

**"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**

Puno, 14 de mayo del 2024.

**OFICIO N° 9031 -2024-DIRESA-PUNO/ DG-DESP-CPSM**

Señor:

C.P.C. David ARONI ACERO

DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION DIRESA - PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
CONTROL DE RECEPCIÓN  
16 MAY 2024  
Hora: 8:55 Folios: 07  
Aceptado por: [Firma]

**PRESENTE. -**

**ASUNTO: SOLICITO CONTRATACION DE PROFESIONAL PSICOLOGO PARA EL PP - 051 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS – DEVIDA.**

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez, hacerle alcance del TDR del PPO051 Prevención y Tratamiento de Consumo de Drogas para la convocatoria de personal destinado a establecimientos de salud de primer nivel de atención de la jurisdicción de la región de salud Puno para que realicen la actividad del servicio de orientación, consejería e intervención breve en consumo de alcohol y drogas.

CANT	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DE LA INSTITUCION (EESS)
01	PUNO	CHUCUITO JULI	JULI	PUEBLO LIBRE
01	PUNO	COLLAO	PILCUYO	PILCUYO
01	PUNO	MELGAR	AYAVIRI	CONO NORTE
01	PUNO	SAN ROMAN	JULIACA	JORGE CHAVEZ

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

Adjunto: TDR

Atentamente,



Polc. Manuel J. Rodríguez Cáceres  
COORDINADOR REGIONAL  
CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL  
COORDINADOR REGIONAL  
DIRESA PUNO  
CPR. 11905

**DIRESA**  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
BASE A: [Firma]  
PARA: [Firma]  
DIA MES AÑO: 16 05 24  
CPC. David Aroni Acero  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DIRESA PUNO  
MAT. 1052

ROQ/mj/c

C.c. Arch 2024

saludmental: dresapuno@hotmail.com

DIRECCION DE LOGISTICA

16 MAY 2024

N° Folios: 48 Hora: 11:22 Firma: [Firma]

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

LOGISTICA

Para:

DIA MES AÑO

*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

## CRONOGRAMA

### CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIOS EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD – PUNO

FECHA	ACTIVIDAD
17/05/2024 al 19/05/2024	Publicación en la página web de la DIRESA Puno
20/05/2024 al 21/05/2024	Presentación de expedientes por tramite documentario (09:00 am. hasta 15:00 pm.)
22/05/2024	Evaluación de expedientes y resultados
23/05/2024	Entrega de la orden de servicio 11:30 am.
01/06/2024	Inicio de labores



*Manuel J. Rodríguez Cáceres*  
Psic. Manuel J. Rodríguez Cáceres  
CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL  
COORDINADOR REGIONAL  
DIRESA PUNO  
CP-117

**FORMATO N° 02**  
**TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS**

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Área usuaria	PROGRAMA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS PP0051- Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación</b>	
Contratación de Servicio de Salud Mental orientado a las personas con consumo perjudicial del Alcohol en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
<b>Finalidad pública</b>	
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.	
<b>Antecedentes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio N° 064-2021-DV-AD-PUNO, convenio de cooperación entre la DIRESA Puno y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA)</li> <li>• Los problemas neuropsiquiátricos 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 menos edad, según investigación del CEDRO en el año 2021 un alto número de mujeres, en nuestra región 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.</li> </ul>	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Contratar los servicios de 04 profesionales psicólogos por la modalidad de Locación de Servicios para ejecutar actividades del "Servicio de Orientación, Consejería e Intervención Breve" en establecimientos de salud del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
<b>3. TÉRMINOS DE REFERENCIA:</b>	
<b>3.1. Perfil Requerido:</b> Formación académica: título profesional psicólogo	
<b>Experiencia Laboral</b>	
<b>General:</b> 1 año en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA (se considera la experiencia como SERUMS)	
<b>REQUISITOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título profesional psicólogo o Licenciado en Psicología</li> <li>• Resolución de término de SERUMS</li> <li>• Colegiatura y habilitación vigente</li> </ul>	
<b>COMPETENCIA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocación de servicio</li> <li>• Responsabilidad</li> <li>• Calidad de trabajo, iniciativa en colaboración y apoyo, confidencialidad, eficiencia.</li> <li>• Orientación hacia resultados</li> <li>• Capacidad de Trabajo en equipo</li> <li>• Calidad y oportunidad de la atención.</li> <li>• Adecuación a normas y procedimientos.</li> </ul>	



### Capacitación obligatoria

- Cursos de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones (40 Horas).
- Curso de Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol (40 Horas) y/o cursos de salud mental.

