

PEC N° 001-2016-ESSALUD-GCL
EVALUACION DE EXPRESION DE INTERES: CLINICA DE ENFERMEDADES RENALES GRAU SAC

| REQUISITOS | CLINICA DE ENFERMEDADES RENALES GRAU SAC | | |
|---|--|-----------|-------------|
| | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIÓN |
| DIRECTOR MEDICO | | | |
| TITULO PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO | SI | | |
| REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 5 AÑOS COMO NEFROLOGO | SI | | |
| DECLARACION JURADA | SI | | |
| ENFERMERA JEFE | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE ENFERMERA | SI | | |
| TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA NEFROLOGICA O CONSTANCIA DE EGRESADO | SI | | |
| COLEGIATURA | SI | | |
| CONSTANCIA HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 3 AÑOS EN HEMODIALISIS | SI | | |
| DECLARACION JURADA | SI | | |
| MEDICO ASISTENCIAL | | | |
| TITULO PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO | SI | | |
| REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| ENFERMERO ASISTENCIAL | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE ENFERMERO | SI | | |
| COLEGIATURA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 6 MESES EN ATENCION DE HEMODIALISIS | SI | | |
| TECNICO EN ENFERMERIA PARA SALA DE TRATAMIENTO | | | |
| CERTIFICADO O TITULO A NOMBRE DE LA NACION O EQUIV. DE INSTITUTO SUPERIOR | SI | | |
| EXPERIENCIA: 3 MESES EN HEMODIALISIS | SI | | |
| TECNICO EN ENFERMERIA SALA DE CEBADO | | | |
| CERTIFICADO O TITULO A NOMBRE DE LA NACION O EQUIV. DE INSTITUTO SUPERIOR | SI | | |
| EXPERIENCIA: 3 MESES EN HEMODIALISIS | SI | | |
| PROFESIONAL DE APOYO | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA | SI | | |
| COLEGIATURA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 6 MESES EN MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA | SI | | |
| PSICOLOGO | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE PSICOLOGIA | SI | | |
| COLEGIATURA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 6 MESES EN MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA | SI | | |
| TRABAJADOR SOCIAL | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL | SI | | |
| COLEGIATURA | SI | | |
| CONSTANCIA DE HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE | SI | | |
| EXPERIENCIA: 6 MESES EN MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA | SI | | |
| PROFESIONAL TECNICO MANTENIMIENTO MAQUINAS | | | |
| TITULO PROFESIONAL DE TECNICO EN ELECTRONICA | SI | | |
| EXPERIENCIA: 3 MESES MANEJO DE EQUIPOS DE HEMODIALISIS | SI | | |
| PERSONAL DE LIMPIEZA | | | |
| ESTUDIOS ESCOLARES (PRIMARIA COMPLETA) | SI | | |
| CONOCIMIENTOS BASICOS DE BIOSEGURIDAD | SI | | |
| VACUNA CONTRA TETANO Y HEPATITIS B | SI | | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| CLINICA DE ENFERMEDADES RENALES GRAU SAC | SE DECLARA ELEGIBLE LA PROPUESTA. |
|---|-----------------------------------|


 Gloria Marlene
 Arquino Jaime
 Presidente


 Sergio Acuña Machado
 Resazza
 Miembro


 José Cisneros Reátegui
 Miembro

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACION N° 01-2016-ESSALUD/GCL

| | CLINICA DE ENFERMEDADES RENALES GRAU S.A.C. |
|---|--|
| DECLARACIÓN JURADA: DATOS DE IPRESS | SI |
| DECLARACIÓN JURADA: CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES DS 017-2014 | SI |
| PROMESA DE CONSORCIO | NO APLICA |
| DECLARACIÓN JURADA: PLAZO DE PRESTACION | SI |
| DECLARACIÓN JURADA: ACEPTACION DE TARIFA | SI |
| DECLARACIÓN JURADA INFORMACION DEL PERSONAL | VER ADJUNTO |
| COPIA DE CERTIFICADO IPRESS | SI |
| COPIA DOCUMENTO EXPEDIDO POR AUTORIDAD DE SALUD | SI |
| COPIA CONSTANCIA RNP | SI |

| | | |
|---|--|--|
|  Gloria Marlene Arquinigo Jaimes Presidente |  Sergio Agustín Machado Rosazza Miembro |  José Cisneros Reátegui Miembro |
|---|--|--|