

## TERMINOS DE REFERENCIA

### CONTRATACION DE PROFESIONALES PSICOLOGOS PARA CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CREESER

#### **1.- IPRESS QUE REQUIERE EL SERVICIO:**

Centro de Salud Mental Comunitaria de la localidad de Utcubamba

#### **2.- OBJETIVO DEL SERVICIO:**

Contratar dos (02) profesionales PSICOLOGOS con estudios culminados para brindar atención a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación orfandad por COVID 19 y otras circunstancias en la provincia de Utcubamba

#### **3.- ACTIVIDADES:**

- a. Identificación de niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad de acuerdo al padrón nominal y otros que no se encuentran en el padrón.
- b. 01 sesión de atención de niños, niñas y adolescentes en condición de orfandad de acuerdo al padrón nominal y otros que no se encuentran en el padrón.
- c. 01 Atención a los cuidadores y/o tutores del niño, niña, adolescente acuerdo al padrón nominal y otros que no se encuentran en el padrón.
- d. Registro de las actividades en el sistema HIS WEB de acuerdo a la codificación correspondiente a la actividad.

#### **4.- DURACION DEL SERVICIO:**

Desde el día siguiente de la firma del contrato hasta el 23 de diciembre del 2021.

#### **5.- VALOR ESTIMADO DEL SERVICIO:**

El valor estimado del servicio es de ocho mil nuevos soles (S/8, 000.00).

- S/. 4 000.00 Informe por cumplimiento de metas hasta el 23 de diciembre del 2021
- S/. 4 000.00 Informe por cumplimiento de metas hasta el 23 de diciembre del 2021

#### **6.- FORMA DE PAGO:**

El pago debe realizarse con depósito en cuenta; para lo cual se debe presentar la siguiente información y/o documentos:

- Registro Nacional de Proveedor - RNP.
- Registro Único de Contribuyente (RUC).
- Recibo por Honorarios.
- Código de cuenta interbancaria (CCI).
- Copia simple del Documento Nacional de Identidad (vigente).
- Informe de actividades refrendado por el responsable del área que requiere el servicio.

#### **7.- PLAZO PARA EL PAGO:**

El pago se efectuará en plazo de 07 días posterior a la presentación del informe de Actividades.



**8.- PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:**

**A) FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIOS**

A) Formación Académica	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?									
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Incompleta</td> <td>Completa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura  Título de PSICOLOGO	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  D) ¿Habilitación profesional? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Incompleta	Completa									
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado  <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado				
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input checked="" type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									



**CONOCIMIENTO BASICO DE OFIMÁTICA:**

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
WORD	X			
EXCEL	X			
POWERPOINT	X			



**10.- CONFORMIDAD:**

- El Jefe de la IPRESS, recibirá el informe del Locador y elevará a la Red de Salud Utcubamba
- El coordinador de la red verificará y dará la conformidad respectiva y elevará al área de logística.

