



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Puno, 04 de junio 2025

OFICIO N° 187-2025-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Ing. Fredy Martin QUINTO PINEDA
Director de la Oficina de Estadística y Telecomunicaciones

PRESENTE.-

ASUNTO : REMITE TERMINOS DE REFERENCIA PARA SU PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL

**REF. : OFICIO N° 079-2025-GR-GRDS-DIRESA-PUNO-DG-DESP-PPOR-DIT/ESRI
OFICIO N° 328-2025-DIRESA-PUNO/DG-DESP-CPSM**

Es grato dirigirme a usted y solicitarle la **publicación de la convocatoria** a través de la página WEB Institucional de la DIRESA Puno para la Contratación por Locación de Servicio, en cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Ley N° 27806, el mismo que debe ser publicado en la página WEB Institucional de la DIRESA a través de la **Oficina de Estadística e Informática y Telecomunicación**.

N°	LOCADOR DE SERVICIO	CANTIDAD
1	PSICOLOGO	01
2	LIC. ENFERMERIA	01

Se adjunta los siguientes documentos:

- (02) Términos de Referencia
- (01) Cronograma de convocatoria
- (01) Formatos 10, 11 y 12.

Agradeciendo la atención que preste al presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las consideraciones de consideración personal.

Atentamente,



CPG. Edwin G. Mamani Apasa
DIRECTOR DE LA OFICINA LOGÍSTICA
DIRESA PUNO



LIC. ADM. ALIPIO ARHULFO CALLA GOMEZ
DIREC. EJEC. ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
CLAP N° 103-XIII

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDAD
04 y 05/06/2025	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO
06/06/2025 HORARIO DE 09:00 A 14:00 HORAS	PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES, SEGÚN TERMINOS DE REFERENCIA Y PROPUESTA ECONOMICA EN SOBRE CERRADO AL PERFIL QUE POSTULA, MESA DE PARTES DE LA DIRESA PUNO
09/06/2025	EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Puno, 04 de junio del 2025.

OFICIO N° 0328-2025-DIRESA-PUNO/ DG-DESP-CPSM

Señor:

C.P.C. Arnulfo Alipio CALLA GOMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION
DIRESA – PUNO.



PRESENTE. -

ASUNTO: SOLICITO CONTRATACION DE PROFESIONAL PSICOLOGO PARA EL PP 0051 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la contratación de un psicólogo para cubrir el DESESTIMIENTO que presentó la Psicóloga Jhakeline Katherin Halanoca Puma, plaza del C.S. MOHO; para salvaguardar la continuidad de atenciones del PP 0051 Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas.

En relación a lo indicado líneas arriba, se requiere contratar otro profesional que cubra las metas tanto físicas como financieras por un lapso de 7 meses. Para tal efecto solicitamos contratar:

- 01 psicólogo (a) para el C.S. MOHO – RED DE SALUD HUANCANE.

Con el objetivo de cumplir el Plan Operativo Anual 2025 requerimos cubrir con el profesional que falta, para que ejecute la actividad del servicio de orientación, consejería e intervención breve en la población con riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas.

Sin otro en particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración.

Adjunto: Carta de desistimiento y TDR.

Atentamente,



M.C. EVELYN PAULA CHICQUI
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas
DIRESA - PUNO
C.M.P. N° 63131

DIRESA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

PARA: *of. Logística de Atención*

DÍA	MES	AÑO
04	06	25

[Signature]

DIRESA - PUNO LOGISTICA

Para: *Adquisiciones de atención según correspondencia*

[Signature]

04.06.25
saludmental_diresapuno@hotmail.com

EPCC/mjrc
C.c. Arch 2025

FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Área usuaria	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS PP0051- Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	
Denominación	
Contratación de Psicólogo (a) para el PP 051 PTCD, para la actividad "Orientación, consejería e intervención breve" en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
Finalidad pública	
Población recibe intervenciones terapéuticas para disminuir el riesgo y la afectación por el consumo de drogas.	
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Convenio N° 064-2021-DV-AD-PUNO, convenio de cooperación entre la DIRESA Puno y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA) • Los establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa) reportaron un total de 80 271 casos atendidos de personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas durante el año 2023. Según el informe mundial sobre drogas 2023 de la Oficina de Naciones Unidas, casi 40 millones de personas en todo el mundo padecen de trastornos por el consumo de drogas, pero solo 1 de cada 5 ha recibido algún tipo de tratamiento. 	
Objetivo de la contratación	
Contratar los servicios de 01 profesional psicólogo por la modalidad de Locación de Servicios para ejecutar actividades del "Servicio de Orientación, Consejería e Intervención Breve" en establecimientos de salud del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
3. TÉRMINOS DE REFERENCIA:	
3.1. Perfil Requerido:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación académica: Título profesional de psicólogo o licenciado en psicología. ✓ Resolución de termino de SERUMS ✓ Colegiatura y habilitación vigente 	
Experiencia Laboral General:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un año (01) en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA (se considera la experiencia como SERUMS) 	
Competencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vocación de servicio ✓ Responsabilidad ✓ Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia. ✓ Orientación hacia resultados ✓ Capacidad de Trabajo en equipo ✓ Calidad y oportunidad de la atención. ✓ Adecuación a normas y procedimientos. 	
Capacitación deseable:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cursos de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones (40 Horas). ✓ Curso de Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol (40 Horas) y/o cursos de salud mental. ✓ Diplomado de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones. 	



- **Documentación a presentar:**
 - Curriculum vitae documentado (foliado)
 - Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al estado, inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el estado e impedimento para ser trabajador según anexo adjunto.
 - Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales según anexo adjunto.
 - Declaración jurada de disponibilidad inmediata según anexo adjunto.
 - Declaración jurada sobre vinculación con algún(os) funcionario(s) o servidores(es) de la Dirección regional de Salud Puno, no tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad con funcionarios y servidores públicos de la Dirección regional de Salud Puno según anexo adjunto.
 - Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público, y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.
 - Registro Nacional de proveedores (RNP)
 - Todos los documentos deberán ser presentados en un sobre sellado.

4. PRESTACIÓN DE SERVICIO

4.1 Lugar de ejecución

- Centros de Salud del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno, específicamente en la Red de Salud Huancané (Centro de Salud Moho).

4.2 Plazo de ejecución

- El plazo de ejecución del servicio es de 210 días contados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

N°	ENTREGABLES
01	Primer entregable: A los 30 días de la O/S
02	Segundo entregable: A los 60 días de la O/S
03	Tercer entregable: A los 90 días de la O/S
04	Cuarto entregable: A los 120 días de la O/S
05	Quinto entregable: A los 150 días de la O/S
06	Sexto entregable: A los 180 días de la O/S
07	Séptimo entregable: A los 210 días de la O/S
	Total

4.3 Actividades

- Implementar y/o fortalecer Servicios de Salud Mental para brindar orientación, consejería e intervención breve a personas con consumo de drogas en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Registrar las atenciones en los Sistemas informáticos (HIS Y FUAS) en coordinación con el EESS.
- Desarrollar entrevista inicial (detección de problemas de consumo de drogas) y posteriormente aplicará el Tamizaje en salud mental (aplicación del ASSIST) a fin de identificar el nivel de riesgo de consumo de drogas del usuario (Sesión 1: entrevista inicial y tamizaje), de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Intervención breve a personas con Riesgo Bajo de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Intervención breve a personas con Riesgo Moderado de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.



- Intervención breve a personas con Riesgo Alto de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Fortalecimiento del trabajo de articulación intra e interinstitucional, para establecer acuerdos de trabajo conjunto para la difusión, derivación y atención de casos, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Participar de Reuniones del equipo técnico que implementa la actividad, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Participar en capacitación y/o formación especializada relacionada a la "Orientación, consejería e intervención breve en consumo de sustancias psicoactivas", en la plataforma Formación DEVIDA (deberá obtener nota aprobatoria).
- Presentar programación de actividades en coordinación con el jefe y a necesidad del establecimiento

4.4 Producto

Informe mensual de actividades que contenga lo siguiente (por cada entregable):

- Actividades realizadas en cumplimiento de metas asignadas según POA, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo quince (15) personas orientadas a personas con problemas relacionados al consumo de drogas con tamizaje (ASSIST) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo ocho (08) personas atendidas en riesgo bajo con paquete completo. (2 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo seis (06) personas atendidas en riesgo moderado con paquete completo, (2 sesiones iniciales más 6 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo una (01) personas atendidas en riesgo alto con paquete completo, (2 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un (01) reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación (1 reunión intrainstitucional, 1 reunión interinstitucional) por mes, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de dos (02) participaciones en reuniones (1 técnica y 1 clínica) al mes. A solicitud de coordinación también presenta un informe psicológico del caso clínico trabajado en la reunión, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Realizar mínimamente un (01) curso de fortalecimiento en la plataforma Formación DEVIDA (con nota aprobatoria) y reportarlo previo al mes de agosto en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación (adjuntar directorio actualizado), en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de actividades de articulación realizadas dentro del establecimiento de salud, firmado por el jefe del establecimiento.
- Reporte de actualización de directorio, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.

