



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 20 de julio 2022

OFICIO N° 93 -2022-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Lic. Adm. Alipio A. CALLA GOMEZ
Director Ejecutivo de Administración

PRESENTE.-

ASUNTO : REMITE TERMINOS DE REFERENCIA PARA SU
PUBLICACION EN LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL

REF. : OFICIO N° 0689-2022-DIRESA-PUNO/DG-DESP-CPSM
OFICIO N° 0690-2022-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 (PSICOLOGO), 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**.

Se adjunta los siguientes documentos:

- (02) Términos de Referencia
- (01) Cronograma de convocatoria

Agradeciendo la atención que preste al presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las consideraciones de consideración personal.

Atentamente,



FRPB/frpb
C.c.
-Logística
-Archivo 2022

Puno, 15 de julio del 2022

OFICIO N° 689 -2022 -DIRESA- PUNO /DG-DESP-CPSM

Señor:
DR. JUAN CARLOS MENDOZA VELASQUEZ
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

PRESENTE:

ASUNTO: CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEVIDA
ATENCIÓN: DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION



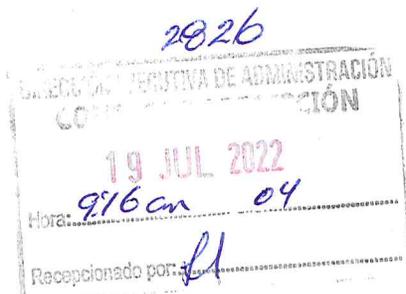
Es grato dirigirme a usted, para hacerle mi saludo de afecto y a la vez solicitarle la contratación de personal para la modalidad locación de servicio por 5 meses de Agosto a diciembre, para el programa prevención y tratamiento de consumo de drogas -PP0051 PTCO ; quienes realizarán la actividad "orientación, consejería e intervención breve" según el siguiente detalle:

CANT	PROFESIONAL	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DE LA INSTITUCION (EES)	NIVEL / CATEGORIA DE ATENCION	RED
01	Psicologo	Puno	San Roman	Juliaca	Jorge Chavez	I-3	San Roman
01	Psicologo	Puno	Yunguyo	Yunguyo	Queñuani	I-3	Yunguyo
01	Psicologo	Puno	Chucuito	Juli	Pueblo libre	I-3	Chucuito
01	Psicologo	Puno	Huancane	Huatasani	Huatasani	I-3	Huancane

FUENTE DE FINANCIAMIENTO : RECURSOS ORDINARIOS
 MONTO : S/ 76,000.00
 META : 021
 CENTRO DE COSTO : 4.14.2
 CLASIFICADOR DE GASTO : 2.3.2.9.11

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

Atentamente,



ROQ/mjrc
Cc.Arch2022

DIRESA - PUNO LOGISTICA

saludmental.diresapuno@hotmail.com

Av. José Antonio Encinas N° 145 - PUNO
Teléfono: 051 - 369609

Para: Francisco Juan C. AIN y Sherrva



FORMATO N°02
TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Área usuaria	PROGRAMA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS PP0051
2.. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	
Denominación	
Contratación de servicio especializado de 04 psicólogos, para realizar la actividad "orientación, consejería e intervención breve "en centros de salud 1-3 de la región de salud Puno.	
Finalidad pública	
Contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida de la población en general y en particular de las personas con consumo perjudicial del alcohol.	
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Convenio N° 064-2021-DV-AD-PUNO • Los problemas neuripsiquiátricos ocupan el primer lugar de discapacidad en el Perú, los estudios epidemiológicos muestran que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos mayores de doce años y uno de cada cinco niños presentaran un problema de salud mental en algún momento de su vida; el uso del alcohol en nuestra región es de alta prevalencia, y cada vez a menor edad las personas se involucran en esta conducta de riesgo, se prevé que de no abordarse en las primeras etapas del uso del alcohol puede progresar convirtiéndose en una enfermedad. 	
Objetivo de la contratación	
Contar con 04 profesionales psicólogos para que realicen la actividad "orientación, consejería e intervención breve "en centros de salud 1-3 de la región de salud Puno	
Términos de referencia:	
PERFIL: Formación académica: título profesional psicólogo	
EXPERIENCIA LABORAL MINIMA DE: 1 año en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA	
REQUISITOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Título profesional psicólogo • Resolución de término de SERUMS • Colegiatura y habilitación vigente 	
COMPETENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Aptitud de vocación de servicio • Responsabilidad • Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia. • Orientación hacia resultados • Capacidad de Trabajo en equipo y bajo presión • Preocupación por orden y calidad de servicio • Adecuación a normas y procedimientos. 	
CURSOS AL ÁREA LABORAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Cursos y capacitaciones afines a la actividad consumo de drogas. • Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol 	

y otras drogas. Conocimiento de manejo de personas en tiempos de COVID-19

PRODUCTO:

Orientación, consejería e intervención breve en uso perjudicial del alcohol, según POA 2022

- 15 Personas orientadas con problemas relacionados al consumo de drogas con tamizaje ASSIST) por mes
- 06 Personas atendidas en riesgo bajo con paquete completo. (2 sesiones) por mes
- 06 Personas atendidas en riesgo moderado con paquete completo. (2 sesiones iniciales más 6 sesiones) por mes
- 01 Personas atendidas en riesgo alto con paquete completo. (2 sesiones) por mes
- 01 reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación. (1 reunión intrainstitucional, 1 reunión interinstitucional) por mes
- 02 participaciones en reuniones (1 técnica y 1 clínica) al mes
- 01 informe mensual de metas por mes a DIRESA
- 01 informe mensual de metas por mes al SIMDEV. (anexos directorios, actas, entre otros documentos)

Documentación adicional:

- 1.- Declaración jurada de no tener vinculo de parentesco hasta segundo nivel de consanguinidad y afinidad con funcionarios, empleados de confianza y servidores públicos; Antecedentes Penales y Policiales; Factores de riesgo COVID – 19. (Formato N° 05)
- 2.- Copia de DNI
- 3.- Copia simple de Carnet de Vacunación contra COVID – 19, tercera dosis como mínimo (será verificado al momento de adjudicar)
- 4.- Carta de compromiso del cumplimiento del servicio al 31 de diciembre

3. PRESTACIÓN DE SERVICIO

Lugar de ejecución	
- Centros de salud 1-3 de la región Puno (Queñuani, Pueblo Libre, Huatasani, Jorge Chavez)	
Plazo de ejecución	
Desde el 01 de agosto al 31 de diciembre 2022	

Plazo máximo de responsabilidad contratante

N/A

Entregables resultados

Informe de actividad realizada con el cumplimiento de metas asignadas, según POA – 2022, el último día de cada mes.

Otras obligaciones del contratista

N/A

Coordinaciones

Coordinación Regional del Programa Control y Prevención en Salud Mental – Responsable DEVIDA - DIRESA Puno

Supervisión

Coordinación DEVIDA - DIRESA Puno

Conformidad

La conformidad de prestación será remitida por la coordinación regional del Programa Control y Prevención en Salud Mental DIRESA Puno.

4. CONDICIONES DE PAGO

CONDICIONES Y MODALIDADES DE PAGO

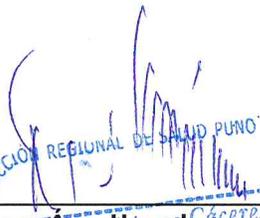
saludmental_diresapuno@hotmail.com

Jr. José Antonio Encinas N° 145 - PUNO
Teléfono: 051 - 369609



El pago se realizará previa conformidad e informe mensual correspondiente. Tres mil ochocientos soles (S/. 3800.00) por mes
5. OTROS
Propiedad intelectual
N/A
Confidencialidad
N/A
Penalidad aplicable
De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado

(*) en caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



Area Usuaría
(Responsable de la Meta SIAF)
Manuel J. Torres
C.P.S. PUNO

Puno, 15 de julio del 2022

OFICIO N° 690 -2022 -DIRESA- PUNO /DG-DESP-CPSM

Señor:
DR. JUAN CARLOS MENDOZA VELASQUEZ
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD- PUNO

PRESENTE:

ASUNTO : CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEVIDA
ATENCION : DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION



Es grato dirigirme a usted, para hacerle mi saludo de afecto y a la vez solicitarle la contratación de personal para la modalidad locación de servicio por 5 meses de agosto a diciembre, para el programa prevención y tratamiento de consumo de drogas -PP0051 PTCO ; quienes realizarán la actividad "orientación, consejería e intervención breve" según el siguiente detalle:

CANT	PROFESIONAL	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DE LA INSTITUCION (EES)	NIVEL / CATEGORIA DE ATENCION	RED
01	Psicologo	Puno	Melgar	Antauta	Antauta	I-3	Melgar

FUENTE DE FINANCIAMIENTO : RECURSOS ORDINARIOS
MONTO : S/20,000.00
META : 021
CENTRO DE COSTO : 4.14.2
CLASIFICADOR DE GASTO : 2.3.2.9.11

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

Atentamente,



DIRESA - PUNO LOGISTICA

saludmental diresapuno@hotmail.com

J. José Antonio Encinas N° 145 - PUNO
Teléfono: 051 - 369609



Para: Personal según C.A.N y Directiva

DIA MES AÑO

FORMATO N°02
TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

2. SOLICITANTE	
Área usuaria	PROGRAMA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS PP0051
2.. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	
Denominación	
Contratación de servicio especializado de 01 psicólogos, para realizar la actividad "orientación, consejería e intervención breve "en centros de salud 1-3 de la región de salud Puno.	
Finalidad pública	
Contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida de la población en general y en particular de las personas con consumo perjudicial del alcohol.	
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none">• Convenio N° 064-2021-DV-AD-PUNO• Los problemas neuripsiquiátricos ocupan el primer lugar de discapacidad en el Perú, los estudios epidemiológicos muestran que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos mayores de doce años y uno de cada cinco niños presentaran un problema de salud mental en algún momento de su vida; el uso del alcohol en nuestra región es de alta prevalencia, y cada vez a menor edad las personas se involucran en esta conducta de riesgo, se prevé que de no abordarse en las primeras etapas del uso del alcohol puede progresar convirtiéndose en una enfermedad.	
Objetivo de la contratación	
Contar con 01 profesionales psicólogos para que realicen la actividad "orientación, consejería e intervención breve "en centros de salud 1-3 de la región de salud Puno	
Términos de referencia:	
PERFIL: Formación académica: título profesional psicólogo	
EXPERIENCIA LABORAL MINIMA DE: 1 año en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA	
REQUISITOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO:	
<ul style="list-style-type: none">• Título profesional psicólogo• Resolución de término de SERUMS• Colegiatura y habilitación vigente	
COMPETENCIA	
<ul style="list-style-type: none">• Aptitud de vocación de servicio• Responsabilidad• Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia.• Orientación hacia resultados• Capacidad de Trabajo en equipo y bajo presión• Preocupación por orden y calidad de servicio• Adecuación a normas y procedimientos.	
CURSOS AL ÁREA LABORAL	
<ul style="list-style-type: none">• Cursos y capacitaciones afines a la actividad consumo de drogas.• Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol y otras drogas. Conocimiento de manejo de personas en tiempos de COVID-19	

PRODUCTO:

Orientación, consejería e intervención breve en uso perjudicial del alcohol, según POA 2022

- 15 Personas orientadas con problemas relacionados al consumo de drogas con tamizaje ASSIST) por mes
- 06 Personas atendidas en riesgo bajo con paquete completo. (2 sesiones) por mes
- 06 Personas atendidas en riesgo moderado con paquete completo. (2 sesiones iniciales más 6 sesiones) por mes
- 01 Personas atendidas en riesgo alto con paquete completo. (2 sesiones) por mes
- 01 reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación. (1 reunión intrainstitucional, 1 reunión interinstitucional) por mes
- 02 participaciones en reuniones (1 técnica y 1 clínica) al mes
- 01 informe mensual de metas por mes a DIRESA
- 01 informe mensual de metas por mes al SIMDEV. (anexos directorios, actas, entre otros documentos)

Documentación adicional:

- 1.- Declaración jurada de no tener vinculo de parentesco hasta segundo nivel de consanguinidad y afinidad con funcionarios, empleados de confianza y servidores públicos; Antecedentes Penales y Policiales; Factores de riesgo COVID – 19. (Formato N° 05)
- 2.- Copia de DNI
- 3.- Copia simple de Carnet de Vacunación contra COVID – 19, tercera dosis como mínimo (será verificado al momento de adjudicar)
- 4.-Carta de compromiso de cumplimiento de servicio al 31 de diciembre

3. PRESTACIÓN DE SERVICIO

Lugar de ejecución		
---------------------------	--	--

- Centros de salud 1-3 de la región Puno (Antauta- Red de salud Melgar)

Plazo de ejecución		
---------------------------	--	--

Desde el 01 de agosto al 31 de diciembre 2022

Plazo máximo de responsabilidad contratante

N/A

Entregables resultados

Informe de actividad realizada con el cumplimiento de metas asignadas, según POA – 2022, el último día de cada mes.

Otras obligaciones del contratista

N/A

Coordinaciones

Coordinación Regional del Programa Control y Prevención en Salud Mental – Responsable DEVIDA - DIRESA Puno

Supervisión

Coordinación DEVIDA - DIRESA Puno

Conformidad

La conformidad de prestación será remitida por la coordinación regional del Programa Control y Prevención en Salud Mental DIRESA Puno.

4. CONDICIONES DE PAGO

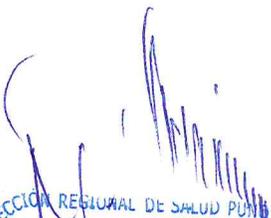
CONDICIONES Y MODALIDADES DE PAGO

El pago se realizará previa conformidad e informe mensual correspondiente. cuatro mil soles (S/. 4000.00) por mes



5. OTROS
Propiedad intelectual
N/A
Confidencialidad
N/A
Penalidad aplicable
De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado

(*) en caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



Área Usuaría
(Responsable de la Meta SIAF)
COORDINADOR DE ESMSMCP
C.Ps.P 11905

CARTA DE COMPROMISO

Yo.....con
DNI.....,de profesión psicólogo (a) con número de colegiatura
N°.....con domicilio en
Distrito.....de provincia de.....departamento
de..... en total uso de mis facultades y de forma voluntaria, asumo el
COMPROMISO DE CUMPLIR CON LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO de “**ORIENTACIÓN,
CONSEJERÍA E INTERVENCIÓN BREVE**” del programa DEVIDA hasta el 31 de diciembre.

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

Lugar y fecha.....

.....
Firma

FÓRMATO N° 05

Yo, Identificado con DNI N°, Con domicilio legal en distrito de, Provincia de, Departamento de,

a) Declaro bajo juramento no tener vinculo de parentesco con funcionarios, empleados de confianza, y servidores públicos, con poder de dirección o decisión de la DIRESA Puno, hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad.

b) Declaro bajo juramento que No tengo antecedentes penales ni policiales.

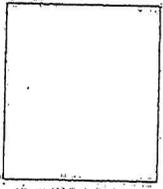
c) Declaro bajo juramento no tener factores de riesgo para COVID-19, según la siguiente información:

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| - Hipertensión arterial | SI () | NO () |
| - Diabetes | SI () | NO () |
| - Enfermedades cardiovasculares | SI () | NO () |
| - Obesidad | SI () | NO () |
| - Asma | SI () | NO () |
| - Cáncer | SI () | NO () |
| - Mayor de 65 años | SI () | NO () |
| - Gestante | SI () | NO () |
| - Otros | SI () | NO () |

Puno, de de 2022.

.....
Nombres y Apellidos

DNI N°



Huella Digital



FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, INHABILITACION ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE CON EL ESTADO E IMPEDIMENTO PARA SER TRABAJADOR

Por el presente documentos yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, DECLARÓ BAJO JURAMENTO NO TENER:

- 1.- Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO - RNSDD³
- 2.- Inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
- 3.- Impedimento para ser trabajador(a), expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- 4.- Inhabilitación o sanción de colegio profesional, de ser el caso.
- 5.- Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previsto en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

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 los 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 _____

.....
 Firma⁴

³ De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial n.° 017-2007-PCM, que aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD", en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo n.° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD), en todo procedimiento de contratación laboral, el Área CAS de la Municipalidad (o el funcionario o servidor designado por este, bajo responsabilidad del primero) deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

⁴ 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° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

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

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales, a efectos de postular en el presente proceso según lo dispuesto por la Ley n.° 29607 de 26 de octubre de 2010. Autorizo a la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial. Asimismo, declaro no tener antecedentes policiales e igualmente autorizo la posterior veracidad de lo señalado.

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

Lugar y fecha _____

Huella Dactilar

.....
Firma(s)

5 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 _____

.....
Firma⁶

⁶ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de



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 documento yo _____ identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos;

DECLARÓ 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 el 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 of kinship (consanguinity and affinity) and marital status for marking.

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 lo que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponden probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

Firma

7 Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIO EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD- PUNO

FECHAS	ACTIVIDAD
20/07/2022 al 22/ 07/2022	Publicacion en la pagina web de la DIRESA
25/07/2022	Presentacion de expedientes por tramite documentario (09:00 am hasta las 14:30 pm)
26/07/2022	Evaluacion de expedientes y resultados
27/07/2022	Entrega de orden de servicio
01/08/2022	Inicio de labores