

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

CRONOGRAMA

| FECHA | ACTIVIDAD |
|--|--|
| 20/09/2024 | PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO |
| 23/09/2024 HORARIO DE 09:00 A 14:00 HORAS | PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES, SEGÚN TERMINOS DE REFERENCIA Y PROPUESTA ECONOMICA EN SOBRE CERRADO AL PERFIL QUE POSTULA, MESA DE PARTES DE LA DIRESA PUNO |
| 24/09/2024 | EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS |

“Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

Puno, 17 de setiembre del 2024

OFICIO N° 122-2024-GRP PUNO/DIRESA-DG/DESP-DAP.

Señor:
M.C. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REINOSO
 Director Regional
 Dirección Regional de Salud – PUNO



PRESENTE. -

ASUNTO : Solicito convocatoria por locación de servicio

ATENCION : Lic. Adm. Alipio CALLA GOMEZ.
 Dirección Ejecutiva de Administración

Tengo el grato honor de dirigirme a usted, con la finalidad de solicitarle la contratación de los servicios de un profesional para crear documentos informáticos y desarrollar la Implementación de sistema de información para impresión del Formato Única de Atención Administrativa (FUA-A), en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno, con la fin de mejorar los procesos de auditoría y su reembolso respectivo de las atenciones brindadas por traslado de emergencias y gestantes alojadas a casa materna, debiendo afectar al siguiente presupuesto:

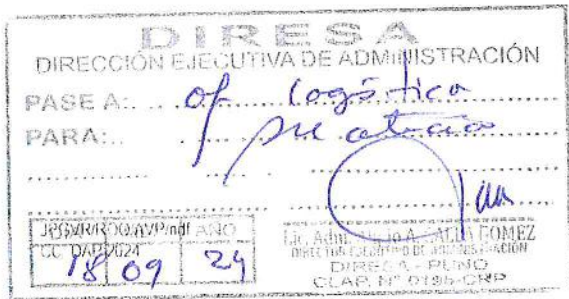
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : Donaciones y Transferencias
META : 95
CENTRO DE COSTOS : 4.6
CLASIFICADOR : 2.3. 2.9. 1.1
IMPORTE : S/. 3,600.00



Adjunto: Términos de referencia (TDR)

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



ANEXO N°02
TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y CONSULTORÍA

| | |
|---|--|
| Unidad Orgánica | Dirección se Aseguramiento Publico DIRESA PUNO |
| Actividad Del POI: | Dirección se Aseguramiento Publico DIRESA PUNO – Área de Informática Capacitación de personal. |
| Denominación de la Contratación: | Contratar los servicios de un profesional para crear documentos informáticos y desarrollar la Implementación de sistema de información para impresión del Formato Única de Atención Administrativa (FUA-A) |
| I. FINALIDAD PÚBLICA | |
| La finalidad pública de esta contratación busca desarrollar la creación de un sistema de información en documentos informáticos, para que todos los Establecimientos de Salud de la Región Puno, puedan sus Formatos Únicos de Atención Administrativa (FUA-A) la cual tiene que ser implementada desde el 1 de julio del presente año 2024, según RJ N° 000050-2024-SIS/J. | |
| II. OBJETIVO DE LA CONTRATACION | |
| Contratar los servicios de un profesional para crear documentos informáticos y desarrollar la impresión del Formato Único de Atención Administrativa (FUA-A) de forma automatizada y almacenada para su seguimiento y control posterior. Dicha finalidad y objetivo serán cumplidos según el alcance del numeral III del presente TDR. Disminuir el gasto de impresión de FUA-A para IPRESS alejadas y con mínima producción de FUA Administrativa. | |
| III. ALCANCES DEL SERVICIO | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear documentos informáticos para auditoria, seguimiento y monitoreo posterior de FUA Administrativa (FUA-A) ✓ Desarrollar el FUA Administrativa (FUA-A) con todo los campos del anexo 2, de la Directiva Registro de FUA-A V.01 de la RJ N° 000050-20324-SIS/J, para el uso debe permitir el registro de usuario y contraseña por cada Red de Salud y/o RIS conformada del ámbito de la Región Puno. ✓ El sistema desarrollado tiene que controlar los dígitos del CIE 10, registrados permitiendo el uso del BUSCADOR por medio de código CIE 10 y/o por descripción de diagnósticos a registrar y por código RENIPRESS - SUSALUD. ✓ El sistema desarrollado una vez terminado con el correcto registro del formato digital permitirá exportar en un archivo PDF del FUA-A, para así firmar por el responsable de la Unidad de Seguros o quien a haga sus veces. ✓ El sistema desarrollada una vez culminada la digitación en el FUA-A automatizada, debe generar numeración correlativo y automática sin duplicidad, iniciado desde 0001, 0002 y continua con sus respectivos código de IPRESS- SUSALUD. ✓ El sistema desarrollado permitirá adjuntar los archivos que garanticen las prestación realizada como son: Hoja de Referencia, FUA con código 062 (Atención de Emergencia), solicitud del vale combustible y solicitud de ambulancia. ✓ Publicación de reportes en Microsoft Power BI de atenciones administrativas brindadas al asegurado al SIS a nivel Regional con data para exploración en SQL Server y Excel. ✓ Publicación de reportes en Microsoft Power BI de producción de FUAs – Administrativas (FUA-A) brindadas al asegurado al SIS a nivel Regional con data para exploración en SQL Server y Excel. ✓ Publicación de indicadores regionales con data SIS en Microsoft Power BI con data para exploración en SQL Server y Excel de las atenciones de traslados y casa | |






| | |
|--|---|
| | maternas. |
| IV. REQUISITOS MINIMOS | |
| | FORMACION ACADEMICA: ✓ Ingeniero de Sistemas, colegiado y habilitado ESPECIALIZACION ✓ Curso o Diplomado en Gestión Pública ✓ Curso o Diplomado en Base de datos EXPERIENCIA: ✓ Cuatro (04) años en el sector público y/o privado. OTROS: ✓ Contar con RNP ✓ CCI ✓ Ficha RUC (habido) |
| V. SEGUROS | No corresponde |
| VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION | Lugar: Local de DIRESA PUNO Plazo: El plazo de ejecución del servicio será por 20 (veinte) días calendarios. |
| VII. ENTREGABLES Y/O PRODUCTO. | <p>El servicio consiste crear y desarrollar la Implementación de sistema de información para impresión del Formato Única de Atención Administrativa (FUA-A), que será entregado a la Dirección de Aseguramiento Publico de la DIRESA PUNO de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el FUA Administrativa (FUA-A) con todo los campos del anexo 2, de la Directiva Registro de FUA-A V.01 de la RJ N° 000050-20324-SIS/J, para el uso debe permitir el registro de usuario y contraseña por cada Red de Salud y/o RIS conformada del ámbito de la Región Puno. • El sistema desarrollado tiene que controlar los dígitos del CIE 10, registrados permitiendo el uso del BUSCADOR por medio de código CIE 10 y/o por descripción de diagnósticos a registrar y por código RENIPRESS - SUSALUD. • El sistema desarrollado una vez terminado con el correcto registro del formato digital permitirá exportar en un archivo PDF del FUA-A, para así firmar por el responsable de la Unidad de Seguros o quien a haga sus veces. • El sistema desarrollada una vez culminada la digitación en el FUA-A automatizada, debe generar numeración correlativo y automática sin duplicidad, iniciado desde 0001, 0002 y continua con sus respectivos código de IPRESS- SUSALUD. • El sistema desarrollado permitirá adjuntar los archivos que garanticen las prestación realizada como son: Hoja de Referencia, FUA con código 062 (Atención de Emergencia), solicitud del vale combustible y solicitud de ambulancia. • Publicación de reportes en Microsoft Power BI de atenciones administrativas brindadas al asegurado al SIS a nivel Regional con data para exploración en SQL Server y Excel. • Publicación de reportes en Microsoft Power BI de producción de FUAs – Administrativas (FUA-A) brindadas al asegurado al SIS a nivel Regional con data para exploración en SQL Server y Excel. • Publicación de indicadores regionales con data SIS en Microsoft Power BI con data para exploración en SQL Server y Excel de las atenciones de traslados y casa maternas. |
| VIII. CONFORMIDAD | La Conformidad será otorgada por la Oficina de Estadística e Informática, Área de Informática DAP y la Dirección de Aseguramiento Publico de la DIRESA PUNO. |
| IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO | |



| | |
|--|---|
| | El pago será de manera única por un monto de S/. 3,600.00 (Tres mil seiscientos 00/100 soles). |
| X. CONFIDENCIALIDAD | No corresponde. |
| XI. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR | El proveedor es responsable de la garantía y calidad del servicio ofertado durante la prestación del mismo, hasta su culminación y conformidad del área usuaria, por un periodo de 6 meses. |
| XII. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACION DE BIENES | No corresponde. |
| XIII. CONSIDERACIONES GENERALES A LOS PRODUCTOS | No corresponde. |
| XIV. GASTOS POR DESPLAZAMIENTO | No corresponde. |
| XV. PENALIDADES | <p>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</p> <p>En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso.</p> <p>La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente formula:</p> $\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$ <p>Donde F tiene los siguientes valores:</p> <p>a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F = 0.40$</p> <p>b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:</p> <p>b.1) Para bienes, servicios y consultorías: 0.25.</p> <p>b.2) Para Obras: $F = 0.15$</p> <p>Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial de ser el caso, que fuera materia de retraso.</p> <p>Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.</p> <p>Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.</p> |
| XVI. OTRAS PENALIDADES | No corresponde. |




Mg. Abraham Velásquez Pimentel
COP. 10230
Dirección de Aseguramiento Público
DIRESA - PUNO

"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 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 Estado⁵
3. No tener inhabilitación vigente⁶ 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 _____

.....
Firma⁷

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

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

⁷ 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 Nº 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado
con
Documento Nacional de Identidad Nº _____ 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 _____

.....
Firma⁸

⁸ 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° 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 sí. |
| | 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 _____

.....
Firma⁹

⁹ 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.



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



**FORMATO
OFERTA ECONOMICA**

Señor
DIRESA - PUNO

Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado los terminos de referencia por la Dirección Regional de Salud Puno, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, cumpliendo con la integridad de vuestros requerimientos, conforme a las condiciones y plazos establecidos adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

| ITEM | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN | MONTO TOTAL DE OFERTA ECONOMICA |
|--------------|------------------|---------------|---------------------------------|
| 1 | SERVICIO | Ing. Sistemas | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

El monto total de la oferta económica incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en la oferta económica

Finalmente, cumpla con los términos de referencia establecida para la citada prestación, a los cuales me someto en su integridad.

Atentamente,

.....
Firma y Sello

Nombre o Razón Social:

RUC:

Teléfono:

Correo Electrónico:



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

"Puno, capital Folklórica del Perú"

Puno, 05 de setiembre del 2024

DIRECCION DE SALUD PUNO
 Unidad de Secretaría Administrativa
CONTROL DE RECEPCION
 Puno: 05 SEP 2024
 Hora: 07-F
 Folios: 3
 Recepcionado por: [Signature]

OFICIO No 0765 - 2024- GR - PUNO- GR/DS/DIRESA/DESP - ESRANS

Señor:
M.C. Jean Paul VALENCIA REINOSO
Director General de la DIRESA Puno
Presente. -

ASUNTO: Solicitud de Contratación de Locador de Servicios

Por medio de la presente, me permito comunicar a usted que la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición saludable tiene la necesidad de contratar a un locador de servicio, cuyo objetivo será realizar el seguimiento de la implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas – TDI en la región Puno.

Por lo tanto, solicito la aprobación para proceder con la contratación del locador de servicios y la oficina correspondiente proceda con los trámites administrativos necesarios para mencionado contrato, se adjunta documentos requeridos.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

3413
 DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
 CONTROL DE RECEPCION
 06 SEP 2024
 Hora: 11:00 Folios: 3
 Recepcionado por: [Signature]



M. C. Roel Oré Quispe
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECTOR - DIRESA - PUNO
C.M.P. 24209

RuQ/NUAF/nuaf
C.c. Archivo 2024
C.c. DESP



DIRESA
 DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
 PASE A: of. logística
 PARA: materia
 DIA MES AÑO
 06 09 24
 Lic. Adm. Alicia A. GALLO GARCIA
 DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL PUNO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
 CARGO N°: 5865
 PASE A: Aprobación
 PARA: Autorizado
 Fecha: 06 SEP 2024
 Hora: [Signature]
 M.C. JEAN PAUL G. VALENCIA REINOSO
 Director Regional De Salud Puno
 DIRECTOR REGIONAL

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

CRONOGRAMA

| FECHA | ACTIVIDAD |
|--|--|
| 20/09/2024 | PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO |
| 23/09/2024 HORARIO DE 09:00 A 14:00 HORAS | PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES, SEGÚN TERMINOS DE REFERENCIA Y PROPUESTA ECONOMICA EN SOBRE CERRADO AL PERFIL QUE POSTULA, MESA DE PARTES DE LA DIRESA PUNO |
| 24/09/2024 | EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS |



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATAJAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”
“Puno, capital Folklórica del Perú”

Puno, 03 de setiembre del 2024.

OFICIO N° 057 - 2024- PUNO – GR/DS/DIRES/DESP – DAIS - ESRANS

Señor:
Lic. Adm. Alipio CALLA GOMEZ
Director Ejecutivo de Administración
Presente. –

Asunto: Solicito contrato de locador

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de que ordene a quien corresponda realice el contrato de locador, correspondiente al presente año fiscal 2024, mencionado locador cumplirá actividades de acuerdo al TDR establecido por la Estrategia Regional Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, se adjunta al presente los documentos requeridos.

Con cargo a afectar:

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Fte. Fto. | : Recursos Ordinarios |
| Meta | : 038 |
| Centro de costo | : 4.11.1 NUTRICION |
| Específica de Gasto | : 2.3.29.11 |
| Monto total | : S/. 14150.00 |

Sin otro particular me despido de Usted con las consideraciones más distinguidas y mayor estima personal.

Atentamente,




Noemí Ayma Flores
 LIC. NUTRICIÓN HUMANA - ENP 1961
EX. O. SERV. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 2024

FORMATO N° 03

TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS - LOCACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|--|--|
| ORGANO Y/O UNIDAD ORGANICA: | Estrategia Sanitaria de alimentación y Nutrición Saludable |
| ACTIVIDAD DEL POI/ ACCION ESTRATEGICA DEL PEI: | MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL |
| DENOMINACION DE LA CONTRA TACION | Servicio especializado en salud preventiva (Nutricionista) |
| I. FINALIDAD PÚBLICA | |
| Seguimiento de la implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas - TDI en la región Puno | |
| 11. ANTECEDENTES | |
| <p>La Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición se encuentra limitada en recursos humanos profesionales en Nutrición Humana donde un papel que desempeñan es la promoción y prevención de la salud y el bienestar de la población, especialmente en el Contexto de estrategias para combatir problemas de salud pública como la anemia y la desnutrición crónica, por lo que se requiere la contratación de un profesional en Nutrición Humana, quien tendrá la responsabilidad de llevar a cabo el monitoreo de la Tecnología de Decisiones Informadas, un instrumento de gestión clave para los gobiernos locales. El objetivo principal de esta estrategia es la reducción efectiva de la anemia y la desnutrición crónica en la población.</p> <p>El profesional contratado desempeñará un papel crucial en la implementación y evaluación de esta estrategia, asegurando que las políticas y programas se alineen con los estándares y objetivos establecidos. Además, será responsable de la coordinación con otros actores locales para garantizar una ejecución eficiente y una adecuada recolección y análisis de datos, lo que permitirá tomar decisiones informadas para mejorar continuamente las intervenciones nutricionales.</p> | |
| 111. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN | |
| Realizar el seguimiento de la implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas - TDI en la Región Puno | |
| IV. TÉRMINOS DE REFERENCIA | |
| Perfil Requerido | |
| Requisitos para el Puesto | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Currículo vitae documentado - Declaración jurada (Formato N° 10). - Declaración jurada de disponibilidad inmediata (Formato N° 11) - Declaración jurada sobre vinculación con algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la Dirección Regional de Salud Puno (Formato N° 12) - Registro Nacional de Proveedores (para compras mayores a un (01) UIT. - Sin antecedentes de conflictos laborales con la institución. | |
| Documentos a ser evaluados | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Formación académica: Licenciado y/o Bachiller en Nutrición Humana. Profesional con habilidades para la toma de decisiones y afines - Experiencia general un (1) año de experiencia mínimo en el sector público o privado - Experiencia específica Encuestador del INEI o participación cívica - Curso de capacitación Herramienta Office Excel avanzado - Constancia de por lo menos haber implementado una TDI. - Contar con un plan de TDI, presentado (documento oficial) | |
| V. PRESTACION DEL SERVICIO | |
| Lugar de ejecución: | |
| Distritos que están realizando la implementación del TDI | |
| Plazo de ejecución: | |
| Del: | |
| <p>Primer entregable: 15 de setiembre de 2024(25 días calendarios de ejecución del servicio)</p> <p>Segundo entregable: 15 de octubre de 2024 (25 días calendarios de ejecución del servicio)</p> <p>Tercer entregable: 15 de diciembre de 2024(25 días calendarios de ejecución del servicio)</p> | |
| Actividades a desarrollar: | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de la implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas. - Verificación del desarrollo del paso 0 (primer contacto con alcalde y equipo de gestión) <p>Medios verificables: Actas de acuerdos con contenido de identificación del problema (Anemia-DCI), con firmas del personal responsable de Salud y de los responsables del gobierno local de los distritos abajo mencionados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación del desarrollo del paso 1 (mapeo de actores y presentación de la Tecnología de Decisiones Informadas) <p>Evidencias: Actas Directorio y mapas de intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación del desarrollo del paso 2 (Taller de Socialización e Inducción) | |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Verificación del desarrollo del paso 3 (aplicación de encuesta) Evidencias. Relación de firma de encuestadores de los Distritos mencionados, vistas fotográficas. - Acompañamiento del paso 4 (presentación de resultados matriz de priorización de acciones, plan concertado local) Evidencias; Actas, matriz del plan de trabajo de por lo menos un Distritos de los mencionados. - Acompañamiento del paso 5 (seguimiento y monitoreo del plan concertado local) Evidencias. Actas. Matriz del plan de trabajo de por lo menos un Distritos de los mencionados |
| <p>Conformidad:</p> <p>La Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable dará la conformidad de locación de servicios.</p> |
| <p>Entregables o Producto:</p> <p>A la culminación del servicio el locador del servicio deberá presentar un informe por cada Distrito que implementa la Tecnología de Decisiones informadas</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Primer producto: Avance de los pasos de los distritos de: Asillo, Ananea y Pomata b. Segundo Producto: Avance de los pasos de los distritos de : Nuñoa, Melgar y Macusani c. Tercer Producto: Informe Gerencial de la Tecnología de Decisiones Informadas |
| <p>VI. CONDICIONES DE PAGO</p> <p>La propuesta económica es de S/ 14 150.00. (los pagos mensuales son referenciales)</p> <p>1er pago S/ 5000.00 a la entrega del primer producto (informe avance de productos)</p> <p>2do pago S/ 5000.00 a la entrega del segundo producto (informe avance de productos)</p> <p>3er pago S/ 4150.00 a la entrega del tercer producto (informe gerencial)</p> |


 EMPRESA PUNO COOPERATIVA S.R.L.
 Noemi Ayina Flores
 LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA - CNP 1961
 C.E. N° 254

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 Estado⁵
3. No tener inhabilitación vigente⁶ 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 _____

.....
Firma⁷

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

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

⁷ 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:

ue, declaro bajo juramento tener la **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

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

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁸

⁸ 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:

Ehré 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 _____

.....
Firma⁹

⁹ 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.



PERÚ

Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud Puno



**FORMATO
OFERTA ECONOMICA**

Señor
DIRESA - PUNO
Presente.-

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber verificado los terminos de referencia por la Dirección Regional de Salud Puno, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, cumpliendo con la integridad de vuestros requerimientos, conforme a las condiciones y plazos establecidos adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

| ITEM | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN | MONTO TOTAL DE OFERTA ECONOMICA |
|--------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | SERVICIO | Licenciado y/o Bach. en Nutricion | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

El monto total de la oferta económica incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el servicio ofertado. En tal sentido LA DIRESA PUNO no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en la oferta económica

Finalmente, cumpla con los términos de referencia establecida para la citada prestación, a los cuales me someto en su integridad.

Atentamente,

.....
Firma y Sello

Nombre o Razón Social:

RUC:

Teléfono:

Correo Electrónico: