



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

Puno, 02 de julio 2025

OFICIO N° 236 -2025-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Ing. Fredy Martín 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° 385-2025-GR-DIRESA-PUNO/DESP/PP104/SAMU

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	LIC. ENFERMERIA	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,

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


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



 Mgr. Wilmer Chavez Aliaga
 DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA
 DIRESA PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDAD
02 y 03/07/2025	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO
04/07/2025 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
04/07/2025	EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS



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

Puno, 24 de junio del 2025

OFICIO N.º 0385 -2025-GR-DIRESA-PUNO/DESP/PP104/SAMU

Señor:
M.C. Freddy VELÁSQUEZ ANGLES
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
Presente. -

DIRECCIÓN DE SALUD PUNO
Unidad de Secretaría Administrativa
CONTROL DE RECEPCIÓN
Puno: 24 JUN 2025
Hora:
Nº de Folios: 04
Recepcionado por: *[Signature]*

ATENCION : Lic. Adm. Alipio CALLA GÓMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN - DIRESA PUNO

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACION PARA CONTRATACION DE PERSONAL POR
LOCACION DE SERVICIO

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente a su vez solicitar una nueva convocatoria, autorización para la Contratación de **01 Licenciada en Enfermería** por locación de servicio por **quedar desierta una plaza** ya que en la evaluación de expedientes según TDR no cumplían con el perfil, dicho servicio requiere para fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencias SAMU DIRESA PUNO, en la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias Médicas (línea 106), para tal efecto adjunto: TDR.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,

[Signature]



M.C. EVELYN PAOLA CHOQUE UTRAVE
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas
DIRESA - PUNO
CMP N° 63131

2666
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
CORTE DE ADMINISTRACIÓN
27 JUN 2025
Hora: 12:00 Folios: 04
Recepcionado por: *[Signature]*

1616-25
Dirección Regional de Salud Puno
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA
30 JUN 2025
Folios: 04 Hora: 8:30 Firma: *[Signature]*
Control de Recepción

- PUNO LOGISTICA
.....
.....
.....
MES AÑO
DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGISTICA



DIRESA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
PASE A: *of Logística*
PARA: *atención*
DIA MES AÑO
27 06 25
Lic. Adm. Alipio CALLA GÓMEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN
DIRESA - PUNO

GOBIERNO REGIONAL PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
CARGO N° 5718
PASE A: *Administración*
PARA: *según solicitud*
Fecha: 27/6/25
Hora:
Dr. Freddy Velásquez Angles
Dirección Regional de Salud Puno
DIRECTOR REGIONAL
CMP 38002 RNE. 23823

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

FORMATO N°02
TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Área usuaria	OFICINA DE SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA - SAMU
2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	
2.1. Denominación	
Contratación del Servicio por locación de servicio para fortalecer el equipo técnico del SAMU – Sistema de Atención Móvil de Urgencia y mejorar la atención oportuna y de calidad al paciente. Para la coordinación y registro de los pacientes atendidos. En conformidad con el Decreto Supremo N° 017-2011-SA, Creación del Programa Nacional "Sistema de. Atención Móvil de Urgencia-SAMU", la Licenciada en Enfermería está capacitada para brindar atención integral en emergencias y urgencias médicas.	
2.2. Finalidad pública	
Coordinación y registro permanente que fortalezcan la atención de salud al paciente enfermo, con énfasis en la atención inmediata brindando prestaciones de paquetes de atención.	
2.3. Antecedentes	
Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2025. Dentro del marco del Decreto Supremo 044-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación.	
2.4. Objetivo de la contratación	
Contar con los servicios relacionados a coordinación y registro permanente a las prestaciones de salud del paciente enfermo, con énfasis en la atención inmediata y oportuna.	
3. TÉRMINOS DE REFERENCIA	
3.1. Perfil Requerido	
Un (01) Lic. En Enfermería	
Requisitos	Detalle
Experiencia acreditada y documentada (1)	<ul style="list-style-type: none"> • (02) años de experiencia en el Sector Salud Público o Privado. Incluye SERUMS. • Experiencia a fines a las actividades establecidas en el TDR (Atención en emergencias y urgencias).
Competencias (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Vocación de Servicios • Dinámico, proactivo, responsable y honesto. • Trabajo en equipo y bajo presión. • Trabajo diario y continuo. • Preocupación por orden y calidad de servicio. • Adecuación a normas y procedimientos. • Sistema de información en Historia Clínica. • Conocimiento en ofimática (Word, Excel y Power Point), nivel avanzado.
Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios acreditada y documentada (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional de Lic. En Enfermería. • Colegiatura y habilitación vigente.
Cursos y/o diplomados (4)	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatorio: Curso de actualización en atención y manejo de emergencias y urgencias médicas (24 horas). • Curso de actualización profesional en emergencias y desastres (60 horas).

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

- Curso de gestión de riesgo en emergencias y urgencias (100 horas).

3.2. Documentos a presentar

- Currículum vitae documentado (foliado y con solicitud dirigida al Director Regional de Salud Puno).
- Declaración Jurada (Formato N°10) adjunto al presente.
- Declaración Jurada de disponibilidad inmediata (Formato N°11) adjunto al presente.
- Declaración Jurada sobre vinculación con algún (os) funcionario (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 a servidores públicos de la Dirección Regional de Salud Puno (Formato N°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. PRESTACIÓN DE SERVICIO

4.1. Lugar de ejecución

El servicio objeto de la contratación se efectuará en la Dirección Regional de Salud Puno, en las Oficinas del Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU.

4.2. Plazo de ejecución

El plazo de ejecución del servicio será no mayor a 7 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 julio del 2025, contados a partir de la notificación con la Orden de Servicio.
Producto 2	Informe de servicios	A los 31 días del mes de agosto del 2025, contados a partir de la conformidad de I informe.
Producto 3	Informe de servicios	A los 30 días del mes de setiembre del 2025, contados a partir de la conformidad de II informe.
Producto 4	Informe de servicios	A los 31 días del mes de octubre del 2025, contados a partir de la conformidad de III informe.
Producto 5	Informe de servicios	A los 30 días del mes de noviembre del 2025, contados a partir de la conformidad de IV informe.
Producto 6	Informe de servicios	A los 31 días del mes de diciembre del 2025, contados a partir de la conformidad de V informe.

4.3. Actividades a desarrollar

Actividades Mensuales:

- Coordinar llamadas telefónicas mediante el sistema de referencia con las demás unidades ejecutoras para la referencia oportuna del paciente de acuerdo a la normativa vigente.
- Brindar atención integral a la población por etapas de vida (niño/a, adolescente, joven, adulto, adulto mayor) para realizar acciones e intervenciones preventivas promocionales según el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad de acuerdo a las normativas vigentes.
- Brindar atención inmediata mediante el conocimiento en emergencias y urgencias, según normas vigentes.
- Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.



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

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).
Producto 6	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 oficina del Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU 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 oficina del Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU de la Dirección Regional de Salud Puno, el cual será el encargado de dar el visto bueno.

5. CONDICIONES DE PAGO

La propuesta económica del presente servicio es de S/. 3,500.00 (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, no incluye aguinaldos por ley, Essalud.

5.1. Penalidad aplicable

De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado.


Katherine Mayta Viza
COORDINADORA P1104 SAMU
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 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 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: _____

Firma⁸

⁸ 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° 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
	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.
	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.
	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

⁹ 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, 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: _____