



PERÚ

Gobierno Regional  
Puno

Dirección Regional  
de Salud Puno



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Puno, 23 de abril 2025

OFICIO N° 115-2025-GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO/OL

Señor:

Ing. Fredy Martin QUINTO PINEDA  
Director de la Oficina de Estadística y Telecomunicaciones

PRESENTE.-

ASUNTO : REMITE TERMINOS DE REFERENCIA PARA SU  
PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL

REF. : OFICIO N° 031-2025-DIRESA-PUNO/DG-DESP-CPSM  
OFICIO N° 153-2025-GR-PUNO/DIRESA-DG/DLRSP

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, 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**.

N°	LOCADOR DE SERVICIO	CANTIDAD
1	PSICOLOGO	04
2	BIOLOGO	01

Se adjunta los siguientes documentos:

- (02) Términos de Referencia
- (02) Cronograma de convocatoria
- (01) Formatos 10, 11 y 12.

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

Atentamente,

  
 J.C. ADM. ALIRIO ARNOLFO CALLA GOMEZ  
 DIREC. EJEC. ADMINISTRACIÓN  
 REGION REGIONAL DE SALUD PUNO  
 WCHA/twcha  
 C.c.  
 -Logística  
 -Archivo 2025



  
 CPC. Edywin G. Mamani Apaza  
 DIRECTOR DE LA OFICINA LOGISTICA  
 DIRESA PUNO

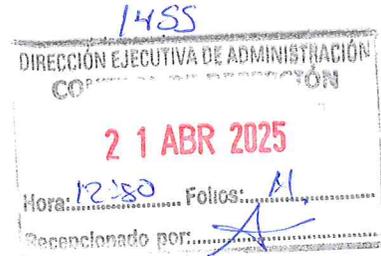


"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

Puno, 16 de Abril del 2025

OFICIO N° 153 - 2025 - GR-PUNO/DIRESA-DG/DLRSP

Señor: Lic. Adm. ALIPIO ARNULFO CALLA GÓMEZ DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN DIRESA - PUNO



Presente.-

Asunto : SOLICITO CONTRATACIÓN POR LOCACION DE SERVICIOS

Atención : DIRECCIÓN DE LOGISTICA

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y hacer de su conocimiento que debido a la renuncia del Locador de Servicios y de acuerdo a la Ley N° 32185 Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, es que solicito a quien corresponda, realice una nueva convocatoria, para la contratación bajo la modalidad de Locación de Servicios; de 01 profesional Biólogo para el Área de Metaxénicas y Zoonosis del Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública de la DIRESA Puno; por un periodo máximo de 08 meses (240 días calendario) a partir del mes de mayo del presente año. Se adjunta al presente: cronograma, términos de referencia y formatos correspondientes.

El presupuesto que se afectará será el siguiente:

- FTE. FTO. : 00 Recursos Ordinarios DIRESA Puno
META SIAF : 19 Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metaxénicas
CENTRO DE COSTO : 14257 - Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública
PCA : 61,000.00 Soles
CLASIFICADOR DE GASTO : 2.3.2.9.1.1

Agradeciendo anticipadamente la atención que brinde al presente, quedo de Ud. - PUNO LOGISTICA

Atentamente,

Stamp from DIRESA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN with handwritten details: PASE A: Dir. Logística, PARA: su atención, and a table with date 21 04 25.



Signature and stamp of Dr. Angel Cesar Medina Colque, Biologo - CBP. 1150, Director

Stamp from DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PÚBLICA with handwritten notes: Adquisiciones, su atención según corresponda, and date 22 04 25.

