



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 28 de noviembre 2022

OFICIO N° 011 -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° 143-2022-DIRESA-DG-DESP/PIAS
OFICIO N 148-2022/GR-GRDS-DIRESA PUNO.DESP-ESR SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA.



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 (TECNICO ENFERMERIA E ING. SISTEMAS), 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
- (02) Cronograma de convocatoria

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

Atentamente,


Ing. José Luis Cortez Quispe
DIRECTOR DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA
DIRESA - PUNO
COLEGIATURA N° 0089

JLCQ/jlca
C.c.
-Logística
-Archivo 2022



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 24 de noviembre del 2022

OFICIO N° 143 -2022-DIRESA-DG-DESP/PIAS

Señor:

Lic. Alipio CALLA GOMEZ

Director Ejecutivo

Dirección de Administración de la Dirección Regional de Salud Puno

Presente. -

**ASUNTO : SOLICITA AUTORIZACION DE CONVOCATORIA CONTRATACIÓN POR
LOCACIÓN DE SERVICIOS**



De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted y solicitarle la Autorización para la convocatoria para la **Contratación por locación de servicios para la PIAS Lago Titicaca I** por el mes de diciembre, para él cargo de:

- 01 técnico de enfermería

Y su publicación a través de la página WEB Institucional de la DIRESA Puno, a través de la Oficina de Estadística e Informática y Telecomunicación, esto en razón a que no se cubrió dicha plaza en la anterior convocatoria.

Se adjunta los siguientes documentos:

- ✓ Términos de referencias.
- ✓ Cronograma de convocatoria.

A la espera de su gentil atención, hago propicia la oportunidad para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.


 C.D. Fernán Antonio Olazabel Chayña
 PRESIDENTE/PIASS TITICACA
 DIRESA - PUNO
 C.O.R. 3918



DIRESA - PUNO LOGISTICA

Pase a: Delegaciones

Para: Su Dirección

DIA MES AÑO 24

DIRESA

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

PASE A: of. Logística

PARA: su at. de delegate.

DIA MES AÑO 24

Lic. Adm. Alipio CALLA GOMEZ

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: Plataforma Itinerante de acción social
Denominación: Plataforma Itinerante de acción social
Nombre del puesto: Técnico(a) en Enfermería
Dependencia Jerárquica Lineal: Servicio de Enfermería
Dependencia Jerárquica funcional: NO APLICA
Puestos que supervisa: NO APLICA

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 con sospecha o infección por coronavirus, 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 Desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención, y Control de infecciones de virus COV19.
- 4 Otros que el jefe determine de acuerdo a su formación profesional
- 5 Produccion MENSUAL 3 000 registro de pacientes.
- 6 Por el INCUMPLIMIENTO de la producción se rescindirá la contrata.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
Con personal de salud de las PIAS DIRESA

Coordinaciones Externas
Coordinador Regional PIAS; REDES, Microrred de Salud, EESS

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 checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Técnico(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

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria) :

Sistema de gestión de calidad en salud.
Capacitación en normatividad SIS, HIS, FAC. SISCOVID
Conocimiento en Epidemiología.
Conocimientos en convenio de gestión, FED y SIS
Conocimiento en trabajo social o intercultural.

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota : Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Capacitación Referente a su Profesión
Curso y/o especialización en COVID19.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		x		
Excel		x		
Powerpoint		x		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés				
Quechua		x		
Aymara		x		

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 años, mínimo.

Experiencia específica

A.) Marque el **nivel mínimo de puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Área o Dpto Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado:

01 año, mínimo Experiencia laboral afines al cargo . De existir Servicios No Personales se consideran hasta la fecha de vigencia de la Ley de SERVIR. Asimismo, se considera a partir de la fecha de expedición del Título Profesional.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte B**), marque si es o no necesario contar con experiencia en el **Sector Público**:

SÍ, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público **NO**, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

01 año, mínimo.

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

Registro de grado emitido por la Dirección Regional de Educación, SUNEDU u otra que haga las veces. Contar con
Certificado Médico de Salud, físico y mental, otorgado por institución MINSA o EsSalud.
Certificado de Antecedentes Penales y Judiciales.
No tener antecedentes administrativo disciplinario.
Evaluación de desempeño del trabajador del último año (sector salud). Carnet de vacunación COVID-19 con las tres dosis

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Vocación de servicio.
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.

TIEMPO DE SERVICIOS Y PRODUCCION

Desde el 01 de diciembre al 31 de diciembre del 2022.

MONTO DEL SERVICIO

S/.5,000 soles mensuales



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIOS PARA LA PLATAFORMA ITINERANTE DE ACCION SOCIAL PIAS LAGO TITICACA I DE LAS SIGUIENTES PLAZAS:

N°	CARGO	PLAZAS
1	Técnico de enfermería	01
	TOTAL	01

FECHA	ACTIVIDAD
28 y 29/11/2022	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
30/11/2022	PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES POR TRAMITE DOCUMENTARIO (08:00 am hasta 12:00.m)
30/11/2022	EVALUACION DE PROPUESTAS, EXPEDIENTES Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS Y ENTREGA DE LA ORDEN DE SERVICIO


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

FORMATO N° 05

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

a) Declaro bajo juramento no tener vínculo 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° 05

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

a) Declaro bajo juramento no tener vínculo 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 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 NO TENER:

- 1.- Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO - RNSDD²
- 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 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 correspondió probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

Firma¹

² 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.° 009-2006-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 éste, bajo responsabilidad del primero) deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos que se encuentren inhabilitados deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna



FÓRMATO N° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

Por el presente documento 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.

Huella Dactilar

Lugar y fecha _____

.....
Firma



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documento 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



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentas 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



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,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(és) 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:

Marcar 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; tía(a) abuelo(a) y sobrino(a), nieto(a) o ahijado(a).
	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)
	Vínculo conyugal (esposado). Especificar:

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?



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, Noviembre 23, del 2022.

OFICIO: N° 148 - 2022/GR-GRDS - DIRESA PUNO, DESP - E.S.R. SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA.

Sr. Licenciado en ADMINISTRACION.
Alipio Amulfo, CALLA GOMEZ.
DIRECTOR EJECUTIVO de ADMINISTRACION - DIRESA PUNO.



Presente. -

ASUNTO: SOICITA CONTRATACION por LOCACION de SERVICIO, de la ESTRATEGIA SANITARIA SLUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, de un PROFESIONAL INGENIERO de SISTEMAS.

A través del presente, le hacemos llegar un cordial saludo y al mismo tiempo el deseo de éxito en la gestión que realiza, por contribuir a disminuir la brecha de acceso de salud de la población.

El motivo del presente es SOLICITAR CONTRATACION, de personal para la modalidad Locación de Servicio, para un PROFESIONAL INGENIERO DE SISTEMAS. Quien realizará Servicio elaboración softwares; y procesamiento de datos estadísticos, a fin de realizar seguimiento y monitoreo a Mujeres en Edad fértil y/o gestantes, actividades que permitirán se contribuya a lograr lo siguiente:

- 1. Diseño de SOFTWARE de RADAR DE GESTANTES DE LA REGION DE PUNO, Según Norma Técnica NTS N°105 - MINS/DGSP.V.01. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE. SALUD MATERNA.

Table with 6 columns: CANTIDAD, PROFESIONAL, DEPARTAMENTO, PROVINCIA, DISTRITO, NOMBRE de la INSTITUCION. Row 1: 01, Ing. Sistemas, Puno, Puno, Puno, DIRESA PUNO - ES SSR

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS ORDINARIOS.
MONTO: S/. 5,000.00
META: 09
CENTRO de COSTO: 4.12.1
CLASIFICADOR de GASTO: 2.3.2.9.11
PERIODO: Diciembre

Se adjunta formato 02: TERMINOS de REFERENCIA, para la ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA (ES SSR) - PP MATERNO NEONATAL.

Sin otro particular, por el momento, hago propicia la ocasión, para expresar, los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente:



LGC/lgc.
c.c.: arch.: 2022

Stamp: DIRESA - PUNO LOGISTICA, Pase a: Negociaciones, Para: Sr. Alipio Amulfo

Stamp: DIRESA, DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION, PASE A: of. Logística, PARA: Sr. Alipio Amulfo, Lic. Adm. Alipio A. CALLA GOMEZ



FORMATO N° 02

TERMINOS de REFERENCIA de SERVICIOS

1. SOLICITANTE																																		
Área Usuaría			ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.																															
2. DESCRIPCION del SERVICIO																																		
Denominación de la Contratación																																		
Contratación del Servicio Especializado de 01 profesional Ingeniero de Sistemas, para realizar SOFTWARE de RADAR DE GESTANTES, para la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Seguimiento de cumplimiento de Indicadores de Telemedicina, relacionados con la ES SSR.																																		
Finalidad Publica																																		
<p>1. SOFTWARE RADAR DE GESTANTES y SEGUIMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><u><i>RADAR DE GESTANTES</i></u></p> <p>Es de aplicación obligatoria en el primer nivel de atención</p> <p>El radar debe diferenciar a las gestantes según factor de riesgo: adolescente, nulípara, multípara, complicada, abandonada, etc.</p> <p>Su actualización se realizará de manera semanal, determinando el día de acuerdo a la realidad local, con la finalidad de registrar los cambios ocurridos con las gestantes: incluyendo a nuevas gestantes, las que tuvieron un parto o aborto, las que acudieron o no a su atención prenatal.</p> <p>Para identificar la ubicación de las Gestantes en el Radar se considera :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante o puérpera que acude a su cita: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color NEGRO. ✓ Gestante o puérpera que no acude a su cita: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color ROJO. ✓ Gestante con detección de complicaciones: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AMARILLO ✓ Gestante con Fecha Probable de Parto (FPP) próximo: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color VERDE. ✓ Gestante con riesgo social: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AZUL. <p>Toda gestante debe cumplir con lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">ANEXO N° 2 ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>Atención < 14 sem</th> <th>Atención 14-21 sem</th> <th>Atención 22-24 sem</th> <th>Atención 25-32 sem</th> <th>Atención 33-36 sem</th> <th>Atención 37-40 sem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Confirmación del embarazo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Orientación/consejería y evaluación nutricional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anamnesis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							ACTIVIDAD	Atención < 14 sem	Atención 14-21 sem	Atención 22-24 sem	Atención 25-32 sem	Atención 33-36 sem	Atención 37-40 sem	Confirmación del embarazo							Orientación/consejería y evaluación nutricional							Anamnesis						
ACTIVIDAD	Atención < 14 sem	Atención 14-21 sem	Atención 22-24 sem	Atención 25-32 sem	Atención 33-36 sem	Atención 37-40 sem																												
Confirmación del embarazo																																		
Orientación/consejería y evaluación nutricional																																		
Anamnesis																																		





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Table with 7 columns and 28 rows listing various medical and health-related activities such as 'Medición de la talla', 'Control del peso', 'Determinación de la presión arterial', etc.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Psicoprofilaxis Estimulación Prenatal							
Antecedentes							
Ley 29.973 Ley de acceso a prestaciones de salud a personas con discapacidad. Ley 28.983 Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Ley 27.337 Código de los niños y adolescentes Ley 26.842 Ley general de salud							
Objetivo de la Contratación							
Contar con 01 profesional Ingeniero de Sistemas que realiza procedimientos para contribuir al logro de indicadores que deben cumplir, la Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y Telemedicina.							
Términos de Referencia							
REQUISITOS				DETALLE			
Experiencia (1)				Experiencia laboral mínima de (03) años, en el sector salud			
Competencias (2)				Habilidad para realizar reportes estadísticos. calidad de trabajo, colaboración, eficiencia operativa orientación hacia resultados			
Formación Académica, grados académicos y/o nivel de estudios (3).				Ingeniero de sistemas (opcional)Magister o egresado de Maestría en Informática, mención en ingeniería de software.			
Cursos y/o estudios de especialización indispensable y deseables				Cursos Afines al Área Laboral curso de desarrollo ASP.NET MVC Administración de base de datos. Desarrollo de Web completo con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ HTML5. ✓ CSS3. ✓ JS. ✓ AJAX. ✓ PHP ✓ MySQL 			
Requisitos para el puesto y/o cargo mínimo, indispensable y deseables				Titulo profesional de Ingeniero de Sistemas. Colegiatura y habilitación vigente.			
PRODUCTO							
<ul style="list-style-type: none"> ✚ SOFTWARE RADAR DE GESTANTES y SEGUIMIENTO. <p><u>CONTENIDO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenimiento ✓ Registro de Radar ✓ Usuarios del Sistema. ✓ Consultas. 							





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

- ✓ Reportes.
- ✓ Otros.
- En un periodo de 25 días.
- ✚ Los 5 días restantes deberá ponerlo en práctica para la operatividad a nivel de la Región de Puno.
- ✚ Tiempo de entrega 30 días calendarios.

3. PRESTACION DEL SERVICIO
lugar de Ejecución
Jr. José Antonio Encinas N° 145
plazo de Ejecución
01 meses
plazo máximo de responsabilidad del contratista
N/A
Entregables/resultados
Informe de Actividades de Actividades realizadas en forma periódica (mínimo 01 al mes)
Otras obligaciones del Contratista (*)
N/A
Coordinaciones
Con Coordinación de Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva
Supervisión
Con Coordinación de Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva
Conformidad
Coordinación de Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva
4. CONDICIONES de PAGO
Condiciones y modalidades de Pago
Costo referencial de (5,000.00) mensuales, el pago se realizara previa conformidad e informe correspondiente.
5. OTROS
Propiedad Intelectual (*)
N/A
Confidencialidad (*)
Protección de datos de Sistema.
Penalidad Aplicables
De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado

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



CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDAD
28 y 29/11/2022	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
30/11/2022	PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES POR TRAMITE DOCUMENTARIO (08:00 am hasta 12:00.m)
30/11/2022	EVALUACION DE PROPUESTAS, EXPEDIENTES Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS Y ENTREGA DE LA ORDEN DE SERVICIO

1

FÓRMATO N° 05

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

a) Declaro bajo juramento no tener vínculo 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 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 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 _____

.....
 Firma

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 resulten inhabilitados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna



FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES

Por el presente documento 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 Condénas 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.

Huella Dactilar

Lugar y fecha _____

.....
Firma



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documento 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^s



FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

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

Que, declaro: bajo juramento tener la DISPONABILIDAD INMEDIATA.

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

Lugar y fecha _____

.....
Firma®



FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGUN(O/S) 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,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(és) de la DIRECCIÓN 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:

Marcar 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; tía(a) abuelo(a) y sobrino(a), nieto(a) o afinidad.
	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. (Primer grado de afinidad: esposa(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí)
	Vínculo conyugal (esposa/o). Especificar:

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 41.1° 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 corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

.....
Firma?