

BASES DE CONTRATACION

“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MEDICAS EN EL POLICLINICO MUNICIPAL QURA VIRGEN DE GUADALUPE

La presente tiene la finalidad de contratar a una Persona Natural o Jurídica, con el fin de que preste servicios en la especialidad de:

OTORRINOLARINGOLOGÍA

I.- PERIODO DE CONTRATACION. -

Un (01) año.

II.- CONDICIONES DE LA CONTRATACION. -

El servicio a contratar está definido en los Términos de Referencia que forman parte de la presente convocatoria, así como de las condiciones de contratación anexa al presente documento.

III.- BASE LEGAL.-

- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ordenanza Municipal N° 022-2021/MDV, Reglamento de Organización y Funciones de la Municipalidad de Ventanilla.
- Resolución de Gerencia Municipal N° 011-2014-MDV/GM, en la cual en su artículo segundo Aprueba la Directiva “NORMAS GENERALES PARA LA CONTRATACION DE PERSONAS NATURALES O JURIDICAS CON EL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA A TRAVÉS DE CONCURSOS PRIVADOS”.
- Resolución de Gerencia General N° 001-2022/MDV-SSM-GG, que CONFORMA la COMISION EVALUADORA PERMANENTE, encargada de la Evaluación, Selección y Adjudicación de los procesos de contratación de Servicios de Especialidades Médicas, a través de Asociación en Participación y Contratación de Concesión de Espacio del Servicio de Farmacia para los Policlínicos Municipales Qura Sur, Qura Norte, Qura-Virgen de Guadalupe y Qura 4 – Fundación Pachacútec.

IV.- OBJETO DE LA CONVOCATORIA. -

El servicio de salud, objeto del presente proceso, es el siguiente:

| ITEM | ESPECIALIDAD | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |
|------|----------------------|--|
| 1 | OTORRINOLARINGOLOGIA | Policlínico Municipal Qura Virgen de Guadalupe |

V.- CRONOGRAMA DEL PROCESO. -

| ETAPAS | FECHA | HORA Y LUGAR |
|--|----------------------|--|
| CONVOCATORIA PUBLICA | 13 de abril del 2022 | En la Página WEB de la Municipalidad Distrital de Ventanilla y/o en el local del Sistema de Salud Municipal. |
| REGISTRO DE PARTICIPANTES | 19 de abril del 2022 | Desde las 8:30 am a 5:00 pm, en la Gerencia de Servicios de Salud ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| FORMULACION Y ABSOLUCION DE CONSULTAS | 20 de abril del 2022 | Desde las 8:30 am a 5:00 pm, en la Gerencia de Servicios de Salud ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| INTEGRACION DE LAS BASES | 22 de abril del 2022 | Desde las 8:30 am a 5:00 pm, en la Gerencia de Servicios de Salud ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| PRESENTACION DE PROPUESTAS | 25 de abril del 2022 | Desde las 8:30 am a 5:00pm, en la Gerencia de Servicios de Salud ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| APERTURA DE SOBRES | 26 de abril del 2022 | 11:30 am -Instalaciones del Palacio Municipal de Ventanilla ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| EVALUACION | 27 de abril del 2022 | Gerencia de Servicios de Salud del Sistema de Salud Municipal de Ventanilla ubicado Av. La Playa N° 188 en el 3er piso de Palacio Municipal. |
| PUBLICACION DE GANADOR | 28 de abril del 2022 | En la Página Web de la Municipal Distrital de Ventanilla y/o en el Local del Sistema de Salud Municipal |

VI.- REGISTRO DE PARTICIPANTE. -

La Persona Natural y/o Jurídica que desee participar en el presente concurso privado deberá presentar el formulario Anexo II y/o Anexo VI según corresponda, en la Gerencia de Servicios de Salud del Sistema Municipal de Ventanilla, ubicada en el 3er. piso de Palacio Municipal. En dicho formato, se deberá necesariamente

consignar correo electrónico y dirección actual y correcta bajo responsabilidad del postor.

