



PERÚ

Gobierno Regional  
Puno

Dirección Regional  
de Salud Puno



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

Puno, 08 de abril 2025

OFICIO N°092-2025-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° 174-GR-DIRESA-DE-DIREMID PUNO-2025

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  | Administrador y/o Contador Publico | 01       |
| 2  | Instructor de Gimnasio             | 01       |

Se adjunta los siguientes documentos:

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

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

Atentamente,

WC11A/Asdr  
C.c.  
-Logística  
-Archivo 2025

  
  
C.P. Edwin G. Mamani Apaza  
DIRECTOR DE LA OFICINA LOGÍSTICA  
DIRESA PUNO

  
LIC. ADM. ALIPIO ARNULFO CALCA GÓMEZ  
DIR. EJEC. ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
CLAP N° 103-XIII

## DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

### CONVOCATORIA POR LOCACIÓN DE SERVICIO

#### CRONOGRAMA

| <b>FECHA</b>                                 | <b>ACTIVIDAD</b>                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 y 10/04/2025                              | PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA DIRESA PUNO                                                                                                           |
| 11/04/2025<br>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 |
| 11/04/2025                                   | EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES, Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS                                                                                                   |



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



08

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Puno, 31 de Marzo del 2025

OFICIO N° 174 -GR-DIRESA -DE-DIREMID PUNO-2025

Señor:  
M.C. FREDY VELASQUEZ ANGLES  
DIRECTOR GENERAL DE LA DIRESA PUNO

DIRECCIÓN DE SALUD PUNO  
Unidad de Secretaría Administrativa  
**CONTROL DE RECEPCIÓN**  
Puno: 31 MAR 2025  
Hora: \_\_\_\_\_  
N° de Folios: 08  
Recepcionado por: \_\_\_\_\_

Presente:

ASUNTO : Solicito autorización para contratación de personal por locación de servicio  
ATENCION : LIC. ALIPIO CALLA GOMEZ  
OFICINA DE ADMINISTRACION

1117  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
CORPORATIVA DE ADMINISTRACIÓN  
**01 ABR 2025**  
Hora: 9:36 Folios: 08  
Recepcionado por: \_\_\_\_\_

Es muy grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez solicitar la AUTORIZACION para la contratación de locación de servicios realizado por personas para: 01 servicios de análisis, procesamiento y sistematización de información de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos productos sanitarios, para la dirección ejecutiva de medicamentos y drogas, en merito a la Resolución

Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de mi estima persona.

Atentamente.

**DIRESA**  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
PASE A: of. logística  
PARA: su atención  
DIA MES AÑO  
01 04 25  
Lic. Alipio Calla Gomez  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DIRESA - PUNO  
CLAP N° 0195.008

573-23  
Dirección Regional de Salud Puno  
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA  
02 ABR 2025  
N° Folios 08 33 Firms: 4  
Control de Recepción



*[Handwritten signature]*

O.F. DANICA SANCA CHAVES  
COFP: 22166  
Directora Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas

**GOBIERNO REGIONAL PUNO**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
CARGO N° 2552  
PASE A: DEA  
PARA: Atencion Segun Sistema de Archivo de analisis logico  
Fecha: 31/03/2025  
Hora: \_\_\_\_\_  
Dr. Fredy Velasquez Angles  
Director Regional de Salud Puno  
DIRECTOR REGIONAL  
CLAP 26002 RUC: 22673

DISC/Mack  
C.c. Archivo 2025

www.diresa-puno.gob.pe

Jirón José Antonio Encinas N° 145  
Puno, Perú. E-Mail: diremidpuno1@yahoo.es  
Teléfono (051) 364225

DIRECCIÓN REGIONAL DE LOGÍSTICA  
Adquisiciones  
Su atención según  
Correspondencia  
DIA MES AÑO  
02 04 25



## bFORMATO N° 02

**TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS Y CONSULTORIA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ORGANO Y/O UNIDAD ORGANICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas                                                                                                                                                      |
| <b>ACTIVIDAD DEL POI / ACCION ESTRATEGICA DEL PEI:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GESTION CONTABLE SISMED y ALMACEN ESPECIALIZADO                                                                                                                                                           |
| <b>DENOMINACION DE LA CONTRATACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Contratación del 01 LOCADOR para el Servicio de Análisis y Procesamiento de Información del SISMED en el ámbito de la DIRESA Puno para la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID). |
| <b>I. FINALIDAD PÚBLICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |
| Gestionar eficientemente el Sistema de Suministro de Medicamentos, Insumos Médicos y Productos Sanitarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>II. ANTECEDENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ley N°29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos</li> <li>➤ 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</li> <li>➤ Convenio entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Gobierno Regional Puno.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
| Mejorar los procesos de conciliación de los de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios del Almacén especializado de Medicamentos de la Dirección Regional de Salud Puno.                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>IV. ALCANCES DEL SERVICIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>V. REQUISITOS EL PROVEEDOR / PERFIL DE CONSULTOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>PERFIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Requisitos para el Puesto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Curriculum vitae documentado</li> <li>➤ Declaración jurada (formato N° 10)</li> <li>➤ Declaración jurada de disponibilidad inmediata</li> <li>➤ Declaración Jurada sobre vinculación con algún(os) funcionario(s) o servidore(s) de la Dirección Regional de Salud Puno (formato N° 12)</li> <li>➤ Registro Nacional de Proveedores para compras mayores a (01) UIT</li> </ul>                      |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Documentos a ser evaluados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Administrador y/o Contador Público, colegiado y habilitado</b></li> <li>b. Acreditar experiencia laboral mínima de 01 año en el Sector Público o Privado.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cursos del área laboral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Curso WORD y EXCEL básico 32 horas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |

**c. Conocimientos y habilidades**

- 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 el Jr. José Antonio Encinas N° 145-Puno

**PLAZO DE EJECUCION:** 150 días calendario

**CUATRO ENTREGABLES:** desde el día de la notificación de la orden de servicio PRODUCTO I desde la notificación de la orden de servicio hasta el 04 de Mayo del 2025

PRODUCTO II desde 05 de mayo hasta el 04 de Junio del 2025

PRODUCTO III desde 05 de junio hasta el 04 de Julio del 2025

PRODUCTO IV desde 05 de julio hasta el 04 de Agosto del 2025

PRODUCTO V desde 05 de agosto hasta el 04 de Setiembre del 2025

**VII. ENTREGABLES/RESULTADOS****Entregables:****PRODUCTO 1 (INFORME)**

1. Informe de análisis de procesamiento de información del SISMED, SIGA y SIAF de los movimientos de Productos Farmacéuticos del Almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras del periodo 2018 y otras entidades, incluye lo siguiente:
  - Revisión de Neas de ingresadas al SIGA y SIAF
  - Revisión de salidas ICI del consumo de productos farmacéuticos
  - Revisión de ingresos al SISMED de los productos farmacéuticos
  - Revisión de Guías de Remisión emitidas
  - Revisión de inventario anual de los productos
  - Revisión de PECOSAS emitidas de productos biológicos
2. Informe de análisis del almacén especializado de Medicamentos (productos biológicos), de precios del año 2018, inventarios anuales de suministros médicos, NEAS y PECOSAS emitidas, incluye.



- revisión de precios NEAS ingresadas al SIGA,
- revisión de precios del inventario anual de los productos.
- revisión de precios de ingresos al SISMED, enfocado en precios
- revisión de precios de PECOSAS emitidas de productos biológicos.

### PRODUCTO 2 (INFORME)

3. Informe de análisis de procesamiento de información del SISMED, SIGA y SIAF de los movimientos de Productos Farmacéuticos del Almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras y otras entidades del periodo 2019, incluye lo siguiente:
  - Revisión de Neas de ingresadas al SIGA y SIAF
  - Revisión de salidas ICI del consumo de productos farmacéuticos
  - Revisión de ingresos al SISMED de los productos farmacéuticos
  - Revisión de Guías de Remisión emitidas
  - Revisión de inventario anual de los productos
  - Revisión de PECOSAS emitidas de productos biológicos
4. Informe de análisis del almacén especializado de Medicamentos (productos biológicos), de precios del año 2019, inventarios anuales de suministros médicos, NEAS y PECOSAS emitidas, incluye.
  - revisión de precios NEAS ingresadas al SIGA,
  - revisión de precios del inventario anual de los productos.
  - revisión de precios de ingresos al SISMED, enfocado en precios
  - revisión de precios de PECOSAS emitidas de productos biológicos.

### PRODUCTO 3 (INFORME)

5. Informe de análisis de procesamiento de información del SISMED, SIGA y SIAF de los movimientos de Productos Farmacéuticos del Almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras y otras entidades del periodo 2020, incluye lo siguiente:
  - Revisión de Neas de ingresadas al SIGA y SIAF
  - Revisión de salidas ICI del consumo de productos farmacéuticos
  - Revisión de ingresos al SISMED de los productos farmacéuticos
  - Revisión de Guías de Remisión emitidas
  - Revisión de inventario anual de los productos
  - Revisión de PECOSAS emitidas de productos biológicos
6. Informe de análisis del almacén especializado de Medicamentos (productos biológicos), de precios del año 2020, inventarios anuales de suministros médicos, NEAS y PECOSAS emitidas, incluye.
  - revisión de precios NEAS ingresadas al SIGA,
  - revisión de precios del inventario anual de los productos.
  - revisión de precios de ingresos al SISMED, enfocado en precios



- revisión de precios de PECOSAS emitidas de productos biológicos.

#### PRODUCTO 4 (INFORME)

7. Informe de análisis de procesamiento de información del SISMED, SIGA y SIAF de los movimientos de Productos Farmacéuticos del Almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras y otras entidades del periodo 2021, incluye lo siguiente:
  - Revisión de Neas de ingresadas al SIGA y SIAF
  - Revisión de salidas ICI del consumo de productos farmacéuticos
  - Revisión de ingresos al SISMED de los productos farmacéuticos
  - Revisión de Guías de Remisión emitidas
  - Revisión de inventario anual de los productos
  - Revisión de PECOSAS emitidas de productos biológicos
8. Informe de análisis del almacén especializado de Medicamentos (productos biológicos), de precios del año 2021, inventarios anuales de suministros médicos, NEAS y PECOSAS emitidas, incluye.
  - revisión de precios NEAS ingresadas al SIGA,
  - revisión de precios del inventario anual de los productos.
  - revisión de precios de ingresos al SISMED, enfocado en precios
  - revisión de precios de PECOSAS emitidas de productos biológicos.

#### PRODUCTO 5 (INFORME)

9. Informe de análisis de procesamiento de información del SISMED, SIGA y SIAF de los movimientos de Productos Farmacéuticos del Almacén especializado de DIRESA PUNO y las 12 unidades ejecutoras y otras entidades del periodo 2022, incluye lo siguiente:
  - Revisión de Neas de ingresadas al SIGA y SIAF
  - Revisión de salidas ICI del consumo de productos farmacéuticos
  - Revisión de ingresos al SISMED de los productos farmacéuticos
  - Revisión de Guías de Remisión emitidas
  - Revisión de inventario anual de los productos
  - Revisión de PECOSAS emitidas de productos biológicos
10. Informe de análisis del almacén especializado de Medicamentos (productos biológicos), de precios del año 2022, inventarios anuales de suministros médicos, NEAS y PECOSAS emitidas, incluye.
  - revisión de precios NEAS ingresadas al SIGA,
  - revisión de precios del inventario anual de los productos.
  - revisión de precios de ingresos al SISMED, enfocado en precios
  - revisión de precios de PECOSAS emitidas de productos biológicos.

**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 los ENTREGABLES.

**XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

Se efectuará en soles, en cinco (05) armadas, luego de presentado el ENTREGABLE, debiendo contar previamente con la conformidad de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas -DIREMID

El pago se realizará previa conformidad e informe correspondiente

A la entrega del único entregable I PRODUCTO – s/. 3,000.00

A la entrega del único entregable II PRODUCTO – s/. 3,000.00

A la entrega del único entregable III PRODUCTO – s/. 3,000.00

A la entrega del único entregable IV PRODUCTO – s/. 3,000.00

A la entrega del único entregable V PRODUCTO – s/. 3,000.00

**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.



PERU

Gobierno Regional Puno

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

Entidad Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas



01

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.

  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
Q.F. DANICA SANCA CHAVEZ  
COFP. 22188  
Área Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas

**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 TUD 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>2</sup>

<sup>2</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
| <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:<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

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 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 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         | Administrador y/o Contador Publico |                                 |
| 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, cumplo 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 SALUD DE LAS PERSONAS

DIRECCION EJECUTIVA PROMOCION DE LA SALUD

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

Puno, 24 de marzo 2025

OFICIO N° 050 -2025-GR-DIRESA-PUNO- DIRESA/DESP/PROMSA

Señor:  
Dr. Freddy VELAZQUEZ ANGLES  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO  
PRESENTE

ATENCION: Lic. Adm. Alipio CALLA GOMEZ  
DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION

ASUNTO: Solicito Convocatoria por Locación de Servicio

DIRECCIÓN DE SALUD PUNO  
Unidad de Secretaría Administrativa  
CONTROL DE RECEPCIÓN  
Puno: 24 MAR 2025  
Hora: \_\_\_\_\_  
N° de Folios: 09  
Recepcionado por: \_\_\_\_\_

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle se disponga a quien corresponda la contratación de los servicios de un instructor de gimnasio, para la práctica de la actividad física en el centro laboral, por 36 horas desde el mes de abril a diciembre del presente año, cuyo presupuesto a afectar es:

Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
Meta : 079  
Centro de Costo : 3.5 Promoción de la Salud  
Clasificador de Gasto : 23.29.11  
Fecha : Abril - diciembre  
Monto : s/. 1800.00 soles

949  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
CONTROL DE RECEPCIÓN  
25 MAR 2025  
Hora: 3:15 Folios: 09  
Recepcionado por: \_\_\_\_\_

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para renovarle a usted las expresiones de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
PROMOCIÓN DE LA SALUD  
CALLE TUPAC KATIPAC EDIFICIO  
COP. 17787  
PUNO - PUNO  
DIRECTOR EJECUTIVO

DIRESA  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
PASE A EF - Logística  
PARA: su atención  
DIA MES AÑO  
26 03 25  
Dr. Freddy Velásquez Angles  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

PTCINCO  
PROMSA  
22 archivo

DIRESA - PUNO LOGISTICA  
Pase a: Negociación  
Para: Su atención  
DIA MES AÑO  
25 03 25  
Alipio Calla Gomez

GOBIERNO REGIONAL PUNO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
CARGO N° 234  
PASE A: 1. Administración  
PARA: atención  
AUTORIZADO  
Fecha: 25.03.25  
Dr. Freddy Velásquez Angles  
Dirección Regional de Salud Puno

## TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIO

### Justificación del Servicio.

La Dirección Regional de Salud Puno, a través de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, viene realizando actividades en busca del desarrollo integral de las personas, promueve el desarrollo de la conciencia crítica sobre el cuidado de la salud, a través de su motricidad, habilidades socio motrices y asuma una vida saludable y mejor calidad de vida y el bienestar, mediante la promoción de la práctica regular de actividad física

### Denominación del Servicio.

Contratación de Servicio de un instructor de gimnasio, para la práctica física en el centro laboral de la Dirección Regional de Salud Puno

### Objetivo del Servicio:

Contar el servicio de un instructor de gimnasio, para la práctica de la actividad física en el centro laboral de la Dirección Regional de Salud Puno

### Termino de Referencia

#### **Perfil requerido:**

Instructor de gimnasia

### Perfil Profesional

Experiencia Laboral en el sector público o privado no menor de 1 año

**Competencia.** - Desarrollar sesiones de actividad física en sus distintas modalidades gimnasia, danza, taichi u otros.

#### **Formación Académica y/o nivel de estudios acreditada y Documentada**

- ✓ Diplomado de educación física o título que acredite instructor (profesor) de actividad física
- ✓ Cursos referidos a la actividad física

#### **Requisitos:**

- ✓ Curriculum Vitae documentado
- ✓ Carta de autorización de CCI
- ✓ Declaración jurada (formato N° 10)
- ✓ Declaración jurada de disponibilidad inmediata (formato N° 11)
- ✓ Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Dirección Regional de salud Puno (formato N° 12)
- ✓ **Registro Nacional de proveedores (RNP), opcional a regularizar**
- ✓ Copia de DNI
- ✓ Contar con RUC

#### **Documentos para Presentar (copia simple)**

- ✓ Diplomado o título que acredite como instructor de actividad física
- ✓ Experiencia laboral en el sector público o privado no menor de 1 año
- ✓ Certificado d haber realizado cursos de capacitación en los últimos 3 años en el área afín.

**Prestación de Servicio**

El servicio se efectuará en la Dirección Regional de Salud Puno

**Plazo de Ejecución**

Por 36 horas, de abril a diciembre desde el día de la notificación del orden de servicio

**Actividad a Desarrollar**

Desarrollar 36 horas de actividad física desde el mes de abril cada fin de semana los viernes practica de 8:30 am. 1 hora, el mismo que empieza a regir del día siguiente de la notificada la orden de servicio.

**Conformidad**

La conformidad de la prestación será emitida en un plazo no mayor de (5) días calendario y suscrita por la Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección Regional de Salud Puno, de existir observaciones será notificado al contratista, estableciendo un plazo de (2) días subsane la observación.

A la culminación del servicio, deberá presentar un informe de las sesiones realizadas al área usuaria, la misma que procederá con su revisión y la conformidad correspondiente.

Se entregará un informe detallado y actualizado que describa las sesiones realizadas de acuerdo a lo señalado en la actividad a desarrollar.

**Afectación Presupuestal:**

Recursos ordinario Meta 079 / Centro de Costo 3.5

**Condición de Pago**

La propuesta económica del presente servicio es de s/50.00 (cincuenta con 00/100 nuevos soles) por hora a todo costo y la forma del pago será el término del entregable.



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
DIRECCIÓN DE LA DEMANDA  
C.D. Puno Vivero Cajo  
C.R. 19289  
DIRECTOR EJECUTIVO

**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>a</sup>

## 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:<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

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>

\* 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 oferante 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         | INSTRUCTOR DE GIMNASIO |                                 |
|              |                  |                        |                                 |
| <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, cumplo 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: \_\_\_\_\_