



**Gobierno  
Regional Puno**

**Dirección Regional  
de Salud Puno**

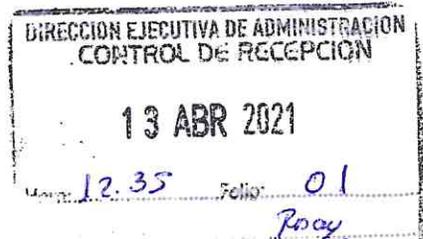
PIAS

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Puno, 13 de Abril del 2021

OFICIO Nº 013 PIAS-DG-DIRESA-PUNO/2021

Señorita:  
CPC. Yovana Yucra Yucra  
Directora Ejecutiva de Administración  
Presente.-



ASUNTO : Solicita ampliación de Plazas para la PIAS

Tengo a bien dirigirme a usted, con la finalidad de saludarla, al mismo tiempo hacer de su conocimiento que el día 13 de abril del presente se realizó la evaluación técnica y de la oferta económica de los postulantes a la PIAS, del cual no se han cubierto todas las plazas, motivo por el cual solicito la ampliación de convocatoria hasta el día de mañana 14 de abril, de las siguientes profesiones:

- 02 licenciadas(os) de enfermería
- 01 Médico Cirujano
- 01 Biólogo(a)

Esperando su coordinación con la Dirección de Logística

Agradeciéndole la atención al presente, quedo de usted,

Atentamente,

AOCH/rmm  
c.c. archivo.

C.D. Fermín Antonio Chazabal Chayña  
PRESIDENTE PIASS TITICACA  
DIRESA - PUNO  
C.O.P. 3918

# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** Plataforma Itinerante de acción social  
**Denominación:** Licenciado(a) En Enfermería.  
**Nombre del puesto:** Licenciado(a) En Enfermería.  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** Dirección Regional de Salud.  
**Dependencia Jerárquica funcional:** Coordinación PIAS DIRESA.  
**Puestos que supervisa:** Técnicos en Enfermería.

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención integral de enfermería en el campo asistencial, al individuo, familia y comunidad, en lugares de intervención de la PIAS, a las personas covid y no covid, para reducir el impacto sanitario y social en la Región Puno.

## FUNCIONES DEL PUESTO

1. Brindar atención de enfermería de acuerdo al Protocolo de Atención a las personas con sospecha o infección por COVID19.
2. Brindar atención y cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería, guía técnicas, Normas y protocolos de atención.
3. Realizar actividades preventivas en el niño en el marco de la atención integral: CRED; estimulación temprana; consejería nutricional; seguimiento del niño y adolescente en riesgo; dosaje de hemoglobina; tratamiento de parasitosis y administración de micronutrientes; tamizaje de violencia intrafamiliar; según normas vigentes.
4. Brindar atención médica integral de las personas, que comprende la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de riesgos de enfermedades, así como el control de COVID19.
5. Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
 Con personal de salud de las REDES, Coordinación PIAS DIRESA y otras unidades.

**Coordinaciones Externas**  
 Coordinador Regional PIAS; REDES, Microrred de Salud, EESS y con Organizaciones e instituciones locales y Agentes comunitarios de salud

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | Titulo de Licenciado(a) En Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |                                       |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                                       |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                                       |

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere **habilitación profesional?**

Sí  No

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** Plataforma Itinerante de acción social  
**Denominación:** Médico  
**Nombre del puesto:** Médico Cirujano  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** Dirección Regional de Salud.  
**Dependencia Jerárquica funcional:** Coordinación PIAS DIRESA.  
**Puestos que supervisa:** Equipo de salud de la PIAS.

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención médica e integral en el campo asistencial, de acuerdo al Protocolo de Atención a las personas con sospecha o infección por coronavirus, en lugares de intervención de la PIAS, para reducir el impacto sanitario y social en la Región Puno, con el objetivo de acercar el Estado a las zonas más alejadas y vulnerables. Fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica, con énfasis en la identificación de caso compatibles con virus COVID-19 y capacitar al personal de salud acerca de la identificación temprana, vías de transmisión, diagnóstico y manejo de casos compatibles con COVID-19.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Efectuar intervenciones médicas; preventivas ó promocionales ó de recuperación de la salud del paciente.
- 2 Brindar atención médica de acuerdo al Protocolo de Atención a las personas con sospecha o infección por coronavirus.
- 3 Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, con énfasis en la identificación de caso compatibles con virus COVID-19.
- 4 Brindar atención médica integral de las personas, que comprende la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de riesgos de enfermedades, así como la recuperación y rehabilitación de la salud

### COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
 Con personal de salud de las REDES, Coordinación PIAS DIRESA y otras unidades.

**Coordinaciones Externas**  
 Con médicos especialistas y otros profesionales de la salud de otras entidades.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

#### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | Título de Médico Cirujano |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |                           |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                           |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                           |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |                           |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                           |

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No

# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** Plataforma Itinerante de acción social  
**Denominación:** Biólogo(a)  
**Nombre del puesto:** Biólogo(a)  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** Dirección Regional de Salud.  
**Dependencia Jerárquica funcional:** Coordinación PIAS DIRESA.  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial de la Biología, estudios e investigaciones en agentes biológicos, material y muestras biológicas y derivados de origen humano, de acuerdo al Protocolo de Atención a las personas con sospecha o infección por COVID19, en lugares de intervención de la PIAS, control de calidad y bioseguridad en establecimientos de salud de primer nivel.

## FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Realizar análisis biofísicos, bioquímicos, hematológicos, citológicos, histológicos, microbiológicos, parasitológicos, inmunobiológicos, genéticos, moleculares y biomoleculares en agentes biológicos, material y muestras biológicas de origen humano y
- 2 Tomar muestras de acuerdo al Protocolo de Atención a las personas con sospecha o infección por coronavirus y garantizar el resultado de la muestra.
- 3 Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, con énfasis en la identificación de caso compatibles con virus COVID19.
- 4 Preparar y reforzar al personal de salud de los EESS en las medidas de prevención, toma de muestras y control de infecciones de virus COVID19.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

Con personal de salud de las REDES, Coordinación PIAS DIRESA y otras unidades.

### Coordinaciones Externas

Con Biólogos especialistas del laboratorio molecular y otros profesionales de la salud de otras entidades

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | Titulo de Biólogo ó Licenciado en Biología o Biólogo con mención. |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |   |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |   |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |   |

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No



PERÚ

Gobierno Regional  
Puno

Dirección Regional  
de Salud Puno



FORMATO N° 04  
SOLICITUD DE COTIZACION

Señor  
OFICINA DE LOGÍSTICA  
DIRESA - PUNO  
Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado las especificaciones técnicas y/o términos de referencias 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  | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL S/. (incluye los impuestos de Ley) |
|-------|------------------|--|----------|-----------------|---|
| 01    | SERVICIO         | LIC. EN ENFERMERIA (SEGÚN TDR ADJUNTO AL PRESENTE) | 1        |                 |   |
| 02    |                  |  |          |                 |   |
| TOTAL |                  |  |          |                 |   |

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| PLAZO DE ENTREGA | ..... DÍAS CALENDARIOS |
| GARANTÍA MÍNIMA  |                        |

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 valor del bien o servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Finalmente, cumplo con las especificaciones técnicas y/o 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:

Puno, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



**Gobierno Regional  
Puno**

**Dirección Regional  
de Salud Puno**



**FORMATO N° 04  
SOLICITUD DE COTIZACION**

Señor  
OFICINA DE LOGÍSTICA  
DIRESA - PUNO  
Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado las especificaciones técnicas y/o términos de referencias 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                                  | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL S/. (incluye los impuestos de Ley) |
|-------|------------------|--|----------|-----------------|---|
| 01    | SERVICIO         | LIC. BIOLOGO (SEGÚN TDR ADJUNTO AL PRESENTE) | 1        |                 |   |
| 02    |                  |  |          |                 |   |
| TOTAL |                  |  |          |                 |   |

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| PLAZO DE ENTREGA | ..... DÍAS CALENDARIOS |
| GARANTÍA MÍNIMA  |                        |

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 valor del bien o servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Finalmente, cumpro con las especificaciones técnicas y/o 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: \_\_\_\_\_

Puno, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



PERÚ

Gobierno Regional  
Puno

Dirección Regional  
de Salud Puno



FORMATO N° 04  
SOLICITUD DE COTIZACION

Señor  
OFICINA DE LOGÍSTICA  
DIRESA - PUNO  
Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado las especificaciones técnicas y/o términos de referencias 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                                     | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL S/. (incluye los impuestos de Ley) |
|-------|------------------|---|----------|-----------------|---|
| 01    | SERVICIO         | MEDICO CIRUJANO (SEGÚN TDR ADJUNTO AL PRESENTE) | 1        |                 |   |
| 02    |                  |   |          |                 |   |
| TOTAL |                  |   |          |                 |   |

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| PLAZO DE ENTREGA | ..... DÍAS CALENDARIOS |
| GARANTÍA MÍNIMA  |                        |

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 valor del bien o servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Finalmente, cumplo con las especificaciones técnicas y/o 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: \_\_\_\_\_

Puno, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



Gobierno Regional Puno

Dirección Regional de Salud Puno

PIAS



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

### DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe, .....  
 identificado con D.N.I. N° ..... R.U.C. N° ..... y  
 con domicilio real en .....  
 estado civil ....., natural del distrito de .....  
 Provincia de....., Departamento .....

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. No tener impedimento de contratar con el Estado, conforme al Artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado (de haber sido, deberá adjuntar su rehabilitación);
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional, si fuera el caso;
3. No estar incurso en caso de nepotismo;
4. No tener antecedentes policiales, judiciales y penales;
5. No tener sanción en el Registro Nacional de Proveedores;
6. Ser responsable de la veracidad de la información detallada en mi Currículum Vitae, así como los documentos que incluyo;
7. No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD del SERVIR.
8. No percibir ingresos como servidor o funcionario del Estado en esta u otra Entidad.

Asumo la responsabilidad civil y /o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente Declaración Jurada.

|                    |  |
|--------------------|--|
| DNI                |  |
| TELÉFONO           |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

Puno,..... de..... de 2021.

.....

## CRONOGRAMA DE AMPLIACION DE PLAZAS PARA LA PIAS MEDICO, BIOLOGO Y LIC. EN ENFERMERIA

| FECHA                  | HORA  | ACTIVIDAD  |
|------------------------|---|--|
| 13 al 14 de Abril 2021 | Hasta las 12.00 m., del día<br>14 de abril 2021 | Presentación de Curriculum<br>y propuesta económica. |
| 14 de abril 2021       | 12.00 m.  | Evaluación de curriculum y<br>propuesta económica    |
| 14 de abril 2021       | 14.00 horas                                     | Firma de contrato.                                   |

Puno, 13 de Abril del 2021

  
C.D. Fermin Antonio Olazabal  
PRESIDENTE PIAS TITONSA  
DIRESA - PUNO  
C.O.P. 0013