Todo el producto a entregar debe de ir acompañado de documentos sustentatorios (reportes, anexos, fichas, directorio, actas, entre otros) en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.

5. CONFORMIDAD

La conformidad de prestación del servicio será remitida por el responsable del Programa Control y Prevención en Salud Mental DIRESA Puno, quien verificará el cumplimiento de las condiciones contractuales y de existir observaciones, serán notificadas a El proveedor, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no puede ser menor de dos (02) ni mayor de ocho (08) días calendario, dependiendo de la complejidad.



6. SUPERVISIÓN:

La Directora Ejecutiva de Salud de las personas de la DIRESA Puno

7. CONDICIONES Y MODALIDADES DE PAGO

El pago se realizará previa conformidad e informe mensual correspondiente.
Tres mil doscientos soles (S/. 3000.00) por mes.

8. PENALIDAD APLICABLE

De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado

(*) en caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



[Handwritten signature]
Pno. Manuel J. Rodríguez Caceres
VICE PRESIDENTE EJECUTIVO
COORDINADOR REGIONAL
DIRESA PUNO
C/ps. 11985

Área Usuaria
(Responsable de la Meta SIAF)

**FORMATO N° 10****DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente documento yo: _____
identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N°: _____ domiciliado
en: _____
Departamento de: _____, Provincia de: _____
Distrito de: _____, ante usted me presento y digo:

DECLARO BAJO JURAMENTO.

1. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública 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.
2. No tener impedimento de contratar con el Estados⁵
3. No tener inhabilitaciones vigentes⁶ 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 ni 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.
4. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
6. 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.
7. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha: _____

Firma⁷

⁵ Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.

⁶ Artículo 242 del Texto Único Ordenado de Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General

⁷ Toda la información la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

**FORMATO N° 11****DECLARACIÓN JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA**

Por el presente documentos, yo: _____
identificado con Documento Nacional de Identidad N°: _____, domiciliado en:
_____, departamento de:
_____, provincia de: _____, distrito de:
_____, ante usted me presente y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la DISPONIBILIDAD INMEDIATA.

Por lo que suscriba la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha: _____

Firma*



FORMATO N° 12

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACIÓN CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S)
SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO**

Por el presente documentos, yo: _____
 Identificado con Documento Nacional de Identidad N°: _____, domiciliado en:
 _____, departamento de:
 _____, provincia de: _____, distrito de:
 _____, al amparo de lo dispuesto por los artículos 48 y 49º Texto
 Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno
 ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- 1.- Existe vinculación
- 2.- No existe vinculación

En caso de haber marcado la alternativa número 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 (X)	Casos de Vinculación
<input type="checkbox"/>	Por razones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí. Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrina (a) y tío (a). Cuarto grado de consanguinidad: primos hermanos entre sí, tía (a) abuelo (a) y sobrina (a), nieto (a) o afinidad.
<input type="checkbox"/>	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 sí.
<input type="checkbox"/>	Especificar:

Así mismo, 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 411º 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.

Lugar y fecha: _____

 Firma⁹

* Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



**FORMATO
OFERTA ECONOMICA**

Señor

DIRESA - PUNO

Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado los terminos de referencia por la Dirección Regional de Salud Puno, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, cumpliendo con la integridad de vuestros requerimientos, conforme a las condiciones y plazos establecidos adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MONTO TOTAL DE OFERTA ECONOMICA
1	SERVICIO	PSICOLOGO	
TOTAL			

El monto total de la oferta económica incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en la oferta económica

Finalmente, cumplo con los términos de referencia establecida para la citada prestación, a los cuales me someto en su integridad.

Atentamente,

.....
Firma y Sello

Nombre o Razón Social: _____

RUC: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

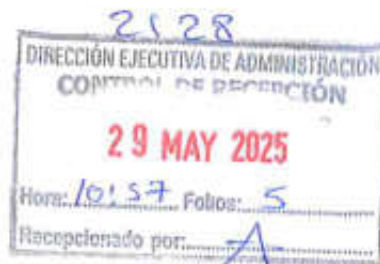
Puno, 28 de mayo del 2025

OFICIO N.º 079 -2025-GR-GRDS-DIRESA-PUNO-DG-DESP-PPOR-DIT/ESRI

Señor:

Lic. Alipio Arnulfo CCALLA GOMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DIRESA - PUNO

ASUNTO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL



Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarle cordialmente, y, a la vez Solicito la Ejecución Presupuestal para la contratación de 01 Lic. en enfermería por locación de servicio, dicho servicio se requiere para fortalecer el equipo técnico del PPoR DIT Desarrollo Infantil Temprano y mejorar el seguimiento, monitoreo, mensualizado de los indicadores de los productos niños con CRED completo y anemia, Para tal efecto adjunto: TDR, cronograma de convocatoria y formatos de declaración jurada

El gasto será afectado al presupuesto de Crecimiento y desarrollo según el siguiente detalle:

FTE FTO	: R.O
META	: 44
CENTRO DE COSTO	: 4.11.3 Crecimiento y Desarrollo
PCA	: S/ 15, 000.00
MES	: mayo 2025
ESPECÍFICA GASTO	: 2.3.29.11
MONTO	: S/ 15,000.00

Agradecemos anticipadamente su atención, me despido de usted reiterando mis consideraciones de estima personal.

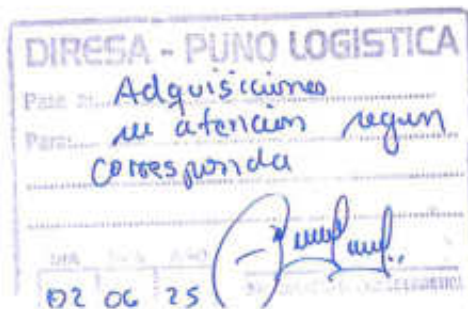
Atentamente,



[Signature]
Sonia Alinda García Mayta
COORD. P.P. DIT
DIRESA PUNO
CEP. 30127



FVALJCMV
EPHCHEMAGN
C.C. ARCH 2025





"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

FORMATO N° 02
TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

Table with 2 columns: Area usuaria, Descripción del Servicio, and Términos de Referencia. It details the requirements for a service contract, including experience, competencies, and legal references.





"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

	Conocimiento en consulta amigable MEF, consulta CEPLAN Conocimiento en ofimática (Word, Excel y PowerPoint), nivel avanzado.
Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios acreditada y documentada (3)	Título Profesional de Lic. En enfermería Colegiatura y habilitación vigente
Cursos y/o Diplomado (4)	Obligatorio: Curso de actualización en crecimiento y desarrollo de la niña y niño, inmunizaciones y gestión de cadena de frío, manejo preventivo y terapéutico de anemia y/o normas técnicas vigentes. (36 horas)

3.2. Documentos a presentar

- Curriculum vitae documentado (foliado y con solicitud dirigida al director regional de Salud Puno).
- Declaración jurada (Formato N.º 10) adjunto al presente.
- Declaración Jurada de disponibilidad inmediata (Formato N.º 11) adjunto al presente.
- Declaración Jurada sobre vinculación con algún(os) funcionarios(s) o servidor(es) de la Dirección Regional de Salud Puno, no tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad con funcionarios o servidores públicos de la Dirección Regional de Salud Puno (Formato N.º 12) adjunto al presente.
- Registro Nacional de Proveedores (para compras mayores a 1 UIT).
- Carnet de Vacunación contra el Covid-19 (03 dosis de vacuna anti COVID-19) deseable según normatividad vigente.

4. PRESTACION DE SERVICIO

4.1 Lugar de ejecución

El servicio objeto de la contratación se efectuará en la Dirección Regional de Salud Puno, en las instalaciones de las Oficinas de la Coordinación Regional PPR DIT desarrollo infantil temprano.

4.2 Plazo de ejecución

El plazo de ejecución del servicio será no mayor a 5 meses computados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio, dicho plazo no comprende los tiempos requeridos para las revisiones, observaciones y absoluciones.

Productos	Descripción	Plazo
Producto 1	informe de servicios	A los 31 días del mes de junio del 2025, contados a partir de la notificación con la Orden de Servicio.
Producto 2	informe de servicios	A los 30 días del mes de julio del 2025, contados a partir de la conformidad del I informe.
Producto 3	informe de servicios	A los 31 días del mes de agosto del 2025, contados a partir de la conformidad del II informe.
Producto 4	informe de servicios	A los 30 días del mes de setiembre del 2025, contados a partir de la conformidad del III informe.
Producto 5	informe de servicios	A los 31 días del mes de octubre del 2025, contados a partir de la conformidad del VI informe.

4.3. Actividades a desarrollar

Actividades Mensuales:

- ✓ Seguimiento al Paquete de atención integral del niño y niña.
- ✓ Monitoreo y seguimiento a indicadores de Desempeño FED / Compromisos de Mejora.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de los indicadores Sanitarios AIS Niño.
- ✓ 01 informes técnicos de avance de coberturas mensuales de los indicadores de Niños con CRED completo.
- ✓ Fortalecer los procesos de seguimiento y Monitoreo a Unidades Ejecutoras y a nivel de Microred/EE.SS.





"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- ✓ 10 visitas de monitoreo presenciales a EE.SS. De riesgo en avance de coberturas de la Región.
- ✓ 04 reuniones virtuales con establecimientos de riesgo en avance de coberturas.
- ✓ 01 informe mensual de seguimiento al cumplimiento de la suplementación preventiva a niños sin anemia y cumplimiento del tratamiento a niños con anemia (paquete completo)
- ✓ Otras actividades que asigne la coordinación.

4.4. Entregables o producto:

Productos	Descripción
Producto 1	01 informe de servicio (Contiene el desarrollo de actividades, cumplimiento de metas establecidas según las actividades mensuales).
Producto 2	01 informe de servicio (Contiene el desarrollo de actividades, cumplimiento de metas establecidas según las actividades mensuales)
Producto 3	01 informe de servicio (Contiene el desarrollo de actividades, cumplimiento de metas establecidas según las actividades mensuales).
Producto 4	01 informe de servicio (Contiene el desarrollo de actividades, cumplimiento de metas establecidas según las actividades mensuales).
Producto 5	01 informe de servicio (Contiene el desarrollo de actividades, cumplimiento de metas establecidas según las actividades mensuales).

4.5 Conformidad

La conformidad del servicio será otorgada por la Coordinación Regional DIT- ESRI de la Dirección Regional de Salud Puno, previa evaluación y verificación del informe del locador de servicios que contiene toda la información necesaria que sustenta el pago.

4.6 Supervisión

La supervisión lo realizará la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas o la instancia orgánica que delegue de acuerdo a la naturaleza de las actividades, y el cual dará el visto bueno, así como la Oficina de Estadística e Informática de la DIRESA Puno dará el visto bueno. Así mismo el desarrollo de las actividades que realiza el locador se ejecutan en el marco del Plan Anual de actividades 2025 del PPor DIT.

5.- CONDICIONES DE PAGO

La propuesta económica del presente servicio es de S/ 3,000.00 (mensual por producto).

La propuesta económica incluye todos los tributos, transportes, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar, y la forma de pago será posterior a la entrega del informe correspondiente

5.1. Penalidad aplicable

De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado.



Handwritten signature of Santa Hilda García Mayta, COORD. P.P. DIT DIRESA PUNO

Área Usaria (responsable de la Meta SIAF)

**FORMATO N° 10****DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente documento yo: _____
identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N°: _____ domiciliado
en: _____
Departamento de: _____, Provincia de: _____
Distrito de: _____, ante usted me presento y digo:

DECLARO BAJO JURAMENTO.

1. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública 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.
2. No tener impedimento de contratar con el Estado⁵
3. No tener inhabilitaciones vigentes⁶ 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 ni 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.
4. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
6. 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.
7. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha: _____

Firma⁷

⁵ Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.

⁶ Artículo 242 del Texto Único Ordenado de Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

**FORMATO N° 11****DECLARACIÓN JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA**

Por el presente documentos, yo: _____
identificado con Documento Nacional de Identidad N°: _____, domiciliado en:
_____, departamento de:
_____, provincia de: _____, distrito de:
_____, ante usted me presente y digo:

Que, declaro bajo Juramento tener la DISPONIBILIDAD INMEDIATA.

Por lo que suscriba la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha: _____

Firma^h



FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACIÓN CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Por el presente documentos, yo: _____
Identificado con Documento Nacional de Identidad N°: _____, domiciliado en:
_____, departamento de:
_____, provincia de: _____, distrito de:
_____, al amparo de lo dispuesto por los artículos 48 y 49º Texto
Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno
ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- 1.- Existe vinculación []
2.- No existe vinculación []

En caso de haber marcado la alternativa número 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:

Table with 2 columns: Marcar con (X) and Casos de Vinculación. Rows include consanguineidad (first, second, third, fourth degree), afinidad (first, second degree), and a section for Especificar.

Así mismo, 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.

Lugar y fecha: _____

Firmaº

* Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



**FORMATO
OFERTA ECONOMICA**

Señor
DIRESA - PUNO
Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado los terminos de referencia por la Dirección Regional de Salud Puno, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, cumpliendo con la integridad de vuestros requerimientos, conforme a las condiciones y plazos establecidos adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MONTO TOTAL DE OFERTA ECONOMICA
1	SERVICIO	LIC. ENFERMERIA	
TOTAL			

El monto total de la oferta económica incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en la oferta económica

Finalmente, cumpto con los términos de referencia establecida para la citada prestación, a los cuales me someto en su integridad.

Atentamente,

.....
Firma y Sello

Nombre o Razón Social: _____

RUC: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____