



PERU

REGIONAL PUNO

REGIONAL DE SALUD
PUNO

DIRECCION Ejecutiva de
Medicamentos
Insumos y Drogas



CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS
PARA LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y GROSAS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD
PUNO.

FECHA	ACTIVIDAD
04/08/2023	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA
07/08/2023	PRESENTACIÓN DE PROPUESTA SEGÚN FORMATO DE COTIZACIÓN (TRAMITE DOCUMENTARIO) 09.00am hasta 4.00 pm
08/08/2023	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS Y EXPEDIENTE PUBLICACIÓN DE RESULTADOS
09/08/2023	NOTIFICACION DE LA ORDEN DE SERVICIO
10/08/2023	INICIO DE PRESTACION DE SERVICIO





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

1. SOLICITANTE	
Área usuaria	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
2. DESCRIPCION DEL SERVICIO	
Denominación de la contratación	
Contratación del Servicio para la evaluación de expedientes y seguimiento de las oficinas Farmacéuticas para la obtención de autorización sanitaria (01 Químico Farmacéutico) para la dirección ejecutiva de medicamentos insumos y drogas (DIREMID)	
Finalidad pública	
garantizar la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, que se encuentran en el mercado Regional, con acciones de fiscalización y control sanitario, así mismo garantizar los indicadores en nivel óptimo desde el producto, estructura, proceso y resultado.	
Antecedentes	
Ley N.º 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos Decreto Supremo N° 014- 2011/ SA Reglamento de establecimientos farmacéuticos Decreto Supremo 016-2011/SA, Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.	
Objetivo de la contratación	
Mejorar la implementación de acciones articuladas para contribuir a la erradicación del comercio ilegal adulteración, falsificación y contrabando de los productos farmacéuticos dispositivos médicos en la Región de Puno y optimizar la calidad de los indicadores	
Términos de referencia	
Asistente	
PERFIL	
Requisitos para el puesto	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curriculum vitae documentado (follado) ➤ Declaración jurada (formato N° 10) ➤ Declaración jurada de disponibilidad inmediata (formato N° 11) ➤ Declaración Jurada sobre vinculación con algún(os) funcionario(s) o servidore(s) de la Dirección Regional de Salud Puno (formato N° 12) ➤ Registro Nacional de Proveedores para compras mayores a (01) UIT ➤ Copia de DNI 	
Documentos a ser evaluados	
<ul style="list-style-type: none"> a. Título profesional Químico Farmacéutico Colegiado y habilitado b. Acreditar experiencia laboral mínima de 01 año en el Sector Salud Público. c. Cursos de Toxicología (120 Hrs Indispensable) d. Cursos Buenas prácticas de oficina farmacéutica (40Hrs Deseable) e. Conocimientos y habilidades <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aptitud de vocación de servicio ➤ Responsabilidad 	



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos



- Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia operativa.
- Orientación hacia resultados.
- Capacidad de concertación y trabajo
- Poseer liderazgo
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Probidad, Asertividad, disciplina, orden.

CARACTERISTICAS

PRODUCTO 1 (INFORME)

1. Avance de la evaluación del beneficio y riesgo de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con la realización de estudios epidemiológicos.
2. Avance del análisis de los informes de comunicaciones (notificaciones) de establecimientos farmacéuticos. (20)
3. Avance de la evaluación y proyecto de los informes de autorizaciones sanitaria de establecimientos farmacéutico (50).
4. Proyectar carta de notificación a establecimientos a establecimientos farmacéuticos (15)
5. Registro de datos de matriz seguimiento de autorización sanitaria y comunicación de establecimiento farmacéutico (40)
6. Revisión de expediente de trámite de autorizaciones sanitarias de establecimientos farmacéuticos (20)
7. Orientación a usuarios sobre condiciones sanitarias mínimas para autorizaciones sanitarias de establecimientos farmacéuticas (20)
8. proyección de documentos de autorización sanitarias (20)
9. proyectar documento para la actualización y aprobación del texto único de procedimiento administrativos (TUPA) de acuerdo a la normatividad vigente conforme se establecen en la resolución ministerial N° 629-2022/MINSA (avance)
10. seguimiento de indicaciones de salud para garantizar el cumplimiento de las metas (10)

PRODUCTO 2 (INFORME)

1. Informe Final de la evaluación del beneficio y riesgo de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con la realización de estudios epidemiológicos.
2. Informe Final del análisis de los informes de comunicaciones (notificaciones) de establecimientos farmacéuticos.
3. Informe final de la evaluación y proyecto de los informes de autorizaciones sanitaria de establecimientos farmacéuticos (50).
4. Proyectar carta de notificación a establecimientos a establecimientos farmacéuticos (15)
5. Registro de datos de matriz seguimiento de autorización sanitaria y comunicación de establecimiento farmacéutico (40)
6. Revisión de expediente de trámite de autorizaciones sanitarias de establecimientos farmacéuticos (20)
7. Orientación a usuarios sobre condiciones sanitarias mínimas para autorizaciones sanitarias de establecimientos farmacéuticas (20)
8. proyección de documentos de autorización sanitarias (20)
9. informe final del documento para la actualización y aprobación del texto único de procedimiento administrativos (TUPA) de acuerdo a la normatividad vigente conforme se establecen en la resolución ministerial N° 629-2022/MINSA
10. seguimiento de indicaciones de salud para garantizar el cumplimiento de las metas (10)

3. PRESTACION DEL SERVICIO

Lugar de ejecución
Jr. José Antonio Encinas N° 145
Plazo de ejecución
60 días calendarios



GOBIERNO REGIONAL PUNO

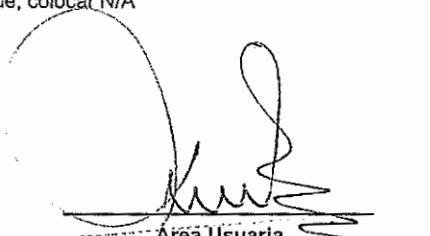
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos e Insumos Médicos

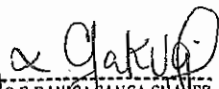


1er PRODUCTO desde la notificación de la orden de servicio al 31 de agosto del 2023
2do PRODUCTO desde la presentación del 1er informe al 30 de setiembre del 2023
Plazo máximo de responsabilidad del contratista
N/A
Entregables/resultados
Informe de actividad realizada
Otras obligaciones del Contratista (*)
N/A
Coordinaciones
Dirección ejecutiva DIREMID, responsable del área de control y vigilancia Sanitaria DIRESA Puno
Supervisión
Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas DIRESA Puno
Conformidad
Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas y Visto Bueno de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto de la DIRESA Puno.
4. CONDICIONES DE PAGO
Condiciones y modalidades de pago
Costo referencial de (2,500.00) mensuales, el pago se realizará previa conformidad e informe correspondiente:
<ul style="list-style-type: none"> - A la entrega del I PRODUCTO - s/.2,500.00 - A la entrega del II PRODUCTO - s/.2,500.00
5. OTROS
Propiedad intelectual (*)
N/A
Confidencialidad (*)
N/A
Penalidades aplicables
De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado

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


 Área Usuaria
 (Responsable de la Meta SIA)




 Q.F. DANICA BANCA CHAVEZ
 Directora Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



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 encuentro 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 Estado¹
3. No tener inhabilitación vigente² 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 _____

.....
Firma³

¹ Numeral 11.1 del Artículo 11 del T.U.O. de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado

² Artículo 242 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General

³ 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 **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

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

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁴

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° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN 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 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 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) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad).
	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 si.
	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 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 _____

.....
Firma⁵

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.