

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA**

---

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

---

**INVITACION A COTIZAR SERVICIOS N° 0032 -2025**  
**LOCACIÓN DE SERVICIO PARA LA R.I.S. PUNO**

SERVICIOS TÉCNICOS Y/O PROFESIONALES Y/O ESPECIALIZADOS  
PRESTADOS POR PERSONAS NATURALES.

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

- OFICIO N° 198-2025/SP-PPCYPSM/RED DE SALUD PUNO (Salud Mental).
- OFICIO N° 196-2025/SP-PPCYPSM/RED DE SALUD PUNO (Salud Mental)
- OFICIO N° 195-2025/SP-PPCYPSM/RED DE SALUD PUNO (Salud Mental)
- OFICIO N° 197-2025/SP-PPCYPSM/RED DE SALUD PUNO (Salud Mental)

I. OBJETO: Realizar la Indagación de Mercado de los siguientes servicios:

| Ítem | SERVICIO                          | CANTI<br>DAD | IPRESS                                                             |
|------|-----------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| 001  | Servicio de Apoyo Administrativo. | 01           | Hogar Protegido “El Buen Vivir” de la RIS. Puno                    |
| 002  | Servicio de Técnico en Seguridad  | 01           | Centro de Salud Metal Comunitario Buen Amanecer – Acora -RIS Puno. |
| 003  | Servicio de Digitador             | 02           | Centro de Salud Metal Comunitario de la RIS. Puno.                 |
| 004  | Servicio de Psicología            | 01           | Centro de Salud Metal Comunitario Buen Amanecer – Acora -RIS Puno. |

II. REQUISITOS MINIMOS

- De Acuerdo A Los Términos de Referencia Adjunto al Presente



### III. CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD                                             | FECHA Y HORA                                                                                                                   | AREA RESPONSABLE |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Publicación de la Invitación a cotizar                | 13 al 14 de Octubre del 2025                                                                                                   | Adquisiciones    |
| Recepción de propuesta económica (adjunto expediente) | 14 de Octubre del 2025 (horas 08:00 am a 14:00pm.)<br>(En el Área de Adquisiciones - Logística)                                | Adquisiciones    |
| Evaluación de Propuesta Económica                     | 14 de Octubre del 2025.                                                                                                        | Área Usuaría     |
| Publicación de la Buena Pro                           | 15 de Octubre del 2025. en el franelógrafo de la R.I.S. Puno. Los postores con buena pro apersonarse al Área de Adquisiciones. | Área Usuaría     |
| Inicio del Servicio                                   | se computarán del día siguiente a la Notificación de la Orden de Servicio                                                      |                  |

### IV. OTROS

**LAS PERSONAS INTERESADAS A REALIZAR LA COTIZACION PRESENTAR LOS EXPEDIENTES AL AREA DE AQUISICIONES DE LA UNIDAD DE LOGISTICA DE LA RED DE SALUD PUNO ADJUNTANDO PROPUESTA ECONOMICA.**

(En un sobre cerrado y/o folder, expresado en soles por el total del servicio, adjuntar todos los anexos correctamente llenados y firmado con huella digital caso contrario no serán admitidos sin derecho a reclamo),

Todas las Observaciones en las diferentes fases de la invitación NO serán CONSIDERADO.

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

(El Formato Anexos - Solicitud de Cotización descargar de la Publicación - Web)

.....

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION 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 PARA EL SERVICIO**

Sírvase cotizar 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 Cel:..... Dirección Actual.....

Correo: .....

**II.- INFORMACIÓN ACADÉMICA**

| <b>Nivel de Estudios Alcanzado</b> | <b>Folio<br/>(*)</b> |
|------------------------------------|----------------------|
|                                    |                      |
|                                    |                      |
|                                    |                      |

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

**III.- EXPERIENCIA.**

| <b>Nombre de la Entidad o Empresa</b> | <b>Tiempo del<br/>Servicio</b> | <b>Folio<br/>(*)</b> |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|                                       |                                |                      |
|                                       |                                |                      |

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

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA*****“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”*****IV.- PROPUESTA ECONOMICA:**

| Nº | CANT | UNID. MEDIDA | DESCRIPCION                                                  | UNITARIO | TOTAL |
|----|------|--------------|--------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 1  | 1    | SERVICIO     | SERVICIO DE:.....<br>.....<br>(Según términos de Referencia) |          |       |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| PLAZO DE ENTREGA*                                |  |
| Nº CCI.*                                         |  |
| *Adjuntar vinculación de CCI. Con la SUNAT -RUC. |  |

**NOTA**

- **(\*) PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO**
- **CCI. CONTENIDO OBLIGATORIO**
- **DEBERÁ INDICAR IPRESS.** (lugar donde quiere brindar sus servicios)

**Caso contrario no serán admitidos su propuesta sin derecho a reclamo.**.....  
V°B° Adq......  
Firma / Sello del Proveedor y Huella Digital

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE ASISTENTE  
ADMINISTRATIVO**

|                                                                              |                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Órgano y/o Unidad Orgánica                                                   | RED DE SALUD PUNO<br>COORDINACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131<br>CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL |
| Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:<br>Denominación de la Contratación | TERMINOS DE REFERENCIA<br>CONTRATACIÓN SERVICIO DE ASISTENTE ADMINISTRATIVO                              |

**I. FINALIDAD PUBLICA**

El Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental requiere de un (01) asistente administrativo(a) para apoyo en la administración del Hogar Protegido "El Buen Vivir" de la RIS Puno.

**II. OBJETIVO DEL SERVICIO**

Contribuir a la mejora de la autonomía de las personas con discapacidad por trastorno mental grave o severo y del comportamiento para reducir el deterioro y recuperar las funciones que limitan su funcionamiento personal, familiar y social en el marco de los derechos ciudadanos y la inclusión social.

**III. FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

META: 104

CLASIFICADOR: 23.29.11

**IV. ALCANCES DEL SERVICIO**

Servicio de un asistente administrativo para desempeñar las siguientes funciones:

- Apoyo en la elaboración de informes requeridos por la Coordinadora del Hogar Protegido, RIS Puno, DIRESA Puno u otros que se requiera.
- Apoyo en la coordinación con el personal acompañante del Hogar Protegido para el mantenimiento de las instalaciones, informes de infraestructura, mobiliario y mantenimiento de servicios.
- Apoyo en la realización de requerimientos oportunos de bienes, equipos y servicios para el funcionamiento adecuado del Hogar Protegido.
- Apoyo en la actualización diaria de Kardex.
- Apoyo en el inventario de bienes e insumos de almacén del Hogar Protegido.

**V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR****PERFIL MINIMO DEL PROVEEDOR****FORMACIÓN ACADÉMICA:**

- Título profesional en Administración
- Colegiatura y habilitación profesional vigente. (Indispensable)

**EXPERIENCIA:**

- Experiencia General: experiencia laboral de dos (06) meses en el sector público y/o privado

**CURSOS/ DIPLOMADO**

- Administración documentaria
- Recursos Humanos
- Contrataciones con el estado



**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”****DESEABLE:**

- Sistemas administrativos de gestión pública SIGA, SIAF, SEACE.
- Gestión Pública

**VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION**

**LUGAR DE PRESENTACIÓN:** Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital)  
**LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS:** Hogar Protegido “El Buen Vivir”.

**PLAZO:** El plazo de ejecución del servicio será de sesenta (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

**VII. ENTREGABLES**

**02 entregables:** Cada 30 días calendario

- Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

**VIII. CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora del P.P. Control y Prevención en Salud Mental, previo informe de cumplimiento de la Coordinadora del Hogar Protegido “El Buen Vivir” de la RIS Puno.

**IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

El monto por la prestación que se pague, por concepto de honorarios profesionales al locador por los servicios contratados, conforme al siguiente cronograma:

- ❖ Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- ❖ Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:  
Los pagos se efectuarán en dos (02) armadas.

**X. 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.

**XI. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR**

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**XII. 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:

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

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.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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

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.

**XIII. 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.



  
Amely Vakez Castillo  
PSICÓLOGA  
C.P.S.P. 32318

FIRMA Y SELLO DEL AREA USUARIA

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE SEGURIDAD.**

|                                                                              |                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Órgano y/o Unidad Orgánica                                                   | RED DE SALUD PUNO<br>COORDINACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131<br>CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL |
| Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:<br>Denominación de la Contratación | TERMINOS DE REFERENCIA<br>CONTRATACIÓN SERVICIO DE SEGURIDAD                                             |

**I. FINALIDAD PUBLICA**

El programa presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental, requiere contratar a (01) técnico en seguridad para realizar vigilancia y protección de bienes muebles/inmuebles y de las personas.

**II. OBJETIVO DEL SERVICIO**

Brindar seguridad física a los usuarios internos, externos y vigilancia y protección de muebles/inmuebles del Centro de Salud Mental Comunitario Buen Amanecer - Acora

**III. FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

META: 104

CLASIFICADOR: 23.29.11

**IV. ALCANCES DEL SERVICIO**

El/LA contratista del servicio desarrollara (02) entregables, cuyos informes comprenden como mínimo lo siguiente:

- Vigilar(Registrar) el ingreso y salida de personas y/o pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario.
- Vigilancia y protección de bienes muebles/inmuebles y de las personas
- Reporte de incidencias y ocurrencia
- Participar en actividades preventivas y promocionales a nivel intra mural y extra mural
- Otras actividades que designe el jefe inmediato.

**V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR****PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA****FORMACIÓN ACADÉMICA:**

- Secundaria Completa
- Contar con Registro Nacional de Proveedores.
- RUC.

**EXPERIENCIA:**

- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (06) meses

**CURSOS/ DIPLOMADO**

- Curso en seguridad y otras de similar denominación
- Curso en primeros Auxilios (deseable)

**DESEABLE:**

- 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 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.



**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”****VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION**

**LUGAR:** Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital) las actividades se realizarán en el Centro de Salud Mental Comunitario Buen Amanecer - Acora.

**PLAZO:** El plazo de ejecución del servicio será de sesenta (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

**VII. ENTREGABLES**

**02 entregables:** 30 días calendario

- Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

**VIII. CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora de Salud Mental, la misma que deberá ser otorgada previa presentación y aprobación del informe

**IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

El monto por la prestación que se pagara, por concepto de honorarios profesionales al locador por los servicios contratados por 02 entregables, **conforme al siguiente cronograma:**

- ❖ Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- ❖ Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, **CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:**  
Los pagos se efectuarán en dos (02) armadas.

**X. 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.

**XI. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR**

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**XII. 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:

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

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:  $F = 0.15$ .



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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

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.

**XIII. 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.



Amely Valdez Castillo  
PSICOLOGA  
C.P.S.P. 92918

FIRMA Y SELLO DEL AREA USUARIA

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE DIGITACION.**

|                                                                                      |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Órgano y/o Unidad Orgánica</b>                                                    | <b>RED DE SALUD PUNO</b><br><br>COORDINACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131<br>CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL |
| <b>Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:<br/>Denominación de la Contratación</b> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b><br><br><b>CONTRATACIÓN SERVICIO DE DIGITACION</b>                                     |

**I. FINALIDAD PUBLICA**

El programa presupuestal de Control y prevención en Salud Mental, requiere contratar a (02) bachilleres en Sistemas, Informática, Estadística o afines para que realice actividades de registro de información y procesamiento de información para el cumplimiento de metas.

**II. OBJETIVO DEL SERVICIO**

Contribuir a cierres de paquetes de atención en salud mental y por ende al cumplimiento de Metas, Asimismo, la realización del seguimiento oportuno a los usuarios, quienes vienen recibiendo atención en los Centros de Salud Mental Comunitario.

**III. FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Recursos Ordinarios

**META:** 103

**CLASIFICADOR:** 23.29.11

**IV. ALCANCES DEL SERVICIO**

El/LA contratista del servicio desarrollara (02) entregables, cuyos informes comprenden como mínimo lo siguiente:

- Ingreso de Información en el aplicativo HISMINSa y HISPRO; verificando el dato del DNI con nombres y apellidos en el momento del ingreso.
- Emitir reportes semanales (cada miércoles de semana) según el siguiente detalle:
- Numero de PAI aperturados.
- Numero de Paquetes Mínimos Cerrados (PMC)
- Numero de paquetes próximos a cerrarse (cuatro atenciones para su cierre)
- Numero de paquetes mínimos aperturados por Centros de Salud que cuenten con PSICOLOGO
- Numero de paquetes mínimos terminados en Centros de Salud.
- Numero de gestantes que inician tratamiento en violencia.
- Numero de gestantes que terminan su paquete mínimo en atención en violencia.
- Realizar el control de calidad de la información conjuntamente el área de estadística de la Red de Salud Puno y Centros de Salud Mental Comunitario, en forma semanal y mensual.
- Emitir reportes diarios de digitación de los Centros de Salud Mental Comunitario
- Emitir reportes de abandono en el tratamiento
- Control de calidad de los registros digitados en los establecimientos de salud y centros de salud mental comunitario.
- 04 capacitaciones y/o asesoramiento a los Centros de Salud Mental Comunitario por mes.
- Reporte de avance de paquetes y tamizajes para el reporte CEPLAN
- Apoyo en el control de Historias Clínicas en Admisión.
- Otras actividades que designe el jefe inmediato.

**V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR**

**PERFIL MINIMO DEL CONTRATISTA**  
**FORMACIÓN ACADÉMICA:**





**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"**

- Contar con Registro Nacional de Proveedores.
- RUC.
- EXPERIENCIA:**
- Experiencia General: en el sector público y/o Privado no menor a (12) meses.

**CURSOS/ DIPLOMADO**

- Curso de capacitación en información estadística en salud
- Cursos en Excel intermedio
- Cursos de análisis de datos

**DESEABLE:**

- 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 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.

**VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION**

**LUGAR:** Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital) y en el Centro de Salud Mental Comunitario ALTO PUNO

**PLAZO:** El plazo de ejecución del servicio será de sesenta (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

**VII. ENTREGABLES**

**02 entregables:** 30 días calendario

- Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

**VIII. CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora de Salud Mental, la misma que deberá ser otorgada previa presentación y aprobación del informe

**IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

El monto por la prestación que se pague, por concepto de honorarios profesionales al locador por los servicios contratados por 02 entregables, **conforme al siguiente cronograma:**

- ❖ Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- ❖ Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

**El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:**  
Los pagos se efectuarán en dos (02) armadas.

**X. 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.

**XI. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR**

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**XII. PENALIDADES POR MORA**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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

**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:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
  - b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.
  - b.2) 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.

**XIII. 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.



*Amely Valdez Castillo*  
PSICÓLOGA  
C.P. 32318

FIRMA Y SELLO DEL AREA USUARIA



**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE PSICOLOGO.**

|                                                                                      |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Órgano y/o Unidad Orgánica</b>                                                    | RED DE SALUD PUNO<br>COORDINACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131<br>CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL |
| <b>Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:<br/>Denominación de la Contratación</b> | <b>TERMINOS DE REFERENCIA</b><br><b>CONTRATACIÓN SERVICIO DE PSICOLOGO</b>                               |

**I. FINALIDAD PUBLICA**

El Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental requiere de un (01) psicólogo(a) para brindar atención integral, preventiva, promocional, terapéutica y de rehabilitación psicosocial a usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario "Buen Amanecer", en el marco del modelo de atención comunitaria en salud mental del Ministerio de Salud.

**II. OBJETIVO DEL SERVICIO**

Contribuir al fortalecimiento del sistema de salud mental comunitaria a través de la atención integral y oportuna de personas, familias y comunidades afectadas por trastornos mentales, problemas psicosociales y de comportamiento, promoviendo la recuperación, reintegración y participación en su entorno familiar, laboral y social.

**III. FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Recursos Ordinarios

**META:** 104

**CLASIFICADOR:** 23.29.11

**IV. ALCANCES DEL SERVICIO**

Servicio especializado de 01 psicólogo para desempeñar las siguientes funciones:

- Realizar atención ambulatoria y visitas domiciliarias de personas con morbilidad en trastornos mentales.
- Participar en las actividades contempladas en la norma técnica de centros de salud mental comunitaria.
- Participar en la elaboración y ejecución del plan de atención individualizado del diagnóstico clínico-psicosocial especializado
- Realizar la intervención terapéutica especializada por etapa de vida (niño, niña, adolescentes, adulto, adulto mayor o usuarios con adicciones) de acuerdo al MCI.
- Contribuir en la mejora de la salud mental y calidad de vida de las personas con trastornos mentales y/o psicosociales, sus familias y su comunidad.
- Realizar otras funciones que asigne el jefe superior.

**V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR/PERFIL DEL CONSULTOR****PERFIL MINIMO DEL PROVEEDOR****FORMACIÓN ACADÉMICA:**

- Título profesional en Psicología.
- Colegiatura y habilitación profesional vigente. (Indispensable)
- Constancia de término de SERUMS (Indispensable)

**EXPERIENCIA:**

- Experiencia General: experiencia laboral de dos (02) años en el sector público y/o privado. Incluido SERUMS
- Experiencia específica no menor de (12 meses) en el sector público. Adicional al SERUMS



**PERÚ****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA****"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"****CURSOS/ DIPLOMADO**

- Psicoterapia cognitivo conductual
- Evaluación e intervención en psicología clínica
- Atención en violencia familiar
- Intervención en adicciones
- Intervención con niños y adolescentes.
- Ofimática.
- Otras capacitaciones afines.

**DESEABLE:**

- Salud mental comunitario
- Psicología y salud mental

**VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION**

**LUGAR DE PRESENTACION:** Red de Salud Puno. Av. el Sol Nro. 1122 Barrio Victoria (a Lado del Jardín del Hospital)  
**LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS:** Centro de Salud Mental Comunitario "Buen Amanecer"

**PLAZO:** El plazo de ejecución del servicio será de sesenta (60) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

**VII. ENTREGABLES**

**02 entregables:** Cada 30 días calendario

- Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

**VIII. CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será otorgada por la coordinadora del P.P. Control y Prevención en Salud Mental, previo informe de cumplimiento de la Jefa del Centro de Salud Mental Comunitario "Buen Amanecer".

**IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

El monto por la prestación que se pague, por concepto de honorarios profesionales al locador por los servicios contratados, conforme al siguiente cronograma:

- ❖ Primer entregable a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio hasta un máximo de 30 días calendario
- ❖ Segundo entregable hasta un máximo de 30 días calendario

El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONFORMIDAD del entregable:  
Los pagos se efectuarán en dos (02) armadas.

**X. 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.

**XI. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR**

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**XII. 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:





PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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

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

Donde F tendrá los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40.
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
  - b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25.
  - b.2) 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.

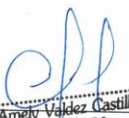
Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

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

### **XIII. 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.

  
FIRMA  Amely Veldez Castillo  
PSICÓLOGA  
DEL ÁREA USUARIA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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



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 **DISPONABILIDAD INMEDIATA**.

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



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

Firma<sup>\*</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

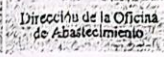
Ministerio  
de Salud

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE  
SALUD PUNO

UNIDAD DE  
LOGISTICA

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



"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<br>equis o<br>aspe | Casos de Vinculación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>      | Por razones de parentesco hasta el cuarto de consanguinidad (Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: hermanos entre sí, Tercer grado de consanguinidad: abuelos y nietos / sobrino (a) y tío(a). Cuarto grado de consanguinidad: Primos hermanos entre sí, tío (a) abuelo (a) y sobrino (a), nieto (a) o afinidad). |
| <input type="checkbox"/>      | Por razones de parentesco hasta el segundo grado de afinidad. Primer grado de afinidad: Esposo(a) y de suegros. Segundo grado de afinidad: cuñados entre sí.                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>      | Especificar:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

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>

<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****Ministerio  
de Salud****DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO****RED DE  
SALUD PUNO****UNIDAD DE  
LOGISTICA**

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

**FORMATO N° 06****CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO EN LA CUENTA CCI****SEÑOR: RED DE SALUD PUNO****Presente.-****ASUNTO:** Autorización de abono directo en cuenta CCI que se detalla.

Por medio del presente comunico a usted que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancaria (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

|                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
| <b>RAZON SOCIAL Y/O<br/>PROVEEDOR</b>                          |  |
| <b>RUC</b>                                                     |  |
| <b>NOMBRE DEL BANCO</b>                                        |  |
| <b>NUMERO DE CUENTA</b>                                        |  |
| <b>CODIGO DE CUENTA<br/>INTERBANCARIO (CCI)<br/>20 dígitos</b> |  |

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria, que se **COMUNICA ESTÁ ASOCIADA** al RUC consignada, tal como ha sido abierta en el Sistema Bancario Nacional.

Agradezco se sirva a disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados directamente en la cuenta CCI del Banco indicado.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura, Boleta de Venta y/o Recibo por Honorarios) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/u Orden de Servicio, con las prestaciones de bienes y/o servicio materia del contrato pertinente, quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para manifestarle mis sentimientos de estima personal.

Atentamente,

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

-----  
**SELLO Y FIRMA**