

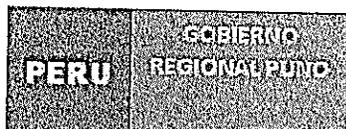


CRONOGRAMA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN POR LOCACION DE SERVICIOS PARA LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO.

FECHA	ACTIVIDAD
05/12/2023	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DELA DIRESA
06/12/2023	PRESENTACIÓN DE PROPUESTA SEGÚN FORMATO DE COTIZACIÓN(TRAMITE DOCUMENTARIO DE (De 09.00am hasta 12.00 pm)
06/12/2023	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS Y EXPEDIENTE Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS (De 12.00am hasta 01.00 pm)
11/12/2023	NOTIFICACION DE LA ORDEN DE SERVICIO
11/12/2023	INICIO DE PRESTACION DE SERVICIO





DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

Dirección
Ejecutiva
de



"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

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

ORGANO Y/O UNIDAD ORGANICA:	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas
ACTIVIDAD DEL POI / ACCION ESTRATEGICA DEL PEI:	GESTION CONTABLE SISMED
DENOMINACION DE LA CONTRATACION	Contratación del Servicio de Análisis y Procesamiento de Información del SISMED en el ámbito de la DIRESA Puno por la modalidad de Locación de Servicios para el Almacén Especializado de Medicamentos de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID).
I. FINALIDAD PUBLICA	
Gestionar eficientemente el Sistema de Suministro de Medicamentos, Insumos Médicos y Productos Sanitarios	
II. ANTECEDENTES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ley N° 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos ➤ Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" - Directiva de SISMED ➤ Convenio entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Gobierno Regional Puno. 	
III. OBJETIVO DE LA CONTRATACION	
Mejorar los procesos de conciliación, presupuestal financiera descentralizado de los de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a las Redess De Salud de la Región de Puno por fuente de financiamiento	
IV. ALCANCES DEL SERVICIO	
N/A	
V. REQUISITOS EL PROVEEDOR / PERFIL DE CONSULTOR	
PERFIL	
Requisitos para el Puesto <ul style="list-style-type: none"> ➤ Curriculum vitae documentado ➤ Declaración jurada (formato N° 10) ➤ Declaración jurada de disponibilidad inmediata ➤ 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 	



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

Dirección
Ejecutiva
de



"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

Documentos a ser evaluados

- a. Contador Público y/o Administrador
- b. Acreditar experiencia laboral mínima de 01 año en el desempeño de las actividades afines al servicio convocado en el Sector Público o Privado.
- c. Cursos del área laboral
 - Curso en Sistema Integrado de Administración Financiera –SIAF 60 horas
 - Curso del Sistema Informático SIGA 60 horas
 - Curso WORD y EXCEL básico 32 horas
- d. Conocimientos y habilidades
 - Conocimiento del sistema informático SISMED
 - Aptitud de vocación de servicio
 - Responsabilidad
 - 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.

VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR:

El Servicio se brindará en las instalaciones de la DIRESA PUNO - Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas -DIREMID ubicada en la Jr. José Antonio Encinas N° 145-Puno

PLAZO DE EJECUCION:

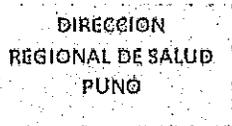
Único entregable: 18 días calendario, PRODUCTO desde la notificación de la Orden de Servicio al 28 de diciembre del 2023.

VII. ENTREGABLES/RESULTADOS

Entregable:

PRODUCTO (INFORME)

1. Informe mensual de seguimiento de la ejecución de presupuesto de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias de la DIREMID



Dirección
Ejecutiva
de



"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

2. Informe mensual de seguimiento de la ejecución de presupuesto a toda fuente de financiamiento de Suministros Médicos de las 12 Unidades Ejecutoras.
3. Informe mensual en el seguimiento de la revisión de ingresos de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios al sistema SIGA, órdenes de compra y pecosas NEAS 40 documentos de los almacenes Demanda y Estrategia de la DIREMID.
4. Apoyo en la revisión de pecosas emitidas por la oficina de logística, de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, 40 pecosas por mes.
5. Informe del análisis y procesamiento de información del SISMED y SIGA de los movimientos de Productos Farmacéuticos (vacunas) del almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras del periodo 2016 al 2020
 - Revisión de Pecosas de vacunas ingresadas al SIGA,
 - Revisión de ingresos de Órdenes de Compra, enfocado vacunas
 - Revisión de salidas ICI del consumo de productos,
 - Revisión de inventario anual de los productos
6. Informe final del análisis y procesamiento del origen de vencidos de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios del Almacén Especializado del 2020 hasta la actualidad.
7. Avance del análisis y procesamiento del origen de vencidos de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de las 11 redes de salud acumulados de ejercicios anteriores.

VIII. OTRAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA (*)

INCUMPLIMIENTO:

El incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente contrato constituye causal de resolución automática del contrato. La Entidad, por decisión unilateral, podrá resolver el presente contrato, sin pago de indemnización por ningún concepto al proveedor, a simple solicitud de la Entidad. Para ello, la Entidad comunicará por escrito al domicilio o correo electrónico del proveedor, sobre la resolución del contrato.

IX. SUPERVISIÓN

El contratista mantendrá Informado a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas -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 recepcionados el ENTREGABLE.



DIRECCION
REGIONAL DE SALUD
PUNO

Dirección
Ejecutiva
de



"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO
Se efectuará en soles, en una (01) armada, luego de presentado el ENTREGABLE, debiendo contar previamente con la conformidad de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas -DIREMID - Único Pago por S/ 1,950.00.
XII. PROPIEDAD INTELECTUAL (De corresponder)
N/A
XIII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)
El Locador 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
De acuerdo a la normatividad vigente de contrataciones del Estado
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.



[Signature]
D. DANICA SANCA CHAVEZ
CQFP: 22106
Directora Ejecutiva de Medicamentos

Area Usuaría o Responsable de Área Meta SIAF



Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

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 encuentre 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 1.1 del Artículo 11 del TUO 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.



Dirección Ejecutiva de Administración

Dirección de la Oficina de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

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 _____

.....
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.



Dirección Ejecutiva de Administración

Dirección de la Oficina de Abastecimiento

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

FORMATO Nº 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 Nº _____ domiciliado en _____; al amparo de lo dispuesto por los artículos 48º y 49º Texto Único Ordenado de la Ley Nº 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:

Márcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
<input type="checkbox"/>	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 (a), Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre sí, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad).
<input type="checkbox"/>	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad: Espos(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí.
<input type="checkbox"/>	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 411º 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.