



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

INVITACION A PRESTAR SERVICIOS N° 0007 -2025

(INVITACIÓN MODALIDAD DE LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA RED DE SALUD PUNO)

La Red de Salud Puno y Unidad de Logística, en cumplimiento a los requerimientos:

- OFICIO N° 048-2025-SP/RED DE SALUD PUNO (Salud de las Personas.)

ITEM	CANTIDAD	DETALLE
001	01	Servicio de Licenciado de la Comunicación – Según TDR

INVITA A PARTICIPAR A:

MODALIDAD DEL SERVICIO

Locación de Servicio en la **Salud de las Personas** de la Red de Salud Puno (Según Términos de Referencia).

REQUISITOS MINIMOS

- DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

LAS PERSONAS INTERESADAS PRESENTAR SOLICITUD SIMPLE DIRIGIDO A LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO ADJUNTANDO PROPUESTA ECONOMICA, **POR SECRETARIA DE LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO.**

(sobre cerrado expresado en soles por el total del servicio, adjuntar el Anexo N° 01 correctamente llenados caso contrario no serán admitidos),

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHA
Publicación	28 de Febrero al 03 de Marzo del 2025
Entrega de Expedientes (propuesta económica)	03 de Marzo del 2025 (horas 08:30 am a 10:00am.) (En secretaria de la Unidad de Logística)
Calificación de Propuesta Económica, Expedientes y Buena Pro.	03 de Marzo del 2025. (hora: 11:30am)
Publicación de resultados	03 de Marzo del 2025. en el franelógrafo de la Red de Salud Puno.
Inicio de Actividades del Servicio y/o Capacitación.	se computarán del día siguiente a la Notificación de la Orden de Servicio

Todas las fases de observación de propuesta NO ES CONSIDERADO para esta invitación.

Nota: La presentación de Documentación significa la aceptación de las condiciones y el cumplimiento de los requisitos, estando sujeto a control posterior y la aplicación de sanciones en el caso de la falsedad de información.

(El Formato Anexo N° 01 – Solicitud de Cotización recoger de Secretaria – Logística)



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE COTIZACION

Sírvase cotizarnos el servicio que se detalla más abajo para ser entregado en la Unidad de Logística de la Red de Salud Puno (Av. El Sol 1122) RUC 20185881700.

I.- DATOS PERSONALES:

Señor:

RUC:.....Teléfono:.....Estado Civil:.....Dirección Actual.....

II.- FORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Estudios Alcanzado	Centro de Estudios	Fecha de Extensión.	Ciudad/País	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

III.- EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la Entidad o Empresa	Puesto/Cargo	Área	Principales Funciones Realizadas	Tiempo en el Cargo	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

IV.- ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA (Capacitación)

Curso, Diplomado, Especialización, etc.	Centro de Estudios	Tema	Duración	Total de Horas	Folio (*)

(*) Indicar N° de folio donde obra el documento, de acuerdo a la numeración del currículum documentado.

V.- PROPUESTA ECONOMICA:

N°	CANT	UNID. MEDIDA	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	1	SERVICIO	SERVICIO DE: (Según términos de Referencia)		

PLAZO DE ENTREGA*	
GARANTIA	
FORMA DE PAGO	
OTOR ESPECIF.	

(*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO

CONTENIDO OBLIGATORIO

LOGISTICA

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

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



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE LICENCIADO EN
COMUNICACIÓN SOCIAL**

Órgano y/o Unidad Orgánica	RED DE SALUD PUNO
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	3000924 PROTEGER A LOS NIÑOS (AS) CON APLICACIÓN DE VACUNA VPH 3033254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA 5001562 ATENCION EN CONSULTAS EXTERNAS
Denominación de la Contratación	TERMINOS DE REFERENCIA CONTRATACIÓN SERVICIO DE LICENCIADO EN COMUNICACIÓN SOCIAL

I. FINALIDAD PUBLICA

Contribuir a mejorar la salud de la población, mediante la información de la prevención, promoción y tratamiento de las diferentes patologías y actividades que realiza la oficina de Salud de las personas y en especial sobre la campaña de Vacunación VPH, campaña de Vacunación de las Américas.

II. OBJETIVO DEL SERVICIO

Se requiere contratar los servicios de 01 Licenciado en Comunicación Social

III. ALCANCES DEL SERVICIO.

El/La contratista del servicio desarrollará (04) entregables, cuyos informes comprenden como mínimo lo siguiente:

- Realizar actividades de Difusión en redes sociales, de las actividades inherentes a las distintas campañas de vacunación y actividades de la Oficina de Salud de las Personas.
- Realiza entrevista a los actores sociales inmersos en las actividades de la Red de Salud Puno.
- Coordina la presentación de las Autoridades de la Red de Salud Puno en los diferentes medios de comunicación para la difusión de las actividades que se estén realizando en la misma.
- Realiza la creación de audios, videos y/o spots informativos de las actividades de la Red de Salud Puno.
- Coordinación permanente con la oficina de Dirección sobre las actividades que se realiza en la oficina de Salud de las Personas.
- Otras actividades priorizadas por parte de la Estrategia Sanitaria Local de Inmunizaciones y Jefatura de Salud de las Personas.

IV. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR

PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA

❖ **INDISPENSABLE**

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Título Profesional de Licenciado en Ciencias de la Comunicación Social.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores Vigente
- RUC.

EXPERIENCIA:

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (12) meses.
- Deberá de presentar documentos tales como: contratos, certificados, constancias de trabajo u otros documentos que acredite.

❖ **DESEABLE:**

- Curso o diplomados relacionados a difusión de información en redes Sociales.

❖ **DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- Curriculum vitae documentado (foliado)



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



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA"

- Curriculum vitae documentado (foliado)
- FORMATO N.º 8 Declaración jurada de no tener vínculo laboral en el sector público y de no incurrir en la doble percepción económica del estado.
- FORMATO N.º 9 Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al estado, inhabilitación administrativa, ni judicial vigente con el estado e impedimenta para ser trabajador según anexo adjunto.
- FORMATO N.º 10 Declaración jurada de no registrar antecedentes penales ni policiales. Según anexo adjunto
- FORMATO N.º 11 Declaración jurada de disponibilidad inmediata. según anexo adjunto.
- FORMATO N.º 12 Declaración jurada sobre vinculación con algún funcionario o servidor de la Red de Salud Puno, No tener parentesco hasta el 4 grado de consanguinidad y 2 de afinidad. Según anexo adjunto.

V. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital), las actividades de vacunación se realizarán en la jurisdicción de la Red de Salud Puno (MICRORED, EE.SS.) en escenarios de Instituciones Educativas y visita casa por casa.

PLAZO: El plazo de ejecución del servicio será de CIENTO VEINTE(120) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VI. ENTREGABLES

04 entregables: 120 días calendario

- **PRIMER ENTREGABLE: 01 informes de actividades que contenga:** Reporte de cantidad de Spots informativos y actividades de difusión realizadas.
- **SEGUNDO ENTREGABLE: 01 informes de actividades que contenga:** Reporte de cantidad de Spots informativos y actividades de difusión realizadas.
- **TERCER ENTREGABLE: 01 informes de actividades que contenga:** Reporte de cantidad de Spots informativos y actividades de difusión realizadas.
- **CUARTO ENTREGABLE: 01 informes de actividades que contenga:** Reporte de cantidad de Spots informativos y actividades de difusión realizadas.

El profesional deberá garantizar al menos 50 actividades relacionadas con la difusión y promoción de las actividades que realiza la oficina de Salud de las Personas y/o Dirección.

VII. CONFORMIDAD

La conformidad del servicio será otorgada por la Jefatura de Salud de las Personas.

VIII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD de cada entregable:

Único Entregable: plazo máximo de 30 días calendario por cada entregable.

Los pagos se efectúan en CUATRO (04) Armadas.

IX. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en registros de niños vacunados, nóminas de matrícula de instituciones educativas, entre otras.

X. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

c.c. archivo
SP3025



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



PERÚ

Ministerio De
Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD PUNO

OFICINA SALUD
DE LAS
PERSONAS



Av. El Sol N° 1122 – Telfs. 369368 / 354333 / 352763
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA"

XI. PENALIDADES POR MORA

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Penalida Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en Dias}}$$

Donde F tendrá los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.
 - Para obras: F = 0.15.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XII. 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, participación citas integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.





Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

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

FORMATO N° 10

DECLARACION JURADA

Por el presente documento yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, ante usted me presento y
digo:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
2. No tener impedimento de contratar con el Estado⁵
3. No tener inhabilitación vigente⁶ para prestar servicios al Estado en los casos de:
Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles - RNSSC, Inhabilitación Administrativa ni judicial vigente con el Estado, Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e Inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.
4. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
6. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.
7. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.

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

Lugar y fecha _____

.....
Firma⁷

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

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

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

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

FORMATO N° 11

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documentos yo _____ identificado
con
Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, ante usted me presento y
digo:

Que, declaro bajo juramento tener la **DISPONIBILIDAD INMEDIATA**.

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



Lugar y fecha _____

Firma⁸

⁸ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



Gobierno Regional de
Puno

Dirección Regional de
Salud Puno

Dirección Ejecutiva de
Administración

Dirección de la Oficina
de Abastecimiento

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

FORMATO N° 12

**DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGÚN(OS)
FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO**

Por el presente documentos yo _____ identificado
con Documento Nacional de Identidad N° _____ domiciliado en
_____, al amparo de lo dispuesto por los artículos 48° y
49° Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General
y en el pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
PUNO.

1.- Existe vinculación

☐

2.- No existe vinculación

☐

En caso de haber marcado la alternativa número uno (1), detallar en los casos por los cuales se
configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan
servicios sus parientes:



Marcar con equis o aspa	Casos de Vinculación
☐	Por razones de parentesco hasta el cuarto de consanguinidad (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí, Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino (a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre sí, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad).
☐	Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad: Esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí.
☐	Especificar:

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 ° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha _____

Firma⁹

⁹ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



**Gobierno
Regional Puno**

**Dirección Regional de Salud
Puno**

**Red de Salud Puno
UNIDAD DE
LOGISTICA**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

