


ESPECIFICACIONES TÉCNICAS / TÉRMINOS DE REFERENCIA TÉCNICO DE FARMACIA

1	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DE TÉCNICO EN FARMACIA
2	FINALIDAD PÚBLICA	Brindar servicio de apoyo operativo, de manera oportuna en el Departamento de Farmacia.
3	ANTECEDENTES	El Departamento de Farmacia del Hospital Regional Docente de Trujillo actualmente atiende a los diversos servicios hospitalarios y consultorios, los cuales se necesitan ser atendidos por personal calificado en el puesto de Técnico de Farmacia.
4	OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN	Contratar personal operativo para realizar actividades en el Departamento de Farmacia que cumplan las normas y procedimientos para el abastecimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como brindar apoyo en la cadena de suministro debidamente capacitados para la atención de los servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo. Otras actividades que determine la Jefatura del Departamento de Farmacia
5	CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO	
5.1	<u>Descripción y cantidad del servicio.</u> Cantidad: 02 TECNICO DE FARMACIA.	
5.2	<p><u>PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:</u></p> <p>a) Formación Académica: Título Técnico en Farmacia. Acreditar con copia simple de título de técnico.</p> <p>b) Experiencia:</p> <p style="padding-left: 40px;">Experiencia General: (01) un año como mínimo en servicios de Farmacia en sector público y/o privado.</p> <p style="padding-left: 40px;">Experiencia Específica: (06) seis meses como mínimo en servicios de Farmacia en sector público.</p> <p style="padding-left: 40px;">• Para acreditar ambas experiencias, deberá ser con contratos, constancias, Recibo por honorarios, facturas u otros documentos.</p> <p>c) Otros Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro Nacional de Proveedores, contar con seguro SIS, EsSalud • Declaración Jurada de No Ser Persona de Riesgo. • Carnet de vacunas COVID-19 (Tres dosis completas) <p>ALCANCES DEL SERVICIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar las atenciones en la cadena de suministros del servicio asignado (12 atenciones) 2. Apoyar en la recepción, almacenamiento, distribución e inventarios de los productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios de acuerdo a los procedimientos establecidos. (5 atenciones) 3. Cumplir las normas y procedimientos establecidos en el BPA para el abastecimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. (8 atenciones) 4. Cumplir las normas de bioseguridad correspondientes, manteniendo el orden y limpieza de los ambientes. 5. Otras funciones específicas que asigne jefe inmediato. <p>CONFIDENCIALIDAD:</p>	


 REGION LA LIBERTAD
 en la Región de Salud
 Mg. David Villalata Medina
 Jefe Depto. de Farmacia
 Hospital Regional Docente de Trujillo

	Mantener en estricta reserva la información que se le brinda para poder ejecutar el servicio a contratar.
5.3	<p><u>PRESTACION DEL SERVICIO:</u></p> <p><u>Inicio:</u> A partir del día siguiente de la notificación del otorgamiento de la buena pro, vía correo electrónico; Así mismo para los siguientes entregables será a partir del día siguiente de la conformidad de servicio por parte del área usuaria.</p> <p><u>ENTREGABLES:</u></p> <p>Primer entregable: Informe técnico sustentado un mínimo de 25 atenciones diarias con respecto a lo consignado en los numerales del ítem 5.2 <i>Alcances del servicio</i>, consignado en el presente documento hasta 25 turnos mensuales de iniciado el servicio.</p> <p>Segundo entregable: Informe técnico sustentado un mínimo de 25 atenciones diarias con respecto a lo consignado en los numerales del ítem 5.2 <i>Alcances del servicio</i>, consignado en el presente documento hasta 25 turnos mensuales después de concluido el primer entregable.</p> <p><u>DOCUMENTOS A PRESENTAR:</u></p> <p>Informe final del servicio realizado, validado por el jefe o encargado del Servicio o quien corresponda. Recibo por honorarios y de ser el caso constancia de autorización de suspensión de retención de rentas de cuarta categoría.</p> <p><u>CONFORMIDAD DEL SERVICIO Y FORMA DE PAGO:</u></p> <p>El Departamento de Farmacia emitirá el informe de conformidad con firma y visto bueno del Jefe, siendo remitido al área de Logística para el respectivo proceso de pago.</p>
5.4	<p><u>MONTO DEL SERVICIO Y FORMA DE PAGO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar formato de las oferta del servicio. - Abono en cuenta corriente interbancaria (CCI)
5.5	<p><u>PLAZO DEL CONTRATO.</u></p> <p>60 días calendario. (Entregables: 1° y 2°), 30 días calendario cada uno.</p>

REGIÓN LA LIBERTAD
 Gerencia Regional de Salud

 Mg. Nayde Villafana Medina
 Jefe Depto. 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 N° 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