



PERÚ

Gobierno Regional Puno

Dirección Regional de Salud Puno



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

Puno, 18 de Julio 2025

OFICIO N° 262-2025-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OE

**DIRESA PUNO**  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
**CONTROL DE RECEPCIÓN**  
 Fecha: 18.07.25  
 Hora: 4:00  
 Oficio: 1.620  
 Remisionado por: [Signature]

18 JUL 2025  
 Hora: .....  
 Remisionado por: .....

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° 073-2025-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

Se adjunta los siguientes documentos:

- (01) 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,

[Signature]

FRANCISCO ARRIUEDA LALLA GOMEZ  
DIREC. EJEC. ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
CLAP N° 103-XIII



[Signature]  
DIRECCIÓN DE APOYO DE LOGÍSTICA  
DIRESA PUNO

WCHA/acha  
C.c.  
-Logística  
-Archivo 2025

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

Puno, 17 de julio del 2025.

**OFICIO N° 043 -2025-DIRESA-PUNO/ DG-DESP-CPSM**

**Señor:**

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

3045  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
CONTROL DE RECEPCIÓN  
18 JUL 2025  
Hora: 8:47 Folios: 06  
Recepcionado por: SA

**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, con el objetivo de cumplir el Plan Operativo Anual 2025 requerimos contar con un profesional para el establecimiento de salud focalizado para que inicie actividades del servicio de orientación, consejería e intervención breve en la población con riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas.

Para tal efecto solicitamos contratar:

- 01 psicólogo (a) para el EE.SS. SALCEDO – RED Puno.

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

Adjunto: TDR.

Atentamente,

DIRESA - PUNO LOGISTICA  
Pase a: [Firma]  
Para: [Firma]  
DIA MES AÑO 18 07 25  
DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGISTICA



1958-25  
Dirección Regional de Salud Puno  
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA  
18 JUL 2025  
N° Folios: 06 Hora: 9:30 Firma: [Firma]  
Control de Recepción  
C.c. Arch 2025

[Firma]  
M. Rodríguez Cáceres  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
COORDINADOR REGIONAL  
DIRESA PUNO  
CPR 11004

DIRESA  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
PASE A: [Firma]  
PARA: [Firma]  
DIA MES AÑO 18 07 25  
Lic. Arnulfo Alipio CALLA GOMEZ  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DIRESA - PUNO

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

### CRONOGRAMA

#### CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIOS - DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

FECHA	ACTIVIDAD
22/07/2025 al 29/07/2025	Publicación en la página web de la DIRESA Puno
30/07/2025	Presentación de expedientes por tramite documentario (09:00 am. a 15:00 pm.)
31/07/2025	Evaluación de expedientes y resultados
31/07/2025	Entrega de la orden de servicio 9:00 am.
01/08/2025	Inicio de labores



**FORMATO N° 02**  
**TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS**

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Área usuaria	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS PP0051- Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación</b>	
Contratación de Psicólogo (a) para el PP 051 PTCO, para la actividad "Orientación, consejería e intervención breve" en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
<b>Finalidad pública</b>	
Población recibe intervenciones terapéuticas para disminuir el riesgo y la afectación por el consumo de drogas.	
<b>Antecedentes</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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)</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Contratar los servicios de <b>01 profesional psicólogo</b> 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.	
<b>3. TÉRMINOS DE REFERENCIA:</b>	
<b>3.1. Perfil Requerido:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Formación académica: Título profesional de psicólogo o licenciado en psicología.</li><li>✓ Resolución de término de SERUMS</li><li>✓ Colegiatura y habilitación vigente</li></ul>	
<b>Experiencia Laboral General:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Un año (01) en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA (se considera la experiencia como SERUMS)</li></ul>	
<b>Competencias:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Vocación de servicio</li><li>✓ Responsabilidad</li><li>✓ Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia.</li><li>✓ Orientación hacia resultados</li><li>✓ Capacidad de Trabajo en equipo</li><li>✓ Calidad y oportunidad de la atención.</li><li>✓ Adecuación a normas y procedimientos.</li></ul>	
<b>Capacitación deseable:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cursos de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones (40 Horas).</li><li>✓ Curso de Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol (40 Horas) y/o cursos de salud mental.</li><li>✓ Diplomado de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones.</li></ul>	

o **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 servidos(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 Puno (EE.SS. Salcedo).

**4.2 Plazo de ejecución**

- El plazo de ejecución del servicio es de 150 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
	<b>Total</b>

**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 trescientos sesenta soles (S/. 3360.00) 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



Psic. Manuel I. Rodríguez Cáceres  
CONTROL Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL  
COORDINADOR REGIONAL  
DIRECCIÓN REGIONAL  
DIRECCIÓN PUNO  
CP# 11905

**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 encuentre 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 Estado<sup>5</sup>
3. No tener inhabilitaciones vigentes<sup>6</sup> 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUP de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.

<sup>6</sup> Artículo 242 del Texto Único Ordenado de Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General

<sup>7</sup> Toda la información e 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<sup>B</sup>

<sup>B</sup> Toda la información e 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° 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma<sup>9</sup>

<sup>9</sup> 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.



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	
<b>TOTAL</b>			

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: