



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional "

Puno, 19 de abril 2022

OFICIO N° 55 -2022-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Lic. Adm. Alipio A. CALLA GOMEZ
Director Ejecutivo de Administración

PRESENTE.-

ASUNTO : REMITE TERMINOS DE REFERENCIA PARA SU
PUBLICACION EN LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL

REF. : OFICIO N° 171, 72 Y 173 GR PUNO-DG-DIRESA-PUNO-DIRESA-DE-
DIREMID-2022

Es grato dirigirme a usted y solicitarle la **publicación de la convocatoria** a través de la página WEB Institucional de la DIRESA Puno para la Contratación por Locación de Servicio, en cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Ley N° 27806, el mismo que debe ser publicado en la página WEB Institucional de la DIRESA a través de la **Oficina de Estadística e Informática y Telecomunicación**.

Se adjunta los siguientes documentos:

- (03) Términos de Referencia
- (03) Cronograma de convocatoria

Agradeciendo la atención que preste al presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las consideraciones de consideración personal.

Atentamente,



CPC. FELIX RAÚL PAREDES BELTRAN
DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGISTICA
DIRESA - PUNO
MAT N° 354

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN	
CONTROL DE RECEPCIÓN	
19 ABR 2022	
Hora:	13:14 pm 16
Recepcionado por:	sl



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 18 de Abril del 2022

OFICIO N° 172 GR-PUNO-DG-DIRESA-PUNO-DIRESA-DE-DIREMID-2022

Señor:
LIC. ALIPIO CALLA GOMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DE LA DIRESA PUNO

PRESENTE :

ASUNTO : EJECUCION DEL PRESUPUESTO

1340

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN CONTROL DE RECEPCIÓN

18 ABR 2022

Hora: 12:17pm 05

Recepcionado por: [Signature]

Es muy grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente con la finalidad de solicitarle tenga a bien disponer a quien corresponda la contratación del Servicio de Apoyo de Técnico en Farmacia para la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas, el presupuesto a afectar es:

FTE FTO : DONACIONES Y TRANSFERENCIAS
 PARTIDA : 2.3. 2 9. 1 1 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS
 CALENDARIO : Abril
 META : 068
 IMPORTE :
 C.C : 4.18

Dirección Regional de Salud Puno

DIRECCION DE LOGISTICA

19 ABR 2022

N° Folios: 05 Hora: Firmas: [Signature]

Control de Recepción

Se junta:
▪ Términos de Referencia

Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,

[Signature]

DIREMID

D.F. MADVEY EDDY FLORES PAREDES
CQFP 42899
Director Ejecutivo de Medicamentos Insumos y Drogas

DIRESA - PUNO LOGISTICA

Pase a: Negociación

Para: Ejec. Presup. según C.A.N. y Decreto

MEFP/LCL/I.c.i.
CC. Archivo 2022

DIA MES AÑO
19 04 22

DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGISTICA

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

PASE A: of. logistica

PARA: su oficina

DIA ME AÑO
18 04 22

LIC. ALIPIO CALLA GOMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DE LA DIRESA PUNO



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



FORMATO N° 02 TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Área usuaria	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
2. DESCRIPCION DEL SERVICIO	
Denominación de la contratación	
Contratación del Servicio de apoyo de 01 técnico en farmacia para el Almacén Especializado de Medicamentos de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID).	
Finalidad pública	
Contar con Inventario adecuado de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos a los establecimientos de Salud de la región Puno del Almacén especializado de DEMANDA de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID) a los establecimientos de Salud.	
Antecedentes	
Ley N° 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos Directiva de SISMED Convenio entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Gobierno Regional Puno.	
Objetivo de la contratación	
Distribuir los productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos a los EESS, de acuerdo al cronograma correspondiente.	
Términos de referencia	
PERFIL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnico en Farmacia con experiencia en manejo de medicamentos e insumos. 2. Capacidades, habilidades y actitudes. 3. Conocimiento de procesos de almacenes. 4. Conocimiento de la normativa vigente. 5. Probidad, asertividad, disciplina, orden. 	
Cursos/Diplomados al área laboral	
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos en el Sistema de Suministro de PF, DM y PS(DESEABLE). - Conocimiento en Word Excel básico. 	
CARACTERISTICAS	
Producto 1: Traslado, ordenamiento, ubicación de 100 productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, al mes, en los diferentes ambientes del almacén especializado, limpieza de ambientes y almacén especializado.	
Producto 2: Preparación, ordenamiento y asistencia para verificación de existencia de 100	



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

Producto 3: Apoyo en el conteo y verificación de cantidades en el proceso de Inventario mensual de 100 productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

Producto 4: Embalaje técnico y rotulado de la distribución de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios Establecimientos de Salud, 50 embalajes al mes.

DOCUMENTACION ADICIONAL:

- Declaración jurada de no tener vinculo de parentesco hasta el segundo nivel de consanguinidad y afinidad con funcionarios, empleados de confianza y servidores públicos antecedentes penales y policiales, factor de riesgo para COVID - 19 (Formato N° 5).
- Copia de DNI.
- Copia de carnet de vacunación contra COVID – 19 tercera dosis como mínimo (será verificada al momento de adjudicación).
- Formato N° 4 Solicitud de Cotización.

3. PRESTACION DEL SERVICIO

Lugar de ejecución

Jr. José Antonio Encinas N° 145

Plazo de ejecución

08 meses

Plazo máximo de responsabilidad del contratista

N/A

Entregables/resultados

Informe de actividad realizada

Otras obligaciones del Contratista (*)

N/A

Coordinaciones

Con el Director Técnico, Director de Acceso, Jefe de Almacén.

Supervisión

A cargo del Director Técnico, Director de Acceso y Jefe de Almacén.

Conformidad

Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas

4. CONDICIONES DE PAGO

Condiciones y modalidades de pago

El costo referencial es de Mil Seiscientos con 00/100 (1,600.00), el pago se realizará previa conformidad e informe correspondiente

5. OTROS

Propiedad intelectual(*)

N/A

Confidencialidad(*)

N/A

Penalidad aplicables

De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado

(*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A




Q.F. MADREY CORY FLORES PAREDES
C.O.P.P. 12889
Ejecutivo de Medicamentos
Resumos y Drogas
Área Usuario
(Responsable de la Meta SIAF)

FORMATO N° 05

Yo, Identificado con DNI N°, Con domicilio legal en, distrito de, Provincia de, Departamento de,

a) Declaro bajo juramento no tener vinculo de parentesco con funcionarios, empleados de confianza, y servidores públicos, con poder de dirección o decisión de la DIRESA Puno, hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad.

b) Declaro bajo juramento que No tengo antecedentes penales ni policiales.

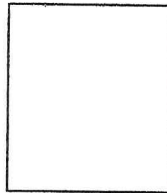
c) Declaro bajo juramento no tener factores de riesgo para COVID-19, según la siguiente información:

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| -Hipertensión arterial | SI () | NO () |
| - Diabetes | SI () | NO () |
| - Enfermedades cardiovasculares | SI () | NO () |
| - Obesidad | SI () | NO () |
| - Asma | SI () | NO () |
| - Cáncer | SI () | NO () |
| - Mayor de 65 años | SI () | NO () |
| - Gestante | SI () | NO () |
| - Otros | SI () | NO () |

Puno, de de 2022

.....
Nombres y Apellidos

DNI N°



Huella Digital

FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, INHABILITACION ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE CON EL ESTADO E IMPEDIMENTO PARA SER TRABAJADOR

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER:**

- 1.- Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO - RNSDD³
- 2.- Inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
- 3.- Impedimento para ser trabajador(a), expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- 4.- Inhabilitación o sanción de colegio profesional, de ser el caso.
- 5.- Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previsto en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Así mismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁴

³ De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial n.° 017-2007-PCM, que aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD", en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo n.° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD), en todo procedimiento de contratación laboral, el Área CAS de la Municipalidad (o el funcionario o servidor designado por este, bajo responsabilidad del primero) deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

⁴ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales, a efectos de postular en el presente proceso según lo dispuesto por la Ley n.° 29607 de 26 de octubre de 2010. Autorizo a la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, declaro no tener antecedentes policiales e igualmente autorizo la posterior veracidad de lo señalado.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Huella Dactilar

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁵

⁵ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁶

⁶ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 12

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) O
SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALU PUNO**

Por el presente documentos yo _____
identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____
_____ ; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N°
27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO.

