cotización).</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se evalúa cualquier otro documento que no se solicita en los TDR. • Presentar propuesta técnica, debidamente foliado y ordenado de acuerdo a los requisitos de calificación del indicado en los TDR.
Evaluación de expedientes	Día 22 de NOVIEMBRE del 2024
Publicación de Resultados	Día 22 de NOVIEMBRE del 2024

Camaná, 20 NOVIEMBRE del 2024







GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



TERMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE SOPORTE INFORMATICO PARA LA OFICINA DE SEGUROS DE LA 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 referencias y requerimientos para la contratación del **SERVICIO DE SOPORTE INFORMATICO** para la **OFICINA DE SEGUROS DE LA RED DE SALUD CAMANA CARAVELI**.

II. DESCRIPCION DEL SERVICIO:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
01	CONTRATACION DEL SERVICIO DE SOPORTE INFORMATICO	SERVICIO	1

III. VALOR ESTIMADO O REFERENCIAL

El costo estimado es de S/. 2,000.00 (DOS MIL SOLES CON 00/100 Soles), incluido los impuestos de la 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:

- Titulo de **TECNICO EN COMPUTACION E INFORMATICA**
- Certificado de **BIOSEGURIDAD**
- Experiencia laboral 01 año en el sector público y/o privado.

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 se acreditará con ordenes de servicios (con su respectiva conformidad), contratos y/o recibos por honorarios, no se aceptarán constancia simple sin sustento.

redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe
Av.Lima 550 -Camaná- Arequipa
Teléfonos 054-512615-054-571603

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANA CARAVELI

Lic. Deysi Gabriela Huancollo Zuñiga
RESP. SEGUROS RED CAMANA - CARAVELI
CLAD. 45037



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



V. **ACTIVIDADES A REALIZAR:**

- Proveer servicio de soporte informático a los aplicativos del SIS de los puntos de digitación de la Red de Salud Camaná Caraveli.
- Realizar el consolidado de los Reportes de las prestaciones observadas y que no han ingresado a la producción digitada y que deben subsanarse y corregir en el módulo observación del aplicativo ARFSIS WEB, según las indicaciones de la GERESA.

VI. **PLAZO:**

El servicio será prestado en un plazo de veinte y ocho días (28) 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 realizara en las instalaciones de la oficina de Seguros Red . Perteneciente a la Red de Salud Camaná Caraveli.

VIII. **PRODUCTO A ENTREGAR:**

- Primer entregable:

Con informe de actividades que debe ser presentado con un plazo de 28 días calendarios y debe contener como mínimo de:

- Reporte consolidado de atenciones de los 42 establecimientos de salud.
- Verificación de los reportes de las prestaciones observadas de los 42 establecimientos de Salud en el modulo del aplicativo ARFSIS WEB.

IX. **FORMA DE PAGO:**

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

PRIMER PAGO
S/. 2,000.00
HASTA LOS 28 DIAS

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELI

Lic. Deysi Gabriela Huanco Zuñiga
RESP. SEGUROS RED CAMANA - CARAVELI
CLAD. 45037

redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe
Av.Lima 550 -Camaná- Arequipa
Teléfonos 054-512615-054-571603



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



X. PLAZO PARA EL PAGO:

El pago será una sola armada, dentro del plazo de 10 días calendarios de otorgada la conformidad de la prestación y luego de la presentación del producto entregado señalados en los presentes términos de referencias, los cuales deberán adjuntar los siguientes documentos:

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

XI. SUPERVISION Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La supervisión y conformidad del servicio será otorgadas 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 LA 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.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD CAMANÁ CARAVELI

[Firma]
Lic. Deysi Gabriela Huancoollo Zuñiga
RESP. SEGUROS RED CAMANÁ - CARAVELI
CLAD. 45037

GKAG/D/12/dhz
Cc.
Archivo

DOC.	REF.
------	------

redcamanacaraveli@saludarequipa.gob.pe
Av. Lima 550 - Camaná - Arequipa
Teléfonos 054-512615-054-571603

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 Caravell

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 Caravel

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: (de forma legible)
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	Nº DE PRODUCTOS	PRECIO TOTAL (Incluye los impuestos de Ley)
TOTAL⁶		

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 días⁷, 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: