



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

Puno, 18 de setiembre 2025

OFICIO N° 333-2025-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° 565-2025-DIRESA PUNO-DESP-SERVICIO DE SALUD

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	MEDICO CIRUJANO, CIRUJANO DENTISTA O 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,

  
 Mtro. WILMER J. CHACRA ALLAGA  
 DIR. EJEC. ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
 CLAP N° 102-318

  
 Mtro. Wilmer J. Chacra Allaga  
 DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

## CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

### CRONOGRAMA

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
18 y 19/09/2025	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO
22/09/2025 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
22/09/2025	EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS



## FORMATO N°02

### TÉRMINO DE REFERENCIA DE SERVICIOS

<b>1.- SOLICITANTE</b>	
Área Usuaría	Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas – Dirección Servicios de Salud
<b>2.- DESCRIPCIÓN DEL BIEN</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Contratación del Servicio de 01 Profesional de la Salud para la Dirección de Servicios de Salud de la DIRESA – Puno	
<b>Finalidad Pública</b>	
Conocimientos vinculados a las funciones del puesto: Organización de la Información, Operación de los Sistemas Informáticos de SUSALUD.	
Lograr Categorización, Recategorización, Aprobación de Cartera de Servicios de Salud, de IPRESS Públicas y Privadas	
<b>Objetivo de la Contratación</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Digitalizar actas e informes de los EESS públicos y privados; a la Plataforma de RENIPRESS-SUSALUD referentes a Categorización, Recategorización, baja, suspensión temporal, Asistencia técnica a Redes de salud.</li> <li>2. Evaluar la Cartera de servicios y brindar asistencia técnica a los EESS y/o Realizar observaciones para mejorar la capacidad resolutoria y oferta de servicios, así mismo realizando evaluaciones periódicas de estas, proponer Aprobación de Cartera de servicios de IPRESS Publicas 2026.</li> <li>3. Evaluación de Expedientes de Categorización, Recategorización, realizar informe de Observaciones, Notificar y proponer Resolución de Categorización – Recategorización de IPRESS Publicas y Privadas.</li> </ol>	
<b>Términos de Referencia</b>	
<p><b>PERFIL DEL PUESTO - Requisitos Mínimos.</b></p> <p><b>Formación Académica, Grado Académico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título de Profesional de la Salud: Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Lic. Enfermería.</li> <li>- Colegiado y habilitación vigente.</li> <li>- Disponibilidad inmediata</li> </ul> <p><b>Experiencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia General cinco (05) años</li> <li>- Experiencia Específica en el cargo - indispensable, a nivel de región de salud.</li> </ul> <p><b>Competencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad y comportamiento ético.</li> <li>- Orientación a Resultados.</li> <li>- Comunicación efectiva.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Resolución de problemas.</li> <li>- Iniciativa y proactividad.</li> <li>- Habilidad para analizar datos y tomar decisiones basadas en evidencia.</li> <li>- Innovación y mejora continua.</li> </ul>	

**Cursos y/o estudios de especialización**

- Ofimática (Dominio de herramientas informáticas), paquete Office Intermedio
- Manejo del Sistema RENIPRES SUSALUD ([www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe)).

**Otros requisitos**

- Persona natural con RNP vigente.
- Certificado de Habilitación profesional vigente.

**CARACTERÍSTICAS**

1. **Producto 01:** Digitalizar actas e informes de los EESS públicos y privados; a la Plataforma de RENIPRES-SUSALUD referentes a Categorización, Recategorización, baja, suspensión temporal, Asistencia técnica a Redes de salud.
2. **Producto 2:** Evaluar la Cartera de servicios y brindar asistencia técnica a los EESS y/o Realizar observaciones para mejorar la capacidad resolutive y oferta de servicios, así mismo realizando evaluaciones periódicas de estas, proponer Aprobación de Cartera de servicios de IPRESS Publicas 2026.
3. **Producto 3.** Evaluación de Expedientes de Categorización, Recategorización, realizar informe de Observaciones, Notificar y proponer Resolución de Categorización – Recategorización de IPRESS Públicas y Privadas.

**3.- PRESTACION DEL SERVICIO****Lugar de Ejecución**

Jr. José Antonio Encinas N° 145

**Plazo de entrega**

90 días calendario

**Plazo máximo de responsabilidad del contratista**

Será Legalmente responsable de los alcances contractuales que le ha correspondido desempeñar, durante el plazo que establece la normatividad vigente, desde el día siguiente de notificarse la O/S, hasta el 31 de diciembre del 2025

**Entregables/Resultados**

Según los productos de los términos de Referencia

**Otras Obligaciones del Contratista (\*)**

N/A

**Supervisión**

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas

**Coordinaciones**

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas - Dirección de Servicios de Salud.

**Conformidad**

La Conformidad será realizada por la:

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas - Dirección de Servicios de Salud – a la presentación de un informe mensual de las actividades realizadas.

**4.- CONDICIONES DE PAGO****Forma de Pago**

El Monto de pago s/. 3.500,00 (tres mil quinientos con 00/100 soles)



**5.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

La adjudicación del contrato se realizará al oferente que cumpla con los requisitos técnicos y presente la propuesta económica más baja, siempre y cuando esta sea razonable y no comprometa la calidad del servicio. Los criterios específicos incluyen:

- **Cumplimiento de Requisitos Técnicos:** La propuesta debe cumplir con todos los requisitos técnicos especificados en los TDR.
- **Propuesta Económica:** Se evaluará la propuesta económica más baja que cumpla con los requisitos técnicos.
- **Calidad del Servicio:** La oferta debe garantizar la calidad del servicio, según lo especificado en los TDR.
- **Experiencia y Referencias:** Se considerará la experiencia previa y las referencias del oferente en servicios similares.

**6.- OTROS****Propiedad Intelectual (\*)**

N/A

**Confidencialidad**

N/A

**Penalidades aplicables**

De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado



Área Usuaria  
(Responsable de la Meta SIAF)

FORMATO N° 10  
DECLARACION JURADA

Por el presente documento yo \_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_, 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 inhabilitación vigente<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 TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado

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

<sup>7</sup> 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

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo \_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_, ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**.

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

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

.....  
Firma<sup>8</sup>

<sup>8</sup> 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.



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGUN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Por el presente documentos yo \_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_; al amparo de lo dispuesto por los artículos 48° y 49° 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:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO.

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 equis o aspa' and 'Casos de Vinculación'. It lists categories for consanguinity and affinity, followed by a section for specifying details.

Asimismo, 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 \_\_\_\_\_

Firma<sup>9</sup>

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	MEDICO CIRUJANO, CIRUJANO DENTISTA O LIC. ENFERMERIA	
<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, cumpla 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: \_\_\_\_\_