- 1.- Existe vinculación
- 2.- No existe vinculación

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en el los casos por los cuales se configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan servicios sus parientes:

Marcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
	Por razones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad. (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí. Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino(a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: primos hermanos entre sí, tía(a) abuelo(a) y sobrino(a), nieto(a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado ad afinidad. (Primer grado de afinidad: esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí)
	Vínculo conyugal (esposa/o). Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para lo que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁷

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERU

**GOBIERNO
REGIONAL PUNO**

**DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO**

Dirección Ejecutiva de
Medicamentos Insumos y
Drogas



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR TERCEROS, 01 SEVICIO DE APOYO DE TECNICO EN FARMACIA PARA LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS (DIREMID)

FECHA	ACTIVIDAD
19/04/2022 y 20/04/2022	PUBLICACION EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
21/04/2022	PRESENTACION DE PROPUESTA SEGÚN FORMATO DE COTIZACION (SECRETARIA DE ADMINISTRACION 09.00am hasta 12.30 pm) PRESENTACION DE EXPEDIENTES.
22/04/2022	EVALUACION DE PROPUESTAS Y EXPEDIENTE
25/04/2022	ENTREGA DE LA ORDEN DE SERVICIO





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 18 de Abril del 2022

OFICIO N° 171 GR-PUNO-DG-DIRESA-PUNO-DIRESA-DE-DIREMID-2022

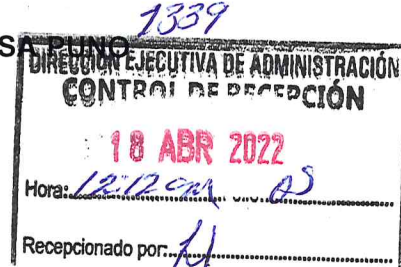
Señor:

LIC. ALIPIO CALLA GOMEZ

DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DE LA DIRESA PUNO

PRESENTE :

ASUNTO : EJECUCION DEL PRESUPUESTO



Es muy grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente con la finalidad de solicitarle tenga a bien disponer a quien corresponda la contratación del Servicio Especializado en Digitación para la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas, el presupuesto a afectar es:

FTE FTO : DONACIONES Y TRANSFERENCIAS
 PARTIDA : 2.3.29.11 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS
 CALENDARIO : Abril
 META : 068
 IMPORTE :
 C.C : 4.18

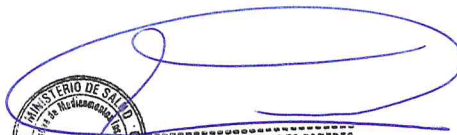


Se adjunta:

- Términos de Referencia

Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,


 D.I.F. EDDY FLORES PAREDES
 CQFP. 12869
 Director Ejecutivo de Medicamentos Insumos y Drogas

DIRESA - PUNO LOGISTIC

Pase a: Logística
 Para: Ejec. presup
según presupuesto

MEFP/LCL/I.c.I.
 CC. Archivo 2022

DIA MES AÑO
 19 04 22

DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGISTICA

DIRESA
 DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION

PASE A: Of Logística
 PARA: Recepción

DIA MES AÑO
 18 04 22

Lic. Alipio Calla
 DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION



FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Area usuaria	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	
Denominación de la contratación	
Contratación del Servicio Especializado en Digitación para el Almacén de Medicamento Especializado, Estrategia Sanitaria de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID).	
Finalidad pública	
La revisión de cuadros de distribución de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios transferidos de las Estrategias programas presupuestales de la Diresa y Redess de Salud Puno) Emisión de Guías de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios para el ingreso al Informe de Consumo Integrado (ICI) de las Unidades Ejecutoras de la Región Puno y generación de Pecosas	
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos Y Productos Sanitarios. • Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA y su Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Publico de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios- SISMED". • Resolución Jefatural N° 076-2021/SIS, ANEXO RJ 076-2021-SIS DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2021-SIS-GNF. • Convenio entre el MIDIS y el Gobierno Regional Puno (FED). 	
Objetivo de la contratación	
<p>Contar con Servicio especializado en digitación para que realice el registro ingresos y salidas en el SISMED/SIGA</p> <p>Contar con Guías emitidas para el ingreso al Informe de consumo Integrado (ICI) Unidades Ejecutoras de la Región Puno, para garantizar la disponibilidad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, así como los indicadores de Gestión, FED, entre otros.</p> <p>Digitación de PECOSAS de abastecimiento a las 11 REDESS DE SALUD DE LA REGION PUNO al 100%.</p>	
Términos de referencia	
PERFIL	
<p>Acreditar experiencia laboral mínima de (09 meses) en el desempeño de sus funciones afines al servicio convocado en el sector público o privado, con posterioridad a la formación requerida. (Indispensable manejo del aplicativo del SISMED).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aptitud de vocación de servicio • Responsabilidad • Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia operativa. • Orientación hacia resultados. 	



- Capacidad de concertación y trabajo
- Poseer liderazgo.

- Capacidad para trabajar en equipo.

Egresado en Ingeniería de Sistemas y/o Técnico en Computación Cursos al área laboral

Manejo de software en entorno Windows Procesador de texto, hoja de cálculo y correo electrónico.

Producto 1:

- Evaluar el reporte del consolidado del Informe de Consumo integrado de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios
- Elaboración de Guías de Remisión en el sistema SISMED para las redes de salud de la Región de Puno.
- Elaboración de Pecosas en el sistema SIGA del informe del consumo integrado de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

Producto 2:

Apoyo en el conteo físico de Inventario mensual de 100 Productos Farmacéuticos Dispositivos Médicos y productos Sanitarios y digitación en el SISTEMA SISMED- SIGA.

Documentación Adicional:

- Declaración Jurada de no tener vinculo de parentesco hasta el segundo nivel de consanguinidad y afinidad con funcionarios, empleados de confianza y servidores públicos antecedentes penales y policiales, factor de riesgo para COVID- 19 (Formato N° 05)
- Copia de DNI
- Copia de Carnet de Vacunación contra COVID-19 tercera dosis como mínimo (será verificada al momento de adjudica)
- Formato N° 04 Solicitud de Cotización

3. PRESTACION DEL SERVICIO

Lugar de ejecución

Jr. José Antonio Encinas N° 145

Plazo de ejecución

08 meses

Plazo máximo de responsabilidad del **contratista**

N/A

Entregables/resultados

La Cantidad 300 Items, previo Informe de actividades realizada de manera periódica (mínima 01 al mes).

Otras obligaciones del Contratista (*)

N/A

Coordinaciones

Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Director Técnico, Director de Acceso, Responsable Informática SISMED.

Supervisión

A cargo del Director Técnico, Responsable de Informática SISMED.



Conformidad
A cargo del Director Técnico.
4. CONDICIONES DE PAGO
Condiciones y modalidades de pago
El costo referencias es de Mil seiscientos cincuenta con 00/100 (1,650.00), el pago se realizará previa conformidad e informe mensual correspondiente.
5. OTROS
Propiedad intelectual (*)
N/A
Confidencialidad
N/A
Penalidades aplicables
De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado

(*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A




DIREMID
D.F. MADREY EDDY FLORES PAREDES
CQFP. 12869
Director Ejecutivo de Medicamentos
Insumos Médicos
Area Usuaria

(Responsable de la Meta SIAF)

FORMATO N° 05

Yo, Identificado con DNI N°, Con domicilio legal en, distrito de, Provincia de, Departamento de,

a) Declaro bajo juramento no tener vinculo de parentesco con funcionarios, empleados de confianza, y servidores públicos, con poder de dirección o decisión de la DIRESA Puno, hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad.

b) Declaro bajo juramento que No tengo antecedentes penales ni policiales.

c) Declaro bajo juramento no tener factores de riesgo para COVID-19, según la siguiente información:

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| -Hipertensión arterial | SI () | NO () |
| - Diabetes | SI () | NO () |
| - Enfermedades cardiovasculares | SI () | NO () |
| - Obesidad | SI () | NO () |
| - Asma | SI () | NO () |
| - Cáncer | SI () | NO () |
| - Mayor de 65 años | SI () | NO () |
| - Gestante | SI () | NO () |
| - Otros | SI () | NO () |

Puno, de de 2022

.....
Nombres y Apellidos

DNI N°



Huella Digital

FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, INHABILITACION ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE CON EL ESTADO E IMPEDIMENTO PARA SER TRABAJADOR

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER:**

- 1.- Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO - RNSDD³
- 2.- Inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
- 3.- Impedimento para ser trabajador(a), expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- 4.- Inhabilitación o sanción de colegio profesional, de ser el caso.
- 5.- Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previsto en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Así mismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁴

³ De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial n.° 017-2007-PCM, que aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD", en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo n.° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD), en todo procedimiento de contratación laboral, el Área CAS de la Municipalidad (o el funcionario o servidor designado por este, bajo responsabilidad del primero) deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

⁴Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales, a efectos de postular en el presente proceso según lo dispuesto por la Ley n.° 29607 de 26 de octubre de 2010. Autorizo a la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, declaro no tener antecedentes policiales e igualmente autorizo la posterior veracidad de lo señalado.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Huella Dactilar

Lugar y fecha _____

.....
Firma^s

⁵ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁶

⁶ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALU PUNO

Por el presente documentos yo _____
 identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____
 _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N°
 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO.

- 1.- Existe vinculación
- 2.- No existe vinculación

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en el los casos por los cuales se configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan servicios sus parientes:

Marcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
	Por razones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad. (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí. Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino(a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: primos hermanos entre sí, tía(a) abuelo(a) y sobrino(a), nieto(a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado ad afinidad. (Primer grado de afinidad: esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre si)
	Vinculo conyugal (esposa/o). Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para lo que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁷

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERU

**GOBIERNO
REGIONAL PUNO**

**DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO**

Dirección Ejecutiva de
Medicamentos Insumos y
Drogas



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR TERCEROS 01 SERVICIO ESPECIALIZADO EN DIGITACION PARA LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS (DIREMID)

FECHA	ACTIVIDAD
19/04/2022 y 20/04/2022	PUBLICACION EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
21/04/2022	PRESENTACION DE PROPUESTA SEGÚN FORMATO DE COTIZACION (SECRETARIA DE ADMINISTRACION 09.00am hasta 12.30 pm) PRESENTACION DE EXPEDIENTES.
22/04/2022	EVALUACION DE PROPUESTAS Y EXPEDIENTE
25/04/2022	ENTREGA DE LA ORDEN DE SERVICIO





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

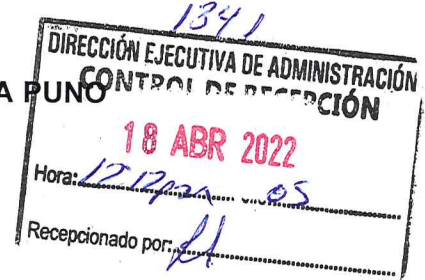
Puno, 18 de Abril del 2022

OFICIO N° 173 GR-PUNO-DG-DIRESA-PUNO-DIRESA-DE-DIREMID-2022

Señor: LIC. ALIPIO CALLA GOMEZ DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DE LA DIRESA PUNO

PRESENTE :

ASUNTO : EJECUCION DEL PRESUPUESTO



Es muy grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente con la finalidad de solicitarle tenga a bien disponer a quien corresponda la contratación del Servicio de Digitación y Sistematización de Información para la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas, el presupuesto a afectar es:

FTE FTO : DONACIONES Y TRANSFERENCIAS
PARTIDA : 2.3.29.11 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS
CALENDARIO : Abril
META : 068
IMPORTE :
C.C : 4.18

Se adjunta:
- Términos de Referencia



Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,

[Signature]
MINISTERIO DE SALUD
DIREMID
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
LIC. MADVEY EDDY FLORES PAREDES
CQFP. 12869
Director Ejecutivo de Medicamentos Insumos y Drogas

JIRESA - PUNO LOGISTICA
Pase a: [Signature]
Para: [Signature]
DIA MES AÑO
19 04 22
DIRECCION DE LOGISTICA

DIRESA
DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
PASE A: [Signature]
PARA: [Signature]
DIA MES AÑO
18 04 22
Lic. Adm. Alipio A. CALLA GOMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION
DIRESA - PUNO
CLAP N° 0125 002



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Area usuaria	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
2. DESCRIPCION DEL SERVICIO	
Denominación de la contratación	
Contratación del Servicio de Digitación y Sistematización de Información para la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID).	
Finalidad pública	
Gestionar eficientemente el Sistema de Suministro de Medicamentos, Insumos Médicos y Productos Sanitarios	
Antecedentes	
Ley N° 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos	
Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" - Directiva de SISMED	
Convenio entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Gobierno Regional Puno.	
Objetivo de la contratación	
<p>Contar con 01 digitador administrativo para que realice el registro de pedidos de las notas, Guías de salida del SISMED de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos sanitarios.</p> <p>Contar con Guías emitidas par el ingreso al informe de consumo Integrado (ICI) de las unidades de la Región de Puno, para garantizar la disponibilidad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, así como los indicadores de Gestión, FED, entre otros.</p> <p>Digitación de PECOSAS de abastecimiento a las 11 REDESS de salud de la Región de Puno.</p>	
Términos de referencia	
PERFIL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación: Título profesional en Administración y/o Contabilidad 2. Experiencia Laboral general 01 año y 09 meses 3. Conocimiento en trámites administrativos 4. Probidad, Asertividad, disciplina, orden. 	
Cursos/Diplomados al área laboral	
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento en Word y Excel básico. - Conocimiento del SIGA y SIAF-RP - Conocimiento en contrataciones del estado - Conocimiento del sistema SISMED V2 - Capacitación en gestión publica 	
CARACTERISTICAS	



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



Producto 1: Apoyo en el Sistema de Suministro del Almacén Especializado de Medicamentos, en la elaboración de pedidos de las Notas de Salida del SISMED en el punto SIGA de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios aproximadamente 120 documentos, 50 documentos por mes.

Apoyo en el conteo físico de Inventario mensual de 100 Productos Farmacéuticos Dispositivos Médicos y productos Farmacéuticos

Apoyo en la conciliación mensual de transferencia de bienes otorgados a las Redess 30 pecosas mensual.

Documentación Adicional:

- Declaración Jurada de no tener vinculo de parentesco hasta el segundo nivel de consanguinidad y afinidad con funcionarios, empleados de confianza y servidores públicos antecedentes penales y policiales, factor de riesgo para COVID- 19 (Formato N° 05)
- Copia de DNI
- Copia de Carnet de Vacunación contra COVID-19 tercera dosis como mínimo (será verificada al momento de adjudica)
- Formato N° 04 Solicitud de Cotización

Otras actividades relacionadas al Almacén Especializado de Medicamentos.

3. PRESTACION DEL SERVICIO

Lugar de ejecución

Jr. José Antonio Encinas N° 145

Plazo de ejecución

08 meses

Plazo máximo de responsabilidad del contratista

N/A

Entregables/resultados

Informe mensual de actividad realizada

Otras obligaciones del Contratista (*)

N/A

Coordinaciones

Con el Director Técnico, Director de Acceso, Jefe de Almacén.

Supervisión

A cargo del director técnico, Director de Acceso y Jefe de Almacén.

Conformidad



Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
4. CONDICIONES DE PAGO
Condiciones y modalidades de pago
El costo referencial es de Mil Ochocientos con 00/100 (S/. 1,800.00), el pago se realizará previa conformidad e informe correspondiente
5. OTROS
Propiedad intelectual (*)
N/A
Confidencialidad (*)
N/A
Penalidades aplicables
De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado

(*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



DIREMID
D.F. MADVEY EDDY FLORES PAREDES
CQFP. 12869
 Director Ejecutivo de Medicamentos e Insumos y Drogas

Area Usaria
(Responsable de la Meta SIAF)

FORMATO N° 05

Yo, Identificado con DNI N°, Con domicilio legal en, distrito de, Provincia de, Departamento de,

a) Declaro bajo juramento no tener vinculo de parentesco con funcionarios, empleados de confianza, y servidores públicos, con poder de dirección o decisión de la DIRESA Puno, hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad.

b) Declaro bajo juramento que No tengo antecedentes penales ni policiales.

c) Declaro bajo juramento no tener factores de riesgo para COVID-19, según la siguiente información:

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| -Hipertensión arterial | SI () | NO () |
| - Diabetes | SI () | NO () |
| - Enfermedades cardiovasculares | SI () | NO () |
| - Obesidad | SI () | NO () |
| - Asma | SI () | NO () |
| - Cáncer | SI () | NO () |
| - Mayor de 65 años | SI () | NO () |
| - Gestante | SI () | NO () |
| - Otros | SI () | NO () |

Puno, de de 2022

.....
Nombres y Apellidos

DNI N°



Huella Digital

FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, INHABILITACION ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE CON EL ESTADO E IMPEDIMENTO PARA SER TRABAJADOR

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER:**

- 1.- Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO - RNSDD³
- 2.- Inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
- 3.- Impedimento para ser trabajador(a), expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- 4.- Inhabilitación o sanción de colegio profesional, de ser el caso.
- 5.- Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previsto en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Así mismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁴

³ De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial n.° 017-2007-PCM, que aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD", en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo n.° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD), en todo procedimiento de contratación laboral, el Área CAS de la Municipalidad (o el funcionario o servidor designado por este, bajo responsabilidad del primero) deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

⁴ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales, a efectos de postular en el presente proceso según lo dispuesto por la Ley n.° 29607 de 26 de octubre de 2010. Autorizo a la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, declaro no tener antecedentes policiales e igualmente autorizo la posterior veracidad de lo señalado.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Huella Dactilar

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁵

⁵ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁶

⁶ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALU PUNO

Por el presente documentos yo _____
 identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____
 _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N°
 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO.

- 1.- Existe vinculación
- 2.- No existe vinculación

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en el los casos por los cuales se configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan servicios sus parientes:

Marcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
	Por razones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad. (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí. Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino(a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: primos hermanos entre sí, tía(a) abuelo(a) y sobrino(a), nieto(a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado ad afinidad. (Primer grado de afinidad: esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí)
	Vínculo conyugal (esposa/o). Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para lo que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁷

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

Dirección Ejecutiva de
Medicamentos Insumos y
Drogas



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR TERCEROS 01 SERVICIO DE DIGITACION Y SISTEMATIZACION PARA LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS (DIREMID)

FECHA	ACTIVIDAD
19/04/2022 y 20/04/2022	PUBLICACION EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
21/04/2022	PRESENTACION DE PROPUESTA SEGÚN FORMATO DE COTIZACION (SECRETARIA DE ADMINISTRACION 09.00am hasta 12.30 pm) PRESENTACION DE EXPEDIENTES.
22/04/2022	EVALUACION DE PROPUESTAS Y EXPEDIENTE
25/04/2022	ENTREGA DE LA ORDEN DE SERVICIO