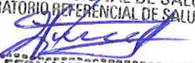
Additional stamp with handwritten number 792-21 and date 11 8-30

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

## CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

### CRONOGRAMA

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
23, 24 y 25/04/2025	PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO
28/04/2025 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
28/04/2025	EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD PUBLICA  
  
Bigo FERNANDO R. ARIAS VALDIVIA  
C B P 3481



"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

**TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS – LOCACIÓN DE SERVICIOS  
(01 BIÓLOGO)**

<b>ORGANO Y/O UNIDAD ORGANICA:</b>	Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública.
<b>ACTIVIDAD DEL POI/ACCION ESTRATEGICA DEL PEI:</b>	Servicios de prevención y control de enfermedades transmisibles en forma oportuna y de calidad a la población.
<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	Contratación de un (01) profesional de la salud Biólogo para el servicio de procesamiento de muestras biológicas para el diagnóstico de enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas.
<b>I. FINALIDAD PÚBLICA</b>	
Realizar de forma oportuna el diagnóstico laboratorial de enfermedades transmisibles dando prioridad al dengue, otras arbovirosis y zoonosis procedentes de los diferentes EE. SS. de la Dirección Regional de Salud Puno, según Ley N° 32185 Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025.	
<b>II. ANTECEDENTES</b>	
El Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública, ante los últimos brotes de dengue presentados en la provincia de Carabaya y Sandía; requiere ser fortalecido con la contratación de un profesional biólogo para el servicio de procesamiento de muestras biológicas para el diagnóstico de enfermedades transmisibles como dengue, otras arbovirosis y zoonosis; servicios que son necesarios para el normal desarrollo de sus actividades de diagnóstico de enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas de forma oportuna y de calidad, que se brinda a los diferentes establecimientos de salud.	
Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 211-2024-MINSA Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Integral de Pacientes con Dengue en el País.	
Resolución Ministerial N° 982-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 125-MINSA/CDC-INS Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú.	
<b>III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN</b>	
Fortalecer el diagnóstico serológico y molecular del virus del dengue, la vigilancia de serotipos, y diagnóstico de otros arbovirus. Así también, se apoyará al diagnóstico de las enfermedades zoonóticas en el Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud Puno.	
<b>IV. TERMINOS DE REFERENCIA</b>	
<b>Requisitos para el puesto</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Currículum vitae documentado.</li><li>- Carta de Autorización de CCI (Formato N° 06).</li><li>- Declaración jurada (Formato N° 10).</li><li>- Declaración jurada de disponibilidad inmediata (Formato N° 11).</li><li>- Declaración jurada sobre vinculación con algún (os) funcionario (s) o servidor (es) de la Dirección Regional de Salud Puno (Formato N°12).</li><li>- Registro Nacional de Proveedores (RNP).</li><li>- Copia de DNI.</li><li>- Contar con RUC.</li></ul>	





"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

**Documentos a ser evaluados (Copia simple)**

- Título profesional de Licenciado en Biología y/o Biólogo.
- Mención en Microbiología y Laboratorio Clínico (Diploma y/o Constancia).
- Colegiatura y certificado de habilitación profesional vigente.
- Resolución de termino de SERUMS.
- Experiencia general: Haber laborado en el servicio de Laboratorio Clínico de entidades públicas y/o privadas del sector salud (Incluye SERUMS).
- Experiencia en procesamiento de pruebas de ELISA y pruebas moleculares (Opcional).
- Conocimiento básico en procesador de textos y hojas de cálculo (Opcional).
- Certificados de capacitación en los últimos 3 años en el área de laboratorio.

**V. PRESTACION DEL SERVICIO**

**Lugar de ejecución:**

Jr. José Antonio Encinas N° 145 – distrito Puno, provincia Puno, departamento Puno  
Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública - Dirección Regional de Salud Puno.

**Plazo de ejecución:**

El personal contratado está obligado a prestar servicios en el desarrollo de las actividades descritas en el plazo máximo de 08 meses (mayo a diciembre del 2025) en los presentes términos de referencia contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.

**Actividades a desarrollar:**

- Recepcionar, codificar y registrar en el cuaderno, base de datos y en el sistema NETLAB V2 las muestras de suero sanguíneo para el diagnóstico laboratorial de dengue, otros arbovirus (Fiebre Amarilla, Chikungunya, Zika) y de corresponder otras muestras de enfermedades metaxénicas (Leishmaniosis) y zoonóticas en el NETLAB V1.
- Preparar materiales y reactivos para el procesamiento de las muestras de dengue y otros arbovirus de acuerdo a los protocolos de trabajo y normas establecidas.
- Procesar pruebas de ELISA para la detección del Antígeno NS1 y ELISA para la detección de Anticuerpos IgM del virus del dengue.
- Procesar pruebas moleculares RT-PCR (Multiplex) en tiempo real para la detección de los 4 serotipos del virus del dengue.
- Procesar pruebas moleculares RT-PCR (Trioplex) en tiempo real para la detección del virus del dengue, zika y chikungunya.
- Procesar pruebas de ELISA para la detección de Anticuerpos IgM e IgG de otros arbovirus como fiebre amarilla y chikungunya.
- Apoyo en el diagnóstico de otras enfermedades como leishmaniosis, rabia, Hidatidosis, fasciolosis y cisticercosis.
- Enviar contramuestras para la vigilancia de genotipos al Instituto Nacional de Salud.
- Enviar contramuestras para el diagnóstico diferencial de otros arbovirus al Instituto Nacional de Salud.
- Ingresar los resultados correspondientes al Sistema de Gestión de Información de Laboratorios NETLAB V2 para su verificación correspondiente.
- Analizar y registrar la información generada en el diagnóstico, elaborar informes técnicos que orienten las intervenciones de prevención y control local del virus del dengue.
- Participar en los Programas de Evaluación Externa del Desempeño organizado por el Instituto Nacional de Salud.
- Custodiar el estado y control del uso adecuado de la infraestructura, equipos, materiales e insumos del laboratorio a su cargo.
- Elaborar documentos para el Sistema de Gestión de la Calidad correspondientes al Laboratorio de Enfermedades Metaxénicas.
- Realizar el inventario de equipos, reactivos, insumos y materiales del área de Enfermedades Metaxénicas.
- Cumplir con los procedimientos de nivel de bioseguridad, en el área de su competencia.





"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

- Cumplir con los procedimientos y disposiciones de trabajo del Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública.
- Mantener permanentemente informado a su superior inmediato sobre las actividades que ha desarrollado.
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

**Conformidad:**

La conformidad de la prestación del servicio será emitida en un plazo no mayor de cinco (5) días calendario, previo V°B° del Responsable de la Meta SIAF 0019 (Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metaxénicas) y de la Dirección del Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública de la DIRESA Puno y el informe de cumplimiento de las actividades realizadas; de existir observaciones será notificado para las correcciones correspondientes.

**Entregables o Productos:**

El servicio realizado será presentado en forma mensual (08 entregables), para lo cual el locador del servicio deberá presentar un informe (original y copia) por cada entregable de las actividades realizadas en Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública de la DIRESA Puno.

**VI. CONDICIONES DE PAGO**

El monto referencial del servicio asciende a la suma de S/. 3,500.00 (TRES MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES), por cada entregable, incluidos los impuestos de ley y cualquier otro concepto que pueda incidir en el costo del servicio, conforme al siguiente cronograma:

N°	ENTREGABLE	MONTO	PLAZO
01	Primer entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 30 días calendarios
02	Segundo entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 60 días calendarios
03	Tercer entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 90 días calendarios
04	Cuarto entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 120 días calendarios
05	Quinto entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 150 días calendarios
06	Sexto entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 180 días calendarios
07	Séptimo entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 210 días calendarios
08	Octavo entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 240 días calendarios

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el locador, se deberá contar como mínimo con la siguiente documentación:

- Conformidad de servicio
- Comprobante de pago (Recibo por Honorarios).

**VII. PENALIDADES**

Si el LOCADOR incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la orden, se le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al 10% del monto de la orden, para dicho efecto se tomará la fórmula establecida en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**VIII. RESOLUCIÓN DE CONTRATO Y/O ORDEN DE SERVICIO**

En caso de incumplimiento de obligaciones, la entidad procederá al resolver el contrato y/o orden de servicio tomando como referencia el procedimiento establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones de Estado.

**IX. DERECHOS DE PROPIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Las obras, creaciones intelectuales, científicas, entre otros, que se hayan realizado en el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, son de propiedad de la ENTIDAD.

En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente requerimiento son cedidos a la ENTIDAD en forma exclusiva.

El LOCADOR no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros dentro o fuera del Ministerio de Salud salvo autorización expresa de la ENTIDAD, la información





"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

proporcionada por esta para la realización del servicio y en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

Así mismo, el LOCADOR deberá mantener en forma reservada toda la información suministrada por la ENTIDAD y al término de cada encargo devolverá todos los documentos que le hubiesen sido entregados por la ENTIDAD. En caso contrario, será sujeto de la denuncia en el colegio correspondiente y/o ante la instancia judicial respectiva.

