



PERU

Gobierno
Regional Puno

Dirección Regional de
Salud Puno



FORMATO N° 02
TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1.- SOLICITANTE	
Área usuaria	Dirección Ejecutiva de promoción de la salud y Dirección ejecutiva de salud de las personas DIRESA Puno
2.- DESCRIPCION DEL SERVICIO	
Denominación	
Coordinación territorial local y monitoreo para la implementación de la "Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa" y seguimiento a la entrega del "Paquete de Servicios Priorizados."	
Finalidad publica	
La Dirección de Promoción de la Salud, prevé la contratación de servicio de tercero para la coordinación territorial local y monitoreo para la implementación de la "Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa" y seguimiento a la entrega del "Paquete de Servicios Priorizados, en el marco de la RM 069-2020-MIDIS.	
Antecedentes	
A través del Decreto Supremo N° 005-2020-MIDIS se estableció el diseño de la red de protección. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), mediante el Decreto Supremo N° 005-2020-MIDIS, estableció el diseño de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, en el marco de la emergencia sanitaria para la prevención y control del coronavirus (COVID-19) en este grupo vulnerable. La resolución ministerial N° 069- MIDIS autoriza la transferencia financiera del pliego 040 del ministerio de desarrollo inclusión social a favor del ministerio de salud y poblaciones vulnerables de los gobiernos regionales y gobiernos locales para la organización y desarrollo de un servicio de visitas domiciliarias y seguimiento nominal en sus jurisdicciones para la implementación de la red de soporte del adulto mayor con alto riesgo y persona con discapacidad severa.	
Objetivo de la contratación	
Contar con los servicios de 01 profesionales de la salud (gestores local) para realizar la coordinación territorial local y monitoreo para la implementación de la "Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa", y seguimiento a la entrega del "Paquete de Servicios Priorizados, en articulación con las instancias involucradas del MINSA, MIDIS, MIMP y la Instancia de Articulación Local (IAL) de los gobiernos locales de los distritos focalizados.	
Términos de referencia	
1. PERFIL MÍNIMO REQUERIDO	
<ul style="list-style-type: none">• Profesional 01 Lic. en enfermería• Experiencia mínima de un año en la implementación y/o seguimiento y/o articulación de programas y/o servicios de: educación, comunicación, estadística o salud y/o proyectos sociales o afines, para el sector público o privado.	

DOCUMENTOS A PRESENTAR

TERMINOS DE REFERENCIA-TDR

- 1 ANEXO 1
- 2 ANEXO 2
- 3 ANEXO 3
- 5 **Anexo 4 FORMATO DE SOLICITUD DE COTIZACION**
- 6 COPIA DE DNI
- 7 REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES-RNP
- 8 CONSULTA RUC
- 09 RESOLUCION DE SERUMS
- 10 HABILITACION PROFESIONAL VIGENTE
- 11 TITULO PROFESIONAL
- 12 CURRICULUM VITAE DESCRIPTIVO
CV SUSTENTANDO EN ORDEN QUE INDICA EL PERFIL DEL TDR
- 13 (Toda la documentación requerida ,enviar en un solo archivo PDF)

3.- PRESTACION DE SERVICIO

Lugar de ejecución

LUGAR: Departamento de Puno , Provincia de san Román- RED de Salud san Román

DISTRITOS: Juliaca y San Miguel

Plazo de ejecución

El servicio se ejecutará en un plazo de hasta 60 días calendario, computado a partir del día siguiente de la recepción de la Orden.

Plazo máximo de responsabilidad del contratante

El servicio se ejecutará en un plazo de hasta 60 días calendario, computado a partir del día siguiente de la recepción de la Orden.

Entregables resultados

1. PRODUCTOS

PRIMER ENTREGABLE: Hasta 30 días calendarios el cual empieza a regir del día siguiente de notificada la Orden de Servicio

a. Informe que contiene:

Matriz 1: Coordinación territorial local y monitoreo de la "Red de la PAMAR y PcDS" que incluye:

- a. Verificación de la entrega del paquete priorizado de salud realizada por el actor social a los Adultos Mayores con Riesgo y las Personas con Discapacidad Severa.
 - Consejería /orientación de prácticas saludables para prevenir el contagio y mitigar los efectos de la infección por coronavirus (COVID-19)
 - Identificación de signos y síntomas reportados por el actor social.
 - Inmunización recibida a los Adultos Mayores con Riesgo y las Personas con Discapacidad Severa (neumococo e influenza, según esquema de vacunación vigente)
 - Seguimiento de casos probables e investigaciones de contactos intradomiciliarios.
- b. Seguimiento a la gestión de la Red de PAMAR y PcDS

- Capacitación a los actores sociales de las municipalidades sobre las orientaciones de promoción de la salud en la familia y comunidad.
 - Reuniones de coordinación en la Instancia de Articulación Local (IAL), para acciones de la Red de PAMAR y PcDS.
 - Identificación de posibles situaciones contrarias a los protocolos de la atención oportuna de las (PAMAR) y (PcDS), y registro de alertas inmediatas a su Gestor/a Territorial.
 - Recepción y validación de la información para alimentar el padrón de PAMAR y PCDS proporcionado por el MIDIS para las visitas domiciliarias a los distritos asignados.
- c. Monitoreo de los reportes de problemas en la salud respiratoria u otras necesidades de la PAMAR y PcDS
- Direccionamiento de la necesidad de abastecimiento de medicamentos y atenciones de salud en el territorio con articulación en los EESS.
 - Reporte y seguimiento de incidencias presentadas con el uso del aplicativo informático no resueltas a la fecha del primer entregable.
 - Derivación de reporte de PAMAR y PcDS con signos y síntomas de alarma.
 - Retroalimentación de atención efectiva de los signos y síntomas identificados por el gestor local.
 - Otras acciones de asistencia técnica que se hayan llevado a cabo.

SEGUNDO ENTREGABLE: Hasta 60 días calendarios el cual empieza a regir del día siguiente de notificada la Orden de Servicio.

- a. Cumplimiento de los literales a, b y c del primer entregable para el periodo correspondiente en la Matriz 1.
- b. Matriz 1 con la información correspondiente a los dos meses del servicio prestado.
- c. Conclusiones y recomendaciones.

Otras obligaciones del contratista (*)

Ninguna.

Coordinaciones

Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, coordinación Regional de inmunizaciones, coordinación Regional adulto mayor y discapacidad, RED de salud San Román, Gestores MINSA, MIDIS.

Supervisión

Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, Coordinación Regional de inmunizaciones, Coordinación Regional adulto mayor y discapacidad, red de salud San Román, Gestor MINSA.

Conformidad

La conformidad de la prestación será emitida en un plazo no mayor de diez (10) días calendario y suscrita por la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud DIRESA Puno, y el visto bueno de la Dirección Ejecutiva de salud de las personas, de existir observaciones, será notificado EL CONTRATISTA, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no podrá ser menor de dos (2) ni mayor de diez (10) días calendario, dependiendo de la complejidad.

CONDICIONES Y MODALIDADES DE PAGO

LA DIRESA PUNO se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en un plazo no mayor de quince (15) días calendario luego de la recepción de la conformidad emitida por la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, en pagos parciales iguales.

5.- OTROS**Propiedad intelectual**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, La DIRESA PUNO le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la Orden, para dicho efecto tomará como referencia la fórmula establecida en el artículo 133 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Confidencialidad(*)

Las obras, creaciones intelectuales, científicas, entre otros, que se hayan realizado en el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, son de propiedad de LA ENTIDAD. En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente requerimiento son cedidos a LA ENTIDAD en forma exclusiva.

El CONTRATISTA no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera del Ministerio de Salud salvo autorización expresa de LA ENTIDAD, la información proporcionada por ésta para la prestación del servicio y, en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

Penalidad aplicable

De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado.



[Handwritten signature]
Lia Soledad García Mayta
DIRECCIÓN REGIONAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS
PUNO

Área Usuaria (Responsable de la Meta SIAF)



"Año de la Universalización de la salud"

**ANEXO 1
DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Apellidos: _____ Nombres: _____

Documento de Identidad: _____ Dependencia: _____

Domicilio: _____

Provincia/Departamento: _____ Fecha de declaración: _____

Vínculo con la entidad: Nombrado () Designado () Contratado ()

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
 - a) Ley No. 26771, publicado el 15.04.97, que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco.
 - b) Decreto Supremo No. 021-2000-PCM, publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - c) Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - d) Decreto Supremo No. 034-2005-PCM, publicado el 07.05.05, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de nepotismo.
2. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO que _____ (indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador(es) del Ministerio de Salud.
3. No encontrarme impedido para participar en la contrataciones públicas, conforme a lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado, modificado mediante Decreto Legislativo N° 1341.
4. En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

**APELLIDOS Y NOMBRES
PARENTESCO**

DEPENDENCIA

- a)
- b)
- c)

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley No 26771, incorporado mediante Decreto Supremo No. 034-2005-PCM.

Puno, ____ de _____ del 2020.

.....
FIRMA DEL DECLARANTE



"Año de la Universalización de la salud"

ANEXO 2

DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

El que suscribe identificado con DNI N°
..... RUC N° y con domicilio real en
..... Estado civil
natural del Distrito de Provincia de Departamento
de que, al amparo por el Artículo 41° de la Ley N° 27444 –Ley del Procedimiento
Administrativo General y en aplicación del principio de la Presunción de Veracidad.

DECLARO BAJO JURAMENTO y responsabilidad que:

1. No tener vínculo laboral o prestar servicios bajo cualquier modalidad con otra Institución Pública o dependencia del MINSA.
2. No estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley 28175, es decir, no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de Institución Pública.
3. No percibo ingresos, según lo dispuesto en el Art. 7 del Decreto de Urgencia N° 020-2006
4. No tener impedimento administrativo para ser contratado por Locación de Servicios en entidades públicas (Inhabilitado)
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.

La presente Declaración Jurada 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 los artículos 411° y 438° del Código Penal, que establece: será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando la presunción de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad.

En fe de lo antes señalado, suscribo la presente declaración jurada.

Puno, ____ de _____ del 2020.

.....
Firma



"Año de la Universalización de la salud"

ANEXO 3

**DECLARACIÓN JURADA
(ART. 31° DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)**

Señores
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Presente.-

De nuestra consideración:

El que suscribe identificado con DNI N°
y RUC N° domiciliado en
..... declaro bajo juramento:

- 1.- No tengo impedimento para participar en el procedimiento de contratación ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conozco, acepto y me someto a los Términos de Referencia, condiciones y procedimientos de la presente contratación.
- 3.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 4.- Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para efectos de la presente contratación.
- 5.- Conozco las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Puno, 2020.

.....
Nombre y Apellido
DNI: