

GOBIERNO REGIONAL DE ICA



Dirección Regional de Salud- Ica Hospital Santa María del Socorro- Ica Resolución Directoral



N° *138*-2016-HSMSI/U.LOG

Ica, *20* de Abril del 2016

VISTO:

El Memorando N° 131-2016-HSMSI/D.ADMINISTRATIVA, proveído N° 242-2016-D.ADMINISTRATIVA donde se autoriza realizar los trámites administrativos correspondientes para convocar a Concesión el Cafetín ubicado en el cuarto piso; Memorando N° 222 -2016-HSMSI/D.ADMINISTRATIVA donde se autoriza realizar los actos preparatorios y se proyecte la resolución de conformación del comité que tendrá a cargo llevar la concesión del Cafetín del Cuarto Piso del Hospital Santa María Del Socorro.

CONSIDERANDO:

Que, con la finalidad de llevar a cabo el proceso de Concesión del Cafetín del cuarto piso del Hospital Santa María del Socorro de Ica; es necesario la conformación de un comité a fin de conducir el proceso de concesión desde la convocatoria hasta el otorgamiento de los resultados finales;

Que, de conformidad con las facultades conferidas por la ley de N° 27783 Ley de bases de la Descentralización, ley N° 27902 Ley que modifica la Ley orgánica de los Gobiernos Regionales, Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto y la Ley N° 30372 Ley del Presupuesto del Sector Publico para el año Fiscal 2016;

Estando informado por la Unidad de Logistica y con la opinión favorable de la Dirección Administrativa del Hospital Santa María del Socorro de Ica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Designar el Comité para el proceso de Licitación del Cafetín del cuarto Piso del Hospital Santa María del Socorro de Ica, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:

Dr. Jimmy Fernández Carbajal	Presidente
Lic. Adm. José Baltazar Trigozo Sopán	Miembro
Sr. Gustavo Uculmana Pereyra	Miembro

ARTICULO TERCERO.- Notifíquese el presente Acto Resolutivo a los miembros designados y a los estamentos correspondientes para su conocimiento y fines pertinentes, así mismo deberá publicarse en la página Web de la Institución

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

CAaR/DE-HSMSI
OJCH/MIDA-HSMSI
JBTS/J-ULOG-HSMSI

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Firma]
Dra. Carmen Rosa Alvarez de Remos
DIRECTORA EJECUTIVA

**BASES PARA LA CONCESION DEL CAFETIN DEL
CUARTO PISO DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO DE ICA**



ICA, ABRIL DEL 2016

I. GENERALIDADES

1.1 OBJETIVO Y FINES

El presente proceso tiene la por objeto seleccionar a la persona natural o jurídica que proponga la oferta más conveniente para asumir la concesión del cafetín ubicado en el cuarto piso del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

La finalidad del presente proceso es para que el Hospital Santa María del Socorro de Ica otorgue un ambiente para el cafetín, la misma que estará exclusivamente destinada a brindar servicios de alimentos.

1.2 LOCAL EN CONCESION

El presente proceso de concesión comprende un (01) cafetín ubicado en el cuarto piso del Hospital Santa María del Socorro de Ica, sito en calle Castrovirreyña N° 759 – cercado de Ica;

1.3 BASE LEGAL

- Ley de N° 27783 Ley de bases de la Descentralización.
- Ley N° 27902 Ley que modifica la Ley orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 30372 Ley del Presupuesto del Sector Publico para el año Fiscal 2016;
- Ley N° 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Resolución Ministerial N° 363-2005/MINSA que aprueba normas Sanitarias para el Funcionamiento de Restaurantes y Servicios Afines.

1.4 PLAZO Y MONTO DE LA OFERTA

El plazo de la concesión será a partir de la suscripción del contrato hasta el 31 de diciembre del 2017.

El Monto base para la concesión del Cafetín asciende a la suma de S/. 900.00 (Novecientos con 00/100 Soles) en forma mensual, pago que se efectuara a favor del Hospital Santa María del Socorro de Ica, la misma que será depositada en las cuenta corriente N° 601-019-329 Fuente de Financiamiento : Recursos Directamente Recaudados.

Los pagos serán de manera mensual, por adelantado, debiendo cancelar a mas tardar el día cinco (05) de cada mes. Así mismo el ganador deberá de depositar en calidad de garantía en valor de un (01) mes de alquiler, al momento de la suscripción del contrato, con el fin de conservar las buenas condiciones del ambiente y otros daños que pudiera

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ocasionar en las instalaciones del cafetín. La misma quesera devuelta dentro de los 15 días siguientes del término de contrato.

1.5 HORARIO

La atención en el cafetín será a partir de las 7:00 a.m. hasta las 23:00 horas.

1.6 COSTO DE LAS BASES

El costo será de S/. 50.00 con 00/100 nuevos soles las mismas que debe ser cancelada en efectivo en el área de Caja del Hospital Santa María del Socorro de Ica

II. DEL PROCESO DE SELECCIÓN

2.1 DE LA CONVOCATORIA

La convocatoria y las bases del proceso serán publicadas en la página Web del Hospital Santa María del Socorro de Ica (www.hospitalsocorroica.gob.pe).

2.2 REQUISITOS PARA SER POSTOR

Se considera como postor a las personas naturales o jurídicas que presenten sus propuestas en las fechas establecidas y cumplan con los requisitos en las bases:

- Tener RUC vigente relacionado con el objeto de la convocatoria.
- No tener impedimentos y sanciones relacionado con el objeto de la convocatoria.
- No tener parentesco con los integrantes de la comisión del presente proceso.
- Haber adquirido las bases del proceso.
- La participación del postor implica su pleno sometimiento al cumplimiento de las bases.
- El postor podrá participar en el proceso personalmente o traves de su representante legal debidamente acreditado mediante carta poder simple y copia de DNI.
- El participante deberá de mantener su oferta durante todo el proceso de concesión la misma que culmina con la suscripción del contrato.

2.3 CRONOGRAMA

DESCRIPCION	FECHA	HORA
Convocatoria	21/04/2016	
Inscripción en la Oficina de Logística- HSMSICA	22 de Abril del 2016	De 08:00 a 15:00 horas

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

presentación de Propuestas en Sobres Cerrado en la Oficina de Logística- HSMSICA	25/04/2016	De 08:00 a 16:00 horas
Apertura de sobres y Calificación de Propuestas	26 de Abril del 2016	08:00 horas
Publicación de Resultados	26 de Abril del 2016	11:00 horas
Firma de Contrato	27 de Abril del 2016	
Entrega de Ambiente al concesionario ganador	28 de Mayo del 2016	

2.4 DEL CONTENIDO DE LOS SOBRES CERRADOS A PRESENTAR

2.4.1 PROPUESTA TECNICA SOBRE N° 01 – DEBERA DE CONTENER:

- Solicitud para participar en la convocatoria
- Declaración Jurada de datos del postor de acuerdo al anexo N° 01.
- Copia simple del Registro RUC vigente (activo- habido) relacionado con el objeto del proceso.
- Declaración jurada de no tener impedimento para contratar con el estado anexo N° 02
- Declaración jurada de no tener parentesco con los integrantes de la comisión evaluadora anexo N° 03.
- Relación del menú semanal variado y los platos extras con precios establecidos anexo N° 04
- Declaración Jurada de Deposito de Garantía y Pago por adelantado Anexo N° 04
- Declaración Jurada indicando la relación de menaje completo para aproximadamente 100 comensales anexo N° 06.
- Declaración Jurada de relación de equipos electrodomésticos para el servicio a brindar anexo N° 07.
- Declaración jurada indicando el número de personal para la atención del cafetín. Anexo N°08. adjuntar copia del DNI y el carnet de Salubridad actualizado.
- Declaración jurada indicando el horario del almuerzo anexo 09
- Comprobante de Deposito en la cuenta Corriente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

2.4.2 PROPUESTA ECONOMICA SOBRE N° 02 DEBEREA DE CONTENER:

Carta de propuesta económica mediante anexo N° 05

La no presentación de los documentos solicitados, dara lugar a la descalificación automática del postor.

2.5 FORMA Y PRESENTACION DE PROPUESTAS

La propuesta será presentada en la oficina de Logística del HSMSI, en los plazos y horarios establecidos en las bases, mediante dos sobres cerrados.

2.6 INTERPRETACION DE LAS BASES

La comisión evaluadora es el único órgano encargado autorizado para interpretar las bases, durante el proceso y las decisiones que se toman son de carácter inapelables.

2.7 PRORROGA O POSTERGACION DEL PROCESO

Se podrá postergar o prorrogar el proceso, por causas justificadas, las cuales serán informadas en los mismos medios en que se realizó la convocatoria y/o a los correo electrónico

2.8 DEL CONTRATO Y LA SUPERVISION

El control y supervisión del servicio estará a cargo de la Dirección Ejecutiva, Dirección Administrativa y la Unidad de logística de forma inopinada.

2.9 GARANTIA DEL SERVICIO

Si en el proceso del servicio se encontrará observaciones se dejara constancia de ellas en acta observación, lo cual el concesionario esta en la obligaciones de subsanarlas en un plazo de 48 horas como máximo, siendo causal de resolución del contrato el incumplimiento del levantamiento de observaciones, debiendo de aplicar la penalidad considerada en el numeral 3.5

- Que el personal del concesionario no cuente con el certificado de salud expedido por el MINSa, así como antecedentes policiales.
- Que, el concesionario no cuente con el libros de reclamaciones.

2.10 CONDICIONES DE SALUBRIDAD

- El aceite usado no deberá de echado al lavatorio, este deberá ser almacenado en un recipiente adecuado para luego ser desechado.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

- Mantener la higiene durante la preparación y atención de los alimentos.
- Usar mandiles o guardapolos, mascarillas y gorro durante la preparación y atención.
- Los precios deberán de estar en un lugar visible así como en las respectivas cartas.
- Los utensilios deberán de mantenerse limpios.
- Mantener los ambientes y mobiliarios limpios y desinfectados.
- Ofrecer productos de calidad.
- Ofrecer frutas frescas y variadas.
- No se permitirá la venta de bebidas alcohólicas y cigarrillos.
- Contar con depósitos provistos de bolsas para la recolección de los residuos y eliminarlos a diario.
- Deberá de contar con un botiquín de atención de primeros auxilios.
- Los pisos y lunas deberán de limpiarse a diario con agua y detergente.
- La refrigeradora deberá ser limpiada una vez por semana.
- El personal propuesto deberá de tener un examen médico cada 06 meses.
- Los trabajadores que sufran de alguna enfermedad infectocontagiosa serán separados.
- El personal deberá tener práctica en buenos hábitos de higiene personal, tales como el aseo personal diario, uñas recortadas y limpias, cabello corto.
- Los trabajadores deberán de contar con ropa de trabajo en buen estado de conservación y limpieza, de colores claros.

2.11 DE LA COMPOSICION DE LOS ALIMENTOS EN LA HORA DE ALMUERZO

Se preparará diariamente menús para los trabajadores del Hospital Santa María del Socorro de Ica y público usuario de acuerdo a lo siguiente:

Tipos de Platos	Primer Plato	Segundo Plato	Refresco o Infusión
Menú Básico	Entrada: Ensalada o Sopa	Un plato nutritivo y balanceado, 02 opción mínima a escoger	Jugo de fruta natural o Infusión
Plato a la Carta	Deberá ser elaborados de acuerdo a la lista de precios y los pedidos por los comensales		

2.12 ELIMINACION DE RESIDUOS SOLIDOS

Los residuos sólidos deben disponerse en recipientes de plásticos, en buen estado de conservación e higiene, con tapas oscilantes o similar que evite el contacto con las

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

manos y deben tener una bolsa de plástico en el interior para facilitar la evacuación de los mismos, diferenciados en dos colores (residuos comunes bolsa negras) y (residuos de cocina color rojo).

3.- EVALUACION Y CALIFICACION DE PROPUESTAS

La evaluación se realizara en dos etapas:

3.1 EVALUACION TECNICA Y ECONOMICA

El comité evaluara y calificara cada propuesta el puntaje máximo es de 100 puntos de acuerdo al siguiente criterio.

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
Experiencia del Participantes	30
Precio Referencial y Variedad del Menú (Menús)	20
Precios referencial y variedad de Platos Extras	10
Mejoras del servicio Ofertado	10
PUNTAJE TECNICO	70

a) EXPERIENCIA DEL PARTICIPANTE

Se evaluara en función a las constancias y/o certificados por la prestaciones del servicio iguales y/o similares al objeto de la convocatoria, cada constancia deberá acreditar como mínimo tres meses de servicios efectivos.

- Más de cuatro (04) constancias y/o certificados 30 puntos
- Hasta cuatro (04) constancias y/o certificados 20 puntos
- Menos de Cuatro (04) constancias y/o certificados 20 puntos

b) PRECIOS REFERENCIAL Y VARIEDAD DEL MENU

- Almuerzo menor o igual a 8.00 soles 20 puntos
- Almuerzo mayor a 8.00 soles 10 puntos.

c) PRECIOS REFERENCIAL Y VARIEDAD DE PLATOS EXTRAS

- Platos Extras menor o igual a 12.00 soles 10 puntos

GOSBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOSBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOSBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

- Platos extras Mayor a 12.00 soles 05 puntos

d) MEJORAS DEL SERVICIO

- De tres a mas mejoras del servicio 10 puntos
- Menos de tres mejoras del servicio 05 puntos

3.2 EVALUACION ECONOMICA

La evaluación económica será en función a la oferta que presente cada participante, teniendo como monto mínimo de S/. 900.00 (Novecientos con 00/100 soles) se asignara 30 puntos a la propuesta del monto mayor y a los demás directamente proporcional.

EVALUACION ECONOMICA	PUNTAJE
Ofertas Económica	30
PUNTAJE ECONOMICO	30

3.3 ADJUDICACION DE LA CONCESION

Se adjudicara al postor que obtenga el mayor puntaje total sobre la sumatoria de la evaluación técnica y económica

3.4 DEL CONTRATO

El contrato será suscrito dentro de un (01) día hábil siguientes a la publicación de los resultados, de no presentarse perderá tal condición y se notificara al que obtuvo el segundo lugar.

3.5 DOCUMENTOS PARA LA FIRMA DEL CONTRATO

- Vigencia de poder vigente de ser el caso.
- Comprobante de depósito en la cuenta corriente del Hospital Santa María del Socorro.
- Ficha RUC actualizado.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

- Copia de DNI Vigente.
- Carnet de salubridad original.
- Antecedentes policiales del personal propuesto.

3.5 PENALIDADES

La entidad podrá aplicar penalidad correspondiente al concesionario en los siguientes casos

PENALIDAD	MONTO
El personal no tiene uniforme x un trabajador x día	30 soles
Carnet de salubridad vencido x cada trabajador x día	30 soles
No apertura el cafetín x día de no existir comunicación anticipada	50 soles

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Signature]

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Signature]

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Signature]

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO 01
INFORMACION DEL POSTOR

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe(o representante legal).....

Identificado con DNI N° con RUC N° con poder ncsrito en la localidad de En la ficha Asiento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información de mi representada se sujeta a la verdad.

Nombre o Razón Social					
Domicilio Legal					
RUC		Teléfono		Fax	
E- mail					

Ica , abril del 2016

Firma y Sello del Representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENT
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENT
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMIENTO PARA CONTRATAR
CON EL ESTADO

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°
....., RUC N°, domiciliado en la
....., que se presenta como postor en
..... declaro bajo
juramento:

- 1.- No tengo impedimento para participar en el proceso de concesion ni para contratar con el Estado..
- 2.-Conozco, acepto y me someto a las Bases, condiciones y procedimientos del proceso de selección.
- 3.-Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso de selección.
- 4.-Me comprometo a mantener mi oferta durante el proceso de selección y a suscribir el contrato, en caso de resultar favorecido con la Buena Pro.
- 5.-Conozco las sanciones contenidas en la Ley y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 03

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER PARENTESCO CON LA COMISION
EVALUADORA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA**

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°
....., RUC N°, domiciliado en la
....., que se presenta como postor en
..... declaro bajo juramento

Al amparo de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General,
DECLARO BAJO JURAMENTO que no tengo parentesco con los integrantes de la
comisión evaluadora del Hospital Santa María del Socorro de Ica, hasta el cuarto
grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad.

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal



ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE RELACION DE MENU SEMANAL

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°
....., RUC N°, domiciliado en la
....., que se presenta como postor en
..... declaro bajo juramento
que la siguiente lista de menú variado y platos extras se preparar en el cafetín:

Ica, abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DE DEPOSITO DE GARANTIA Y PAGO POR ADELANTO

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°, RUC N°, domiciliado en la, que se presenta como postor en declaro bajo juramento de ser favorecido con la buena pro me comprometo a realizar el depósito de garantía correspondiente al pago por adelantado a la cuenta corriente del Hospital Santa María del Socorro de Ica,

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Firma]

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Firma]

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

[Firma]

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA DE CONTAR CON MENAJES COMPLETOS

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°, RUC N°, domiciliado en la, que se presenta como postor en declaro bajo juramento que cuento con los enseres (menajes) completos según el siguiente detalle:

- Vajilla completa (plato hondo, tendido, taza y plato) para 100 personas.
- Cubiertos (tenedor, cuchara grande y pequeñas, cuchillo y vasos) para 100 personas.

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
200 MIEMBRO

ANEXO N° 07

**DECLARACIÓN JURADA CONTAR CON EQUIPOS ELECTRODOMESTICOS
COMPLETOS**

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°
....., RUC N°, domiciliado en la
....., que se presenta como postor en
..... declaro bajo juramento
que cuento con los equipos completos para el Servicio a brindar;

- 01 licuadora.
- 01 cocina.
- 01 Balon de gas.
- 01 Refrigeradora
- 04 Ollas grandes.
- 05 Ollas Medianas.
- 02 Sarten
- 01 plancha freidora.
- 02 microondas
- Utensilios de cocina para la preparación para 100 personas.

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA DE RELACION DE TRABAJADORES

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°, RUC N°, domiciliado en la, que se presenta como postor en declaro bajo juramento que cuento con el siguiente personal para brindar el servicio:

N°	Nombres y Apellidos	N° DNI	Especialidad

Se adjunta copia del DNI y copia de los certificados de salubridad.

Ica , abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIO DEL ALMUERZO

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

El que suscribe, identificado con DNI N°, RUC N°, domiciliado en la, que se presenta como postor en declaro bajo juramento que el almuerzo estará preparado desde las 12:30 horas dando prioridad a los trabajadores del HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Se adjunta copia del DNI y copia de los certificados de salubridad.

Ica, abril del 2016

Firma y sello del representante legal

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
1ER MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
2DO MIEMBRO

ANEXO N° 10

CARTA DE PROPUESTA ECONÓMICA

Señor:

COMITÉ DEL CONCURSO DE CONCESION DEL CAFETIN DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

Presente:

Estimado señores:

De nuestra consideración,

A continuación, hacemos de conocimiento que nuestra propuesta económica es la siguiente:

ITEM	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
01	Pago por el servicio de concesión del cafetín del Cuarto piso del HSMSI	01		

La propuesta económica incluye todos los tributos, seguros, transportes, inspecciones, pruebas, y de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar.

Ica abril del 2015

Firma y sello del representante legal
Nombre / Razón social del postor

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL PERMANENTE
MIEMBRO

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL DE APOYO PROVINCIAL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

COMITE ESPECIAL
200 MIEMBRO