### Deseable

- Diplomado de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones.

### 3.2 Documentación a presentar:

- Curriculum vitae documentado (foliado)
- Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al estado, inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el estado e impedimento para ser trabajador según anexo adjunto.
- Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales según anexo adjunto.
- Declaración jurada de disponibilidad inmediata según anexo adjunto. Declaración jurada sobre vinculación con algún(os) funcionario(s) o servidores(es) de la Dirección regional de Salud Puno, no tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad con funcionarios y servidores públicos de la Dirección regional de Salud Puno según anexo adjunto.
- Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público, y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.
- Registro Nacional de proveedores (para compras mayores a 1UIT)
- Carnet de Vacunación contra el Covid-19(03 dosis de vacuna) deseable según normatividad vigente.

## 4. PRESTACION DE SERVICIO

### 4.1 Lugar de ejecución

Centros de Salud del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno, específicamente en la Red de Salud Chucuito Juli (Centro de Salud Pueblo Libre), en la Red de Salud El Collao (Centro de Salud Pilcuayo), en la Red de Salud Melgar (Centro de Salud Cono Norte) y en la Red de Salud San Román (Centro de Salud Jorge Chávez).

### 4.2 Plazo de ejecución

- El plazo de ejecución del servicio es de **7 meses** a partir del 1 de junio al 31 de diciembre del 2024 en los CENTROS DE SALUD PUEBLO LIBRE, PILCUYO y CONO NORTE.
- El plazo de ejecución del servicio es de **4 meses** a partir del 1 de junio al 30 de setiembre del 2024 en el CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ.

### 4.3 Actividades

Orientación, consejería e intervención breve en uso perjudicial del alcohol, según POA 2024, así como registro de atenciones en los Sistemas informáticos (HIS Y FUAS).

- 13 Personas orientadas a personas con problemas relacionados al consumo de drogas con tamizaje (ASSIST) por mes.
- 08 Personas atendidas en riesgo bajo con paquete completo. (2 sesiones) por mes.
- 05 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



<b>4.4 Producto</b>
Informe mensual de actividades que contenga lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades realizadas en cumplimiento de metas asignadas según POA-2024</li> <li>- Reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación.</li> <li>- Informe de metas para ser registrada en el SIMDEV (Anexos, directorios, actas, entre otro documentos)</li> </ul>
<b>5. CONFORMIDAD</b>
La conformidad de prestación del servicio será remitida por el responsable del Programa Control y Prevención en Salud Mental DIRESA Puno
<b>6. SUPERVISION:</b>
La Directora Ejecutiva de Salud de las personas de la DIRESA Puno
<b>7. CONDICIONES Y MODALIDADES DE PAGO</b>
El pago se realizará previa conformidad e informe mensual correspondiente. Tres mil seiscientos soles (S/. 3640.00) por mes.
<b>8. PENALIDAD APLICABLE</b>
De acuerdo a la normativa vigente de contrataciones del estado

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



*Manuel J. Rodríguez Cáceres*  
**Manuel J. Rodríguez Cáceres**  
 DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD MENTAL  
 Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL  
 DIRECTOR REGIONAL  
 DIRESA PUNO  
 PUNO, 11905

**Área Usuaria**  
**(Responsable de la Meta SIAF)**



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

**FORMATO N° 10**  
**DECLARACIÓN 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 Estado<sup>5</sup>
3. No tener inhabilitación vigente<sup>6</sup> 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 \_\_\_\_\_

.....  
Firma<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Numeral 11.1 del Artículo 11 del TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado

<sup>6</sup> Artículo 242 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General

<sup>7</sup> 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.



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

FORMATO N° 11

DECLARACIÓN 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 \_\_\_\_\_

.....  
 Firma\*

\* 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.



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

**FORMATO Nº 12**

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACIÓN 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 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:

Marcar 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 tío(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: Esposo(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 411 º 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<sup>a</sup>

\* 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.