**X. BASE LEGAL**

La presente contratación se encuentra regulada por el Código Civil vigente (Artículo 1764 al 1770 – Decreto Legislativo 295), no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el locador contratado, el mismo que no desarrolla actividades de carácter permanente, no generando derecho laboral alguno como consecuencia de la prestación autónoma de sus servicios.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD PUBLICA

  
Bigo FERNANDO R. ARIAS VALDIVIA

Área Usuaria

(Responsable de la Meta SIAF)





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

### FORMATO N° 06

## CARTA DE AUTORIZACIÓN (PARA EL PAGO CON ABONOS EN LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR)

Puno: ..... de: .....

Señor.

Oficina de Abastecimientos

Dirección Regional de Salud Puno

Presente.-

Por medio de la presente, comunico a Ud, que el número del Código de Cuenta Interbancaria CCI de la empresa que represento es el: .....(20 dígitos) a nombre de .....

.....

Indicar el CCI así como el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta; agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura que se emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra o Servicio quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe referida factura (comprobante de pago) a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....  
Nombre y Apellidos (firma y rúbrica)  
Razón Social de la Empresa



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 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.



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 \_\_\_\_\_

.....  
Firma<sup>8</sup>

<sup>8</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° 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:

Table with 2 columns: 'Marcar con equis o aspa' and 'Casos de Vinculación'. It lists categories of kinship such as consanguinity and affinity.

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 \_\_\_\_\_

.....
Firma<sup>9</sup>

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	BIOLOGO	
<b>TOTAL</b>			

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, cumpto 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:

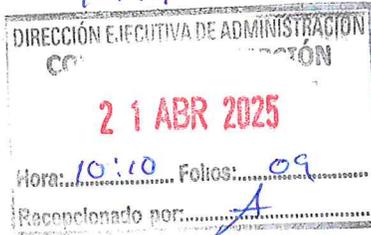
Teléfono:

Correo Electrónico:

**“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”**

Puno, 16 de abril del 2025.

**OFICIO N° 031 -2025-DIRESA-PUNO/ DG-DESP-CPSM**



**Señor:**

C.P.C. Arnulfo Alipio CALLA GOMEZ  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION  
DIRESA – PUNO.

**PRESENTE. -**

**ASUNTO: SOLICITO CONTRATACION DE PROFESIONAL PSICOLOGO PARA EL PP 0051 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.**

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez, solicitar la contratación de psicólogos, para cubrir las plazas que DESISTIERON a la ejecución de órdenes de servicio y perjudicaron el inicio de actividades del PP 0051 Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas:

1. Psicólogo Jorge Wilfredo Salas Rojas, plaza del C.S. MOHO
2. Psicóloga Angela Candelaria Pinto Becerra, plaza del C.S. PROGRESO
3. Psicóloga Alina Katherine Choque Ccuno, plaza del EE.SS. SALCEDO

En relación a lo indicado líneas arriba, se cuenta con presupuesto adicional para contratar otro profesional que cubra las metas tanto físicas como financieras que no se lograron ejecutar por los desistimientos presentados. Para tal efecto solicitamos contratar:

- 01 psicólogo (a) para el C.S. VALLECITO

Con el objetivo de cumplir el Plan Operativo Anual 2025 requerimos completar los profesionales que faltan en los centros de salud focalizados para que ejecuten la actividad del servicio de orientación, consejería e intervención breve en la población con riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas.

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

Adjunto: Cartas de desistimiento y TDR.

Atentamente,



Psic. Manuel J. Rodríguez Cáceres  
COORDINADOR REGIONAL  
DIRESA PUNO  
CPM 1504

**DIRESA**  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

PASE A: *of. logística*

PARA: *su atención*

DÍA	MES	AÑO
21	04	25

Lic. Adm. *Alipio A. Calla Gomez*  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DIRESA - PUNO  
CAP. 1504

EPCC/mjrc

C.c. Arch 2025

**DIRESA - PUNO LOGISTICA**

ase a: *Adquisiciones*

para: *su atención según corresponda.*

saludmental diresapuno@hotmail.com

28 04 25

*497-23*

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

DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA

*“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”*

## CRONOGRAMA

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

FECHA	ACTIVIDAD
23/04/2025	Publicación en la página web de la DIRESA Puno
24/04/2025	Presentación de expedientes por tramite documentario (09:00 am. hasta 15:00 pm.)
25/04/2025	Evaluación de expedientes y resultados
29/04/2025	Entrega de la orden de servicio 9:00 am.
01/05/2025	Inicio de labores



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

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Área usuaria	PROGRAMA DE 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 Psicólogo (a) para el PP 051 PTCO, para la actividad "Orientación, consejería e intervención breve" en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.	
<b>Finalidad pública</b>	
Población recibe intervenciones terapéuticas para disminuir el riesgo y la afectación por el consumo de drogas.	
<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 establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa) reportaron un total de 80 271 casos atendidos de personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas durante el año 2023. Según el informe mundial sobre drogas 2023 de la Oficina de Naciones Unidas, casi 40 millones de personas en todo el mundo padecen de trastornos por el consumo de drogas, pero solo 1 de cada 5 ha recibido algún tipo de tratamiento.</li> </ul>	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Contratar los servicios de <b>04 profesionales psicólogos</b> 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>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formación académica: Título profesional de psicólogo o licenciado en psicología.</li> <li>✓ Resolución de termino de SERUMS</li> <li>✓ Colegiatura y habilitación vigente</li> </ul>	
<b>Experiencia Laboral General:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Un año (01) en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSAs (se considera la experiencia como SERUMS)</li> </ul>	
<b>Competencias:</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>	
<b>Capacitación deseable:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cursos de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones (40 Horas).</li> <li>✓ Curso de Intervención con personas para orientación, consejería e intervención en consumo de alcohol (40 Horas) y/o cursos de salud mental.</li> </ul>	



- ✓ Diplomado de terapia cognitiva conductual y manejo de adicciones.
- **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 servidos(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 (RNP)
  - Todos los documentos deberán ser presentados en un sobre sellado.

#### 4. PRESTACIÓN 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 Puno (Establecimiento de Salud Salcedo y Centro de Salud Vallecito), Red de Salud Azángaro (Centro de Salud Progreso) y Red de Salud Huancané (Centro de Salud Moho).

##### 4.2 Plazo de ejecución

- El plazo de ejecución del servicio es de 270 días contados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

N°	ENTREGABLES
01	Primer entregable: A los 30 días de la O/S
02	Segundo entregable: A los 60 días de la O/S
03	Tercer entregable: A los 90 días de la O/S
04	Cuarto entregable: A los 120 días de la O/S
05	Quinto entregable: A los 150 días de la O/S
06	Sexto entregable: A los 180 días de la O/S
07	Séptimo entregable: A los 210 días de la O/S
08	Octavo entregable: A los 240 días de la O/S
	<b>Total</b>

##### 4.3 Actividades

- Implementar y/o fortalecer Servicios de Salud Mental para brindar orientación, consejería e intervención breve a personas con consumo de drogas en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Registrar las atenciones en los Sistemas informáticos (HIS Y FUAS) en coordinación con el EESS.
- Desarrollar entrevista inicial (detección de problemas de consumo de drogas) y posteriormente aplicará el Tamizaje en salud mental (aplicación del ASSIST) a fin de identificar el nivel de riesgo de consumo de drogas del usuario (Sesión 1: entrevista inicial y tamizaje), de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Intervención breve a personas con Riesgo Bajo de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.



- Intervención breve a personas con Riesgo Moderado de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Intervención breve a personas con Riesgo Alto de consumo de drogas, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Fortalecimiento del trabajo de articulación intra e interinstitucional, para establecer acuerdos de trabajo conjunto para la difusión, derivación y atención de casos, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Participar de Reuniones del equipo técnico que implementa la actividad, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Participar en capacitación y/o formación especializada relacionada a la "Orientación, consejería e intervención breve en consumo de sustancias psicoactivas", en la plataforma Formación DEVIDA (deberá obtener nota aprobatoria).
- Presentar programación de actividades en coordinación con el jefe y a necesidad del establecimiento

#### 4.4 Producto

Informe mensual de actividades que contenga lo siguiente (por cada entregable):

- Actividades realizadas en cumplimiento de metas asignadas según POA, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo quince (15) personas orientadas a personas con problemas relacionados al consumo de drogas con tamizaje (ASSIST) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo ocho (08) personas atendidas en riesgo bajo con paquete completo. (2 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo seis (06) personas atendidas en riesgo moderado con paquete completo, (2 sesiones iniciales más 6 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un mínimo una (01) personas atendidas en riesgo alto con paquete completo, (2 sesiones) por mes, de acuerdo a la guía de intervención y lineamientos brindados por DEVIDA.
- Un (01) reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación (1 reunión intrainstitucional, 1 reunión interinstitucional) por mes, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de dos (02) participaciones en reuniones (1 técnica y 1 clínica) al mes. A solicitud de coordinación también presenta un informe psicológico del caso clínico trabajado en la reunión, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Realizar mínimamente un (01) curso de fortalecimiento en la plataforma Formación DEVIDA (con nota aprobatoria) y reportarlo previo al mes de agosto en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de fortalecimiento de trabajo de articulación (adjuntar directorio actualizado), en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.
- Reporte de actividades de articulación realizadas dentro del establecimiento de salud, firmado por el jefe del establecimiento.
- Reporte de actualización de directorio, en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.

Todo el producto a entregar debe de ir acompañado de documentos sustentatorios (reportes, anexos, fichas, directorio, actas, entre otros) en el marco de los lineamientos brindados por DEVIDA.

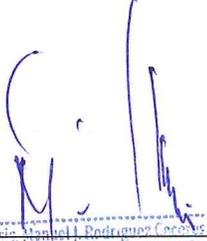
#### 5. CONFORMIDAD

La conformidad de prestación del servicio será remitida por el responsable del Programa Control y Prevención en Salud Mental DIRESA Puno, quien verificará el cumplimiento de las condiciones contractuales y de existir observaciones, serán notificadas a El proveedor, estableciendo un plazo para



que subsane, el cual no puede ser menor de dos (02) ni mayor de ocho (08) días calendario, dependiendo de la complejidad.
<b>6. SUPERVISIÓN:</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 quinientos cincuenta soles (S/. 3200.00) 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

  
  
**Area Usaria**  
**(Responsable de la Meta SIAF)**

**FORMATO N° 10****DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente documento yo: \_\_\_\_\_

identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N°: \_\_\_\_\_ domiciliado

en: \_\_\_\_\_,

Departamento de: \_\_\_\_\_, Provincia de: \_\_\_\_\_,

Distrito de: \_\_\_\_\_, 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 inhabilitaciones vigentes<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 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.

## FORMATO N° 11

### DECLARACIÓN JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos, yo: \_\_\_\_\_  
identificado con Documento Nacional de Identidad N°: \_\_\_\_\_, domiciliado en:  
\_\_\_\_\_, departamento de:  
\_\_\_\_\_, provincia de: \_\_\_\_\_, distrito de:  
\_\_\_\_\_, ante usted me presente y digo:

Que, declaro bajo juramento tener la DISPONIBILIDAD INMEDIATA.

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

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma<sup>8</sup>

<sup>8</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.

## FORMATO N° 12

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACIÓN CON ALGÚN(OS) FUNCIONARIO(S)  
SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Por el presente documentos, yo: \_\_\_\_\_  
identificado con Documento Nacional de Identidad N°: \_\_\_\_\_, domiciliado en:  
\_\_\_\_\_, departamento de:  
\_\_\_\_\_, provincia de: \_\_\_\_\_, distrito de:  
\_\_\_\_\_, al amparo de lo dispuesto por los artículos 48 y 49º 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:

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 (X)	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 / sobrina (a) y tío (a). Cuarto grado de consanguinidad: primos hermanos entre sí, tía (a) abuelo (a) y sobrina (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: ..... .....

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 corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por Ley.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma<sup>9</sup>

<sup>9</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.



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	PSICOLOGO	
<b>TOTAL</b>			

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, cumpto 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: