



## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### “PROFESIONAL TÉCNICO PARA EL LABORATORIO DE REFERENCIA INTERMEDIO DE LA RED DE SALUD ALTO AMAZONAS”

#### 1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE

Área de Epidemiología - Dirección Red de Salud Alto Amazonas.

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA

Diagnósticos Inmunológicos de Dengue, Fiebre Amarilla y Chikungunya, mediante Ensayos de ELISAS.

#### 3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

Fortalecer los procedimientos Laboratoriales en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades Metaxénicas.

#### 4. PERFIL MÍNIMO REQUERIDO:

- Profesional Titulado Técnico en Laboratorio.
- Experiencia mínima de un (01) año.
- Experiencia de trabajo en Instituciones de salud pública (MINSA).

##### 4.1. COMPETENCIAS

- Capacidad de trabajo con equipos multidisciplinarios.
- Capacitación en Microsoft Office, en sistemas de comunicación.
- Conocimiento del Idioma Inglés (deseable).
- Capacidad de dirección, organización, trabajo en equipo, análisis, expresión, redacción, síntesis y coordinación.
- Personalidad con tendencia a la estabilidad emocional y control del estrés, actitud proactiva, cortesía y buen trato a los usuarios internos y externo.

#### 5. REQUISITOS Y FORMA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

- Llenar solicitud de postulación (**Anexo 01**).
- Declaración Jurada de Ausencia de Incompatibilidades (**Anexo 02**).
- Declaración Jurada de Ausencia de Nepotismo - Ley N° 26771 (**Anexo 03**).
- Carta de Autorización de pago con Abono a Cuenta (**Anexo 04**).
- Documento Nacional de Identidad vigente y legible.
- Ficha RUC, actualizada de la SUNAT (No consulta RUC).
- Constancia de Registro Nacional de Proveedores (RNP) - (pagar S/ 80.00 en el Banco de La Nación “NO agentes”; después de haber transcurrido 24 horas debe llenar en la página del OSCE un formulario para poder obtener la Constancia del RNP y entregar impreso la constancia de RNP).
- Suspensión de Cuarta Categoría (solo si el monto es igual o superior a S/ 1,500.00 soles).
- Copia del Número de Cuenta y CCI de cualquier entidad bancaria (No Banco de la Nación), que debe estar vinculado con su RUC, cuenta que debe estar activo.
- Currículo vitae (documentado).

#### 6. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Organizar, coordinar, controlar y validar los procedimientos analíticos aplicados en el proceso de análisis y sus resultados.
- Realizar los procedimientos para racionalizar el trabajo y mejorar el servicio, manteniendo un nivel técnico, científico, de acuerdo a los últimos avances del diagnóstico por Inmunoensayo ligado a enzimas (ELISA).
- Establecer coordinaciones con los organismos correspondientes sobre actividades relacionadas con la especialidad.
- Proponer y participar de los proyectos de investigación e implementación en el Área de su competencia.
- Participar en actividades de capacitación, monitoreo y supervisión en actividades relacionadas a su especialidad.
- Conocer y participar en los planes de contingencia ante emergencias o desastres, interiorizando y asumiendo funciones que devenga de ese tipo de situaciones.



- Apoyar a otras Unidades cuando el caso amerite.
- Obtención de muestra, para: Diagnostico de Dengue, Zika, Chikungunya, leptospirosis, entre otros.
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

## 7. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

### • Lugar:

El locador desarrollará sus actividades en el Área de Inmunoensayos del Laboratorio Referencial de Salud Pública de Alto Amazonas, realizando actividades Laboratoriales.

### • Plazo:

El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas hasta en plazo máximo de 300 días (10 meses) calendarios en los presentes términos de referencia con ejecución periódica según cronograma de pago, a partir del día siguiente de notificada la Orden de Servicio hasta la culminación de la misma.

## 8. MONTO Y FORMA DE PAGO DEL SERVICIO

El monto del servicio asciende a la suma de **S/. 2,000.00 (DOS MIL CON 00/100 SOLES)**, por cada producto entregable, incluidos los impuestos de ley y cualquier otro concepto que pueda incidir en el costo del servicio, conforme al siguiente cronograma:

N°	PRODUCTO	MONTO	ENTREGABLE
01	Primer producto	S/. 2,000.00	Hasta los 30 días calendarios
02	Segundo producto	S/. 2,000.00	Hasta los 60 días calendarios
03	Tercer producto	S/. 2,000.00	Hasta los 90 días calendarios
04	Cuarto producto	S/. 2,000.00	Hasta los 120 días calendarios
05	Quinto producto	S/. 2,000.00	Hasta los 150 días calendarios
06	Sexto producto	S/. 2,000.00	Hasta los 180 días calendarios
07	Séptimo producto	S/. 2,000.00	Hasta los 210 días calendarios
08	Octavo producto	S/. 2,000.00	Hasta los 240 días calendarios
09	Noveno producto	S/. 2,000.00	Hasta los 270 días calendarios
10	Décimo producto	S/. 2,000.00	Hasta los 300 días calendarios

## 9. CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

La conformidad será por parte de la Jefatura del Laboratorio Referencial de Salud Pública de Alto Amazonas; asimismo deberá presentar su respectivo informe y comprobante de pago por cada producto entregable.

## 10. FINANCIAMIENTO

PROGRAMA PRESUPUESTAL	0017 - METAXENICAS Y ZONOTICAS
META SIAF	105: MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL METAXENICAS Y ZONOSIS
ACTIV / PROY.	3000001/5000085 Monitoreo, supervisión, evaluación y control metaxénicas y zoonosis
SUB- PRODUCTO	0043975 ACCIONES COMUNES
ESPECIFICA DE GASTO	
23.29.11	Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad.

## 11. GASTOS POR DESPLAZAMIENTO

En los casos en que sea necesario para el cumplimiento de sus funciones, el traslado de EL CONTRATISTA en el ámbito nacional, los gastos inherentes a estas actividades (pasajes, movilidad, hospedaje, alimentación), correrán por cuenta de LA ENTIDAD en caso corresponda, previa coordinación y aceptación.



## 12. PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, la Red de Salud Alto Amazonas, le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10 %) del monto de la Orden, para dicho efecto tomará como referencia la fórmula establecida en el artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

## 13. RESOLUCIÓN DE CONTRATO Y/U ORDEN

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales la Red de Salud Alto Amazonas, procederá a resolver el contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164° y 165° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Son causales de resolución de contrato el incumplimiento de la presentación de la Declaración Jurada de Intereses de conformidad con lo establecido por el artículo 7° del Reglamento de la Ley N° 31227, Ley que transfiere a la Contraloría General de la República, la competencia para recibir y ejercer el control, fiscalización y sanción respecto a la Declaración Jurada de Intereses de autoridades, servidores y candidatos a cargo públicos.

## 14. DERECHOS DE PROPIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Las obras, creaciones intelectuales, científicas, entre otros, que se hayan realizado en el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, son de propiedad de LA ENTIDAD. En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente requerimiento son cedidos a LA ENTIDAD en forma exclusiva.

El CONTRATISTA no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera del Ministerio de Salud salvo autorización expresa de LA ENTIDAD, la información proporcionada por ésta para la prestación del servicio y, en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

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

## 15. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (1) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**El presente servicio no está sujeto a subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el locador contratado, no generando derecho laboral alguno para quien lo presta, de conformidad al Código Civil vigente.**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ANEXO N° 01

### SOLICITUD DE POSTULACIÓN

**SOLICITO: PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LOCACIÓN.**

**Señor:**

**DIRECCIÓN DE RED SALUD ALTO AMAZONAS.**

El suscrito (a), ....., peruano de nacimiento, identificado (a) con DNI. N° ....., con domicilio en ....., distrito de ....., provincia de ....., departamento de ....., Correo Electrónico: ..... Celular N° ..... con el debido respeto me presento y digo:

Mediante la presente solicito se me considere como postulante para participar de la **CONVOCATORIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LOCACIÓN**, convocado por la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas, en el servicio de:

- Inspector de vivienda - Oficina de Salud Ambiental.
- Gestor Comunal - PROMSA.
- Gestor Comunal - Área de Epidemiología.
- Tec. Enfermero (a) - Área de Epidemiología de la IPRESS I-4 Lagunas.
- Tec. Laboratorio - Área de Inmunoensayos del Laboratorio Referencial.
- Médico Cirujano - C.S. I-3 Independencia.
- Médico Cirujano - C.S. I-3 Natividad.

Para lo cual declaro que cumplo con los requisitos básicos exigidos en la convocatoria, adjuntando mi Currículum vitae y demás documentación solicitada en la forma prevista, sometiéndome a las evaluaciones y demás disposiciones que se establecen en los requerimientos de los servicios solicitados.

**POR TANTO:**

A usted señor, solicito acceder a mi petición y se me considere como postulante al proceso de invitación.

Yurimaguas, ..... de febrero de 2024.

.....  
Firma

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ANEXO N° 02

### DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, ..... identificado con DNI .....; al amparo del Artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS,

#### DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No percibir ingresos o pensión por parte del estado.
- No tener inhabilitación administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
- No tener impedimento expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes, para ser postores o contratistas y/o para postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado por la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.
- No estoy incurso en la prohibición constitucional de percibir simultáneamente doble remuneración y/o pensión a cargo del Estado, salvo por función docente o proveniente de dietas por participación en uno (01) de los directorios de entidades o empresas públicas.
- No tengo vínculo de parentesco hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio o por unión de hecho o convivencia, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la entidad, que ejerzan la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el proceso de selección para laborar a la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.
- No tener antecedentes penales, policiales ni sentencias condenatorias.
- No haber sido destituido o despedido de la administración pública o de empresas estatales por medidas disciplinarias, ni de la actividad privada por causa o falta grave laboral.
- No figurar en el Registro Nacional de Sanciones Destitución y Despido - RNSDD.
- No estoy registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.

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 427 y el artículo 438 del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (04) años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Yurimaguas, ..... de febrero de 2024.

.....  
Firma

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

### ANEXO N° 03

#### DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley N° 26771

**D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM**

Yo, ..... identificado con DNI N° ..... al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42º de la Ley de Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio o por unión de hecho o convivencia, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la entidad, que ejerzan la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el proceso de selección para para laborar a la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

#### EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas, las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

Relación	Apellidos/Nombres	Área de Trabajo

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 438º del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Yurimaguas, ..... de febrero de 2024.

.....  
Firma

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ANEXO N° 4

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yurimaguas, ..... de febrero de 2024.

**Señor (es) : DIRECCIÓN DE RED SALUD ALTO AMAZONAS.**

**Presente.-**

**Asunto : AUTORIZACIÓN PARA EL PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA.**

---

---

Por el medio de la presente, comunica a ustedes, el número de cuenta de ahorro en moneda nacional N° ..... y el código de cuenta interbancaria (CCI) N° ..... a nombre de ..... identificado con DNI N° ....., RUC N° ....., agradeciéndole se sirva a disponer lo conveniente para que los pagos del suscrito sean abonados en la cuenta que corresponda al indicado CCI de la entidad bancaria .....

Agradeciéndole, se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos sean efectuados a favor de la cuenta en la entidad bancaria a la que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....  
Firma