

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS/TÉRMINOS DE REFERENCIA			
1	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Servicios de Apoyo en Sistemas Informáticos	
2	FINALIDAD PÚBLICA	La contratación de los Servicios Informáticos tiene como finalidad, el contar con el apoyo en el Dpto. de Farmacia del HRDT, para realizar las tareas de la información diaria en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED).	
3	ANTECEDENTES	<p>El Ministerio de Salud para cumplir la visión, misión y objetivos estratégicos establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, ha diseñado y normado diferentes procesos organizacionales y establecido varios objetivos funcionales, siendo uno de ellos “La promoción del uso racional y acceso y el control del suministro, calidad, seguridad y eficacia, de los insumos, medicamentos y drogas”</p> <p>NORMAS SISMED:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RM N°367 – 2005-MINSA – Modificatoria SISMED - RM N° 1753 – 2002 Directiva SISMED <p>NORMA GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LEY N° 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos sanitarios - Resolución Ministerial N°1240-2004/MINSA y documento sobre Política Nacional de Medicamentos 	
4	OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN	GENERAL	Realizar la información del SISMED y presentarla oportunamente tal como lo indica la normativa SISMED.
		ESPECÍFICO/META	<p>Elaboración del informe mensual del SISMED.</p> <p>Elaboración del Informe de Consumo Integrado (ICI).</p> <p>Elaboración del Informe de Distribución Integrada (IDI).</p>
5	CANTIDAD	02	
6	CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO		
	<p>6.1. PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:</p> <p>a) Formación Académica: Título Técnico en Computación e Informática o Bachiller en Ingeniería de Sistemas.</p> <p>b) Cursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel intermedio en computación y ofimática. <p>c) Experiencia General: Experiencia mínima de 01 año en el sector público y/o privado.</p> <p>a. Acreditar con contratos y/o constancias y/o orden de servicio y/o recibos por honorarios profesionales.</p> <p>d) Experiencia Específica: Experiencia en el sector público y/o privado en trabajos administrativos, mínimo 06 meses. Experiencia en el aplicativo del sistema del Sismed mínimo 06 meses.</p> <p>e) Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RUC vigente - RNP (Registro Nacional de Proveedor) - Curriculum Vitae debidamente documentado. - Contar con algún tipo de seguro de salud vigente (EsSalud, SIS, otros) 		

6.2. ALCANCES DEL SERVICIO:

1) PRODUCTOS Y ENTREGABLES: (Cantidad 03)

a) Primer entregable

- Registro diario de los ingresos en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro diario de distribución en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro periódico de salidas y transferencias en el SISMED ALMACEN (20).
- Registro diario de los ingresos en el SISMED FARMACIA (20)
- Registro diario de salidas en el SISMED FARMACIA (15).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (12).
- Registro semanal de transferencias de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en el SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de consumo de productos estratégicos sanitarios en SISMED FARMACIA (20).
- Informe final mensual de consumo SISMED (IDI e ICI)
- Conciliación de reportes SISMED-SIGA

b) Segundo entregable

- Registro diario de los ingresos en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro diario de distribución en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro periódico de salidas y transferencias en el SISMED ALMACEN (20).
- Registro diario de los ingresos en el SISMED FARMACIA (20)
- Registro diario de salidas en el SISMED FARMACIA (15).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (12).
- Registro semanal de transferencias de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en el SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de consumo de productos estratégicos sanitarios en SISMED FARMACIA (20).
- Informe final mensual de consumo SISMED (IDI e ICI)

c) Tercer entregable

- Registro diario de los ingresos en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro diario de distribución en el SISMED ALMACÉN (20).
- Registro periódico de salidas y transferencias en el SISMED ALMACEN (20).
- Registro diario de los ingresos en el SISMED FARMACIA (20)
- Registro diario de salidas en el SISMED FARMACIA (15).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (12).
- Registro semanal de transferencias de productos estratégicos sanitarios en SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de ingresos de productos estratégicos sanitarios en el SISMED ALMACEN (10).
- Registro semanal de consumo de productos estratégicos sanitarios en SISMED FARMACIA (20).
- Informe final mensual de consumo SISMED (IDI e ICI)
-

2) CONFIDENCIALIDAD:

El personal contratado bajo la modalidad por terceros debe contemplar plenamente los principios de confiabilidad y reserva absoluta, en el manejo de información y documentación a la que tenga acceso relacionada con el puesto de trabajo, quedando prohibido revelar información a terceros.

6.3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

Contrato por NOVENTA (90) días, sujeto a evaluación.

a) Cantidad de productos a realizar:

- Total 03 productos, 01 producto mensual que será entregado en un período máximo de 25 días posterior a la emisión de la Orden de Servicio.

b) Documento (s) a presentar:

- Informe mensual detallado de las actividades realizadas adjuntando reportes y documentos que sustenten la prestación del servicio.

c) Lugar de Ejecución del Servicio:

- Dpto. de Farmacia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

6.4. FORMA DE PAGO:

a) Mensual, después del informe y conformidad correspondiente.

Presentar: recibo por honorarios, conformidad del servicio e informe de actividades. La conformidad del servicio lo otorgará el Jefe del Departamento de Farmacia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

REGION LA LIBERTAD
ncia Regional de Salud

Ms. Nayde Villajana Medina
Jefe Dpto. de Farmacia
Hospital Regional Docente de Trujillo

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE			Sí		No
Correo electrónico :					

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Notificación de la orden de servicios
3. Solicitud de subsanación a cumplimiento de Términos de Referencia.
4. Notificación de actuaciones que deriven de ejecución contractual.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de un (1) día hábil de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

ANEXO Nº 2

DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], 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 postor 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 Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- v. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo Nº 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- vi. Conocer, aceptar y someterme a las condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vii. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- viii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

ANEXO Nº 3

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y
PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado el requerimiento, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el requerimiento.

Con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen para efectuar la contratación, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO]

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

ANEXO Nº 4

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
OFICINA DE LOGÍSTICA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con el requerimiento, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL (S)
TOTAL	

Tiempo de Garantía:Días Cal. Después de otorgada la conformidad.

Vigencia de la Oferta:.....Días Cal.

Forma de Pago: 03 días cal después de otorgada la conformidad por el usuario.

El precio de la oferta en soles incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda