



CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIO DE PERSONAL MEDICO

02 MEDICOS CON ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA.
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGIA
04 MEDICOS CON ESPECIALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA
02 MEDICOS CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN NEUROLOGIA.
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA.
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGIA
01 MEDICO CON ESPECIALIDAD EN GERIATRIA.

CRONOGRAMA

	ETAPA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	LUGAR
1	CONVOCATORIA	11/06/2025	11/06/2025	Página web del HR "MNB"-Puno.
2	PRESENTACION DE DOCUMENTOS (Curriculum vitae documentado de acuerdo a los términos de referencia)	12/06/2025 De 08:00 am.	16/06/2025 Hasta las 12:00 pm	Mesa de partes de la entidad
3	EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN	16/06/2025	16/06/2025	Unidad de Abastecimiento
4	PUBLICACIÓN DE RESULTADOS Y ADJUDICACION	16/06/2025	16/06/2025	Pagina web .

Presentación de Expediente:

- Solicitud dirigida al director del Hospital Regional MNB
- Registro Único de contribuyentes RUC
- Registro Nacional de Proveedores RNP
- Documentación de acuerdo a lo solicitado en los TDR
- Anexos.



GOBIERNO
REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

HOSPITAL REGIONAL
"MNB" DE PUNO

UNIDAD DE
ABASTECIMIENTOS

FORMATO N° 06

CARTA AUTORIZACIÓN CCI

(Para el pago con abonos en la cuenta bancaria del proveedor)

Puno, dedel

Señores

Unidad de Abastecimiento

Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno.

Presente.-

Asunto: **Autorización para el pago con abonos en cuenta.**

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa y/o persona natural a la cual represento es el (.....), y siendo el titular con DNI N °



Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el **Banco**.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, boleta y/o Recibo por Honorarios a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Nota: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC



GOBIERNO
REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

HOSPITAL REGIONAL
"MNB" DE PUNO

UNIDAD DE
ABASTECIMIENTOS

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA

Por el presente documento yo.....Identificada
(o) con **DNI N°**....., domiciliada (o)
ante usted me presento y digo.

DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Publica 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.
- ✓ No tener impedimento de contratar con el estado.
- ✓ No tener inhabilitación vigente 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 y judicial vigente con el estado, impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
- ✓ No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- ✓ No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- ✓ 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.
- ✓ Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.



En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Nombre y Apellidos:
DNI:

Puno,..... de del



GOBIERNO
REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

HOSPITAL REGIONAL
"MNB" DE PUNO

UNIDAD DE
ABASTECIMIENTOS

FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documento yo.....Identificada
(o) con **DNI N°**....., domiciliada (o)
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.



Nombre y Apellidos:
DNI:

Puno,..... de del



GOBIERNO
REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

HOSPITAL REGIONAL
"MNB" DE PUNO

UNIDAD DE
ABASTECIMIENTOS

FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGUN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Por el presente documento yoIdentificada
(o) con **DNI N°**, domiciliada (o)
En.....; al amparo de lo dispuesto por los artículos
48° y 49° del Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del procedimiento Administrativo
General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos.

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

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

1.- Existe Vinculación ()

2.- No existe Vinculación ()

En caso de haber marcado la alternativa numero uno (1), detallar en 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 de consanguinidad (primer grado de consanguinidad; padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad hermanos entre si; Tercer grado de consanguinidad; abuelos y nietos / sobrino (a) y tío (a). Cuarto grado de consanguinidad; primos hermanos entre si, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad, Esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad; cuñados entre si.
	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 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.

Puno,..... de del

Nombre y Apellidos:

DNI: