



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia

Puno, 05 de junio 2026

OFICIO N° 137-2026-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Ing. Pedro CARITA QUISPE

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° 247-GR-PUNO-DG-DIRESA-PUNO-DE-DIREMID-2025

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	Químico Farmacéutico	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,


 ALIPIO ARNULFO CALLA DOMEZ
 DNREG. EJE. ADMINISTRACIÓN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
 CLAP N° 103-XIII


 Mgtr. Wilmer I. Chávez Allaga
 UNICION DE LA OFICINA DE LOGISTICA
 DIRESA PUNO

WCHA/rocha
C.c
-Logística
-Archivo 2026

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDAD
05 y 08/06/2026	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO
09/06/2026 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
09/06/2026	EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

AREA FUNCIONAL DE SUPERVISION Y CONTROL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y AFINES



FORMATO N° 02
TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS Y CONSULTORIA

Table with 2 columns: Field Name and Description. Fields include: ORGANISMO Y/O UNIDAD ORGANICA, ACTIVIDAD DEL POI / ACCION ESTRATEGICA DEL PEI, DENOMINACION DE LA CONTRATACION, FINALIDAD PUBLICA, ANTECEDENTES, OBJETIVO DE LA CONTRATACION, ALCANCES DEL SERVICIO, REQUISITOS EL PROVEEDOR / PERFIL DE CONSULTOR, and a sub-table for REQUISITOS and DETALLE.



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

AREA FUNCIONAL DE SUPERVISION Y CONTROL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y AFINES



	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de trabajo, colaboración confidencialidad, eficiencia operativa. • Orientación hacia resultados. • Poseer liderazgo. • Aptitud de vocación de servicio. • Proactividad. • Orden. • Responsabilidad. • Puntualidad. • Abogacía
FORMACION ACADEMICA, GRADOS ACADEMICOS Y/O NIVEL DE ESTUDIO	Químico Farmacéutico
CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION	<p>Cursos afines al área laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buenas prácticas de almacenamiento (indispensable min. 72 horas) • Curso de ofimática básica (deseable Excel). • Curso de ofimática básica (deseable Word).
REQUISITOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO MINIMO O INDISPENSABLE Y DESEABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional. • Colegiatura y habilitación vigente. • Resolución de Termino de SERUMS. • Conocimientos en el sistema de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (SISMED).

VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR:

DIRESA PUNO - Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas - DIREMID ubicada en la Jr. José Antonio Encinas N° 145-Puno

PLAZO DE EJECUCION: 165 días calendarios



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

AREA FUNCIONAL DE
SUPERVISION Y CONTROL
DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS Y AFINES



Seis entregables, previa presentación de informe de actividades realizadas:

1er PRODUCTO desde la notificación 1er informe al 30 de junio del 2026

2do PRODUCTO desde la presentación del 2do informe al 31 de julio del 2026

3er PRODUCTO desde la presentación del 3er informe al 31 de agosto 2026

4to PRODUCTO desde la presentación del 4to informe al 30 de setiembre del 2026

5to PRODUCTO desde la presentación del 5to informe al 30 de octubre del 2026

6to PRODUCTO desde la presentación del 6to informe al 27 de noviembre del 2026

VII. ENTREGABLES/RESULTADOS

Actividades a realizar:

- Promover la mejora continua de la gestión del suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, garantizando su calidad, seguridad y disponibilidad oportuna.
- Brindar asistencia técnica al personal de las Farmacias de los Establecimientos de Salud (FARES) y Almacenes Especializados de Medicamentos, orientada al cumplimiento y mejora continua de las Buenas Prácticas.
- Ejecutar inspecciones para verificar el cumplimiento de las de las Buenas Prácticas según la normativa vigente en los establecimientos farmacéuticos del ámbito regional, desde la planificación, ejecución, resolución, registro/reporte y seguimiento.
- Identificar brechas y oportunidades de mejora en los servicios farmacéuticos y almacenes especializados, proponiendo acciones correctivas y preventivas.
- Realizar supervisiones y monitoreo periódicos para verificar la adecuada implementación de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica (BPOF), así como el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas.
- Preparación y formulación de documentos oficiales referidos a Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, cumplimiento de las Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica y Buenas Prácticas de Almacenamiento.
- Realizar la recepción y almacenamiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Realizar la verificación de las características organolépticas de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Realizar el ordenamiento, verificación de cantidades, identificación de lote, fecha de vencimiento, registro sanitario, procedencia, estado, titular del registro sanitario, y registro de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de acuerdo a demanda mensual.



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

AREA FUNCIONAL DE
SUPERVISION Y CONTROL
DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS Y AFINES



- Participar en supervisión, monitoreo e intervenciones extramurales referente a los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Realizar vistas a establecimientos farmacéuticos a nivel regional de acuerdo a la carga de documentos a entrega.

VIII. OTRAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA (*)

N/A

IX. SUPERVISIÓN

El o La Locador(a) de Servicios mantendrá Informado a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas y director de Acceso a Medicamentos - DIREMID sobre el desarrollo del servicio, con una frecuencia regular.

X. CONFORMIDAD

La conformidad del servicio será otorgada por la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas -DIREMID, luego de recepcionada el informe del entregable.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará previa conformidad e informe correspondiente:

A la entrega del PRODUCTO 1 – s/. 2500.00

A la entrega del PRODUCTO 2 – s/. 2500.00

A la entrega del PRODUCTO 3 – s/. 2500.00

A la entrega del PRODUCTO 4 – s/. 2500.00

A la entrega del PRODUCTO 5 – s/. 2500.00

A la entrega del PRODUCTO 6 – s/. 2500.00

XII. PROPIEDAD INTELECTUAL (De corresponder)

N/A

XIII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)

El o La Locador(a) de servicios deberá mantener reserva absoluta de la información entregada por la entidad, así como también la que se genera en el cumplimiento de sus actividades, no pudiendo emplear dicha información para un fin distinto al contratado.

XIV. PENALIDADES APLICABLES



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

AREA FUNCIONAL DE
SUPERVISION Y CONTROL
DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS Y AFINES



"(...) En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula: **Penalidad diaria = 0.10 x monto vigente / F x plazo vigente en días**

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F = 0.25.
 - b.2) Para obras: F = 0.15.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato que debió ejecutarse o, en caso que estos involucraran obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso (...)

XV. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.


G.F. Millagro Lucero López Ochoa
DIRECTORA EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y ORGAS
Área Usuaria o Responsable de la Meta SIAF

FORMATO N° 10

DECLARACIÓN JURADA

Por el presente documento yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad n.º _____ 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 encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepcionales 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.
3. No tener inhabilitación vigente³ 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 _____

.....
Firma⁴

³ Artículo 242 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General

⁴ Toda 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 documento yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad n.º _____ 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 _____

.....
Firma¹

¹ 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.

DECLARACIÓN JURADA SOBRE VINCULACIÓN CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO Y DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Por el presente documento yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad n.º _____ domiciliado en _____; al amparo de los dispuesto por los artículos 48º y 49º Texto Único Ordenado de la Ley n.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos.

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mí persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

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:

Marca con equis o aspa	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 /sobrino(a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: primos, hermanos entre sí, tío(a), abuelo(a), nieto(a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado o 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 establecido en los artículos 411º del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad hasta cuatro (4) años, para lo que hacen, es 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 _____

.....
Firma¹

¹ 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 términos 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	Químico Farmacéutico	
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, 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: _____