VII.- REQUISITOS PARA SER PARTICIPANTE. -

- Ser Personas Naturales y/o Jurídicas, constituidas en el Perú, que se hayan registrado según el Anexo II y/o Anexo VI.
- Tener como representante a un profesional colegiado y habilitado por el colegio respectivo. El profesional de la salud tendrá a su cargo la coordinación de los aspectos vinculados a la prestación de servicios y ejecución del contrato.
- No encontrarse impedido para contratar con la entidad, ya sea como personas naturales y/o jurídicas, por haber celebrado contrato con la entidad bajo alguna modalidad contractual y que hayan sido resueltos por incumplimiento imputable a aquella.
- No estar sancionado y/o inhabilitado por alguna entidad pública, para contratar con el estado y/o ejercer la función pública.

VIII.- SOBRE LA FORMULACION Y ABSOLUCION DE CONSULTAS. -

A través del formulario Anexo IV, los participantes podrán solicitar la aclaración de cualquiera de los extremos planteadas en las presentes Bases Administrativas, en el lugar, fecha y dentro del horario establecido en el cronograma del proceso.

IX.- SOBRE INTEGRACION DE LAS BASES. -

La Comisión Evaluadora Permanente deberá integrar y publicar en la página web de la entidad y/o en los establecimientos del Sistema de Salud Municipal, las bases integradas que tuvieron lugar al absolver las consultas que pudieran haberse recibido.

X.- SOBRE LA PRESENTACION DE PROPUESTAS. -

El participante presentará su propuesta según el Anexo VII, ante la Gerencia de Servicios de Salud del Sistema de Salud Municipal de Ventanilla, en la dirección, día y horario señalado en el cronograma de la presente convocatoria.

La Presentación de Propuesta deberá de contener en sobre cerrado lo siguiente:

1. CV debidamente documentado del participante.
2. Declaración Jurada de cumplimiento de requisitos (condiciones de contratación y requerimiento técnicos mínimos), según Anexo I.
3. Declaración Jurada de no estar impedido para contratar con el Estado Peruano, según Anexo V.
4. La Propuesta Económica.

Asimismo, cabe señalar que la documentación presentada debe estar debidamente foliado y el sobre deberá tener el siguiente rótulo:

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE VENTANILLA SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA</p> <p style="text-align: center;">CONCURSO PRIVADO PARA LA CONTRATACIÓN DE ASOCIACIÓN EN PARTICIPACION DE LA ESPECIALIDAD MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EL POLICLINICO MUNICIPAL QURA</p> <hr style="width: 10%; margin: auto;"/> <p>NOMBRE Y APELLIDO DE POSTULANTE Y/O DENOMINACION DE EMPRESA :</p> <p>DNI N° Y/O RUC:</p> |
|---|

XI.- ADJUDICACION. -

El acto de adjudicación será público. Se podrá contar con la presencia de un representante de la sociedad civil, quien participará como veedor y deberá suscribir el acta correspondiente. La ausencia de dicho representante, no vicia el proceso.

Se inicia cuando la comisión evaluadora apertura los sobres cerrados comprobando que los documentos presentados por cada postor, sean los solicitados en las bases y; evalúa las propuestas planteadas por los participantes.

En caso que se haya presentado un solo participante, se le adjudicará el ítem al que postula. En caso, se hayan presentado más de dos participantes, se adjudicará a la persona natural y/o jurídica que ofrezca mayor porcentaje de participación a favor del Sistema de Salud Municipal o aquel que cubra la mayor cantidad de especialidades descritas en los ítems.

En el caso de empate, se procederá al desempate por un periodo de puja, a través de lances verbales en el mismo acto público, adjudicándose al que realice mejor oferta – cabe indicar que el participante que no asista al acto público perderá tal derecho.

Asimismo, en el caso que no se haya registrado ningún participante al concurso privado, el proceso se declarará desierto.

La comisión podrá suspender el acto público, por razones debidamente justificadas debiendo publicar la nueva fecha en la página web y lugares visibles de la sede del Sistema de Salud Municipal.



XII.- SOBRE EL CONTRATO Y SU EJECUCION. -

Dentro de los dos (2) días hábiles de otorgada la Buena Pro, la Gerencia de Servicios de Salud del Sistema de Salud Municipal, citará al participante adjudicado para que suscriba el contrato otorgándole un plazo máximo de cinco (5) días calendarios para tal efecto.

Para la suscripción del contrato, el adjudicado deberá presentar la siguiente documentación:

1. Copia del DNI del participante o representante legal del participante.
2. Copia simple de la ficha registral donde conste el poder del representante legal en caso de Persona Jurídica.
3. Documentos del profesional de la salud – Título Profesional, Certificado de Colegiatura y Certificado de Habilitación Profesional.
4. Ficha de RUC.
5. Autorización de emisión de comprobantes de pago.

La documentación deberá ser presentada en la Gerencia de Servicios de Salud del Sistema de Salud Municipal.



CONDICIONES DE CONTRATACION

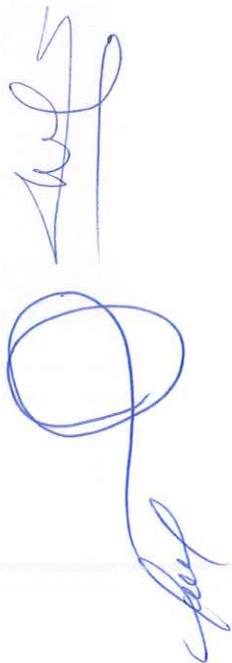
Para la presente contratación, el participante deberá de tener en cuenta las siguientes condiciones del Sistema de Salud Municipal de Ventanilla:

1. El porcentaje de participación a favor del Sistema de Salud Municipal de Ventanilla, será no menor del 20 por ciento, del monto bruto del ingreso mensual.
2. El ASOCIADO, deberá de realizar el acondicionamiento físico del servicio, con la totalidad de equipos y personal propuesto, en el plazo de (03) tres días calendario, computados desde el día siguiente de firmado el contrato.
3. El ASOCIADO, deberá de brindar prestaciones de salud, según las tarifas que el Sistema de Salud Municipal tiene definidas.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'S' followed by a large circular flourish and a trailing line.

ANEXOS

| | |
|-----------|--|
| Anexo I | Declaración Jurada cumplimiento de requisitos exigidos. |
| Anexo II | Solicitud de registro en el concurso (persona natural) |
| Anexo III | Información Adicional. |
| Anexo IV | Formulación de consultas. |
| Anexo V | Declaración Jurada de no estar impedido para contratar con el Estado Peruano. |
| Anexo VI | Ficha de Registro de participante (persona jurídica) |
| Anexo VII | Propuesta Económica |

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'P' followed by a cursive name.

ANEXO I

DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTOS DE REQUISITOS

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE

Presente. -

Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA".

De mi consideración:

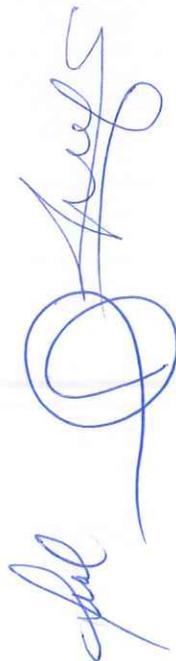
Por medio de la presente
Con RUC N°y domicilio en

Debidamente representado por identificado con N° de DNI, declaro que cumplo con los requisitos exigidos en las Bases Administrativas para la participación en el presente concurso.

Sin otro particular quedamos de Usted.

.....
Representante Legal

N.º DNI



ANEXO II

SOLICITUD DE REGISTRO EN EL PROCESO

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE

Presente. -

Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA".

De mi consideración:

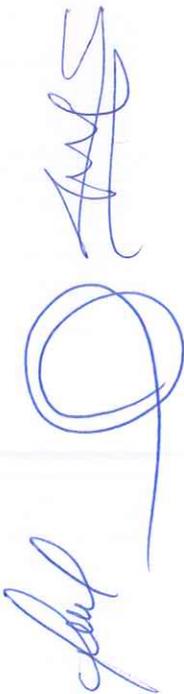
Por medio de la presente
Con RUC N° y domicilio en

Debidamente representado por identificado con N° de DNI, declaro mi firme interés de participar en el presente concurso privado por lo que solicitamos nuestro registro.

Sin otro particular quedamos de Usted.

.....
Representante Legal

N.º DNI.....



ANEXO III

REQUERIMIENTO DE INFORMACION ADICIONAL

SEÑOR

Presente. -

Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA".

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted en atención al asunto de la referencia con la finalidad de informarle que, a fin de realizar una completa y adecuada evaluación de su propuesta, se requiere en un plazo de 01 día hábil, presente la información adicional que se detalla a continuación:

- A.
- B.
- C.
- D.

Cabe indicar que de no cumplir dentro del plazo otorgado la información requerida, se procederá a rechazar la pretensión presentada.

Atentamente,

LA COMISIÓN EVALUADORA PERMANENTE

ANEXO IV

FORMULACIÓN DE CONSULTAS

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE

Presente. -

Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA".

De mi consideración:

Por medio de la presente, con R.U.C. y domicilio en debidamente representado por Identificado con N° de D.N.I. expongo las siguientes consultas sobre las Bases Administrativas.

- A.
- B.
- C.
- D.

Atentamente,

Representante Legal

N.º DNI.....

ANEXO V

DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO
PERUANO

Yo: _____,
identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____, domiciliado en

s
ujetándome a lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo
General, declaro bajo juramento:

- ✓ No estar inhabilitado para ejercer la función pública por sentencia judicial o por resolución del Congreso de la República ni por ninguna otra entidad pública.
- ✓ No haber sido inhabilitado para contratar con el Estado;
- ✓ No estar inmerso en causal de impedimento para el ejercicio de la función pública.

Lugar y fecha : _____

Firma : _____

D.N.I : _____

FIRMA



ANEXO VI

| REGISTRO DE PARTICIPANTES | |
|---------------------------|---|
| | "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA". |

EMPRESA:

REPRESENTANTE LEGAL:

D.N.I REPRESENTANTE LEGAL:

R.U.C. DE LA EMPRESA:

DOMICILIO LEGAL:

EMAIL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

AUTORIZO NO AUTORIZO

al Sistema de Salud Municipal de Ventanilla a notificarme vía correo electrónico en cualquier estado del proceso.

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL REGISTRO:

D.N.I. DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL REGISTRO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE
Nº D.N.I.

ANEXO VII
PROPUESTA ECONÓMICA

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE

Presente.-

Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA" O "CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA".

De mi consideración:

Por medio de la presente, con R.U.C. y domicilio en debidamente representado por Identificado con N° de D.N.I. declaro mi firme propósito de participar en el presente concurso privado, siendo mi propuesta económica la siguiente:

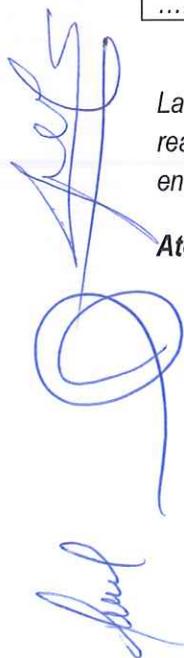
| TIPO DE CONTRATO | PORCENTAJE | |
|---|------------|--------------|
| Asociación en Participación para la prestación de servicios de salud en la especialidad médica de | _____ % | EL ASOCIADO |
| | _____ % | EL ASOCIANTE |

La propuesta económica incluye el porcentaje del monto bruto del resultado de las atenciones que se realicen mensualmente en la especialidad médica de en de Ventanilla.

Atentamente,

Representante Legal

N.º DNI.....





Municipalidad Distrital de Ventanilla

TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACION DE UNA PERSONA NATURAL O JURIDICA, PARA REALIZAR LOS SERVICIOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EL POLICLINICO MUNICIPAL QURA VIRGEN DE GUADALUPE

FINALIDAD:

Contratar a una persona Natural o Jurídica, para realizar servicios como médico especialista en el consultorio de Otorrinolaringología para el Policlínico Municipal Qura Virgen de Guadalupe de la Gerencia de Servicios de Salud del Sistema de Salud Municipal.

PERFIL PROFESIONAL:

- Título profesional de Médico Cirujano, colegiado y con habilidad vigente.
- Título de especialista en Otorrinolaringología, con Registro Nacional de Especialista.
- Cursos de actualización en el ámbito de la especialidad.
- Actitud de atención y servicio al paciente.
- Proactivo, responsable y dinámico con capacidad de resolver casos complejos.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

- Atención ambulatoria en el consultorio externo de Otorrinolaringología.
- Diagnosticar y realizar tratamiento para las patologías más frecuentes de la especialidad.
- Realización de pruebas otoneurológicas, audiometría y emisiones otacústica.
- Realizar intervenciones quirúrgicas y actividades asistenciales especializadas.

ÁREA USUARIA:

Gerencia de Servicios de Salud.