



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL

Unidad Orgánica	DEIDAE DE SALUD COLECTIVA
Actividad	5005197 REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO ESQUIZOFRENICO
Meta Presupuestaria	031

I. OBJETIVO DEL SERVICIO

La Dirección Ejecutiva de Salud Colectiva en el marco de la implementación y Operación de Hogares Protegidos, realizará la sistematización de la experiencia de funcionamiento de estos dispositivos para evidenciar lecciones aprendidas.

Para este propósito se requiere la contratación del servicio para realizar el procesamiento y análisis cualitativo de las entrevistas a profundidad y grupos focales, información recogida de los hogares protegidos, en el marco del PPR 0131.

II. DESCRIPCION DE SERVICIO

- a. Procesamiento y análisis cualitativo:
- Entrevista a profundidad.
 - Grupos focales.
- b. Elaboración y presentación de informe del estudio

III. REQUISITOS MINIMOS DEL POSTOR

- Licenciado en Antropología.
- Haber trabajado en algún proyecto de investigación y/o evaluación de corte cualitativo.
- Conocimiento sobre uso de atlas ti.
- Ética en la reserva de información que se le otorga.
- Disposición para el trabajo en equipo.

IV. PLAZO DE EJECUCIÓN

El tiempo de duración del servicio será de 60 días calendario después de la recepción del contrato.

V. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio estará a cargo de la Dirección Ejecutiva de la DEIDAE Salud Colectiva.

VI. FORMA DE PAGO

El pago por la prestación del servicio se realizará contra entrega del Producto: Informe final.

VII. MONTO REFERENCIAL

VIII. PENALIDADES

De acuerdo a la Ley de Contrataciones del Estado.

Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios asignados

Clasificador del Gasto: 2.3.2.7.11 9.9.



CRUZ CAMPOS

ANEXO N° 01

DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores:
OFICINA DE LOGISTICA
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO
NOGUCHI"

El que suscribe, , identificado con DOCUMENTO DE
IDENTIDAD N° , **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente
información se sujeta a la verdad

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PARTICIPANTE	
R.U.C. DEL PROVEEDOR	
CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA C.C.I. (BANCO)	
CODIGO DE DETRACCION	
DOMICILIO LEGAL	
NOMBRE DEL CONTACTO	
N° TELEFONOS FIJOS /MOVIL	
E-mail	
PERSONA AUTORIZADA PARA SUSCRIBIR COTIZACIONES	

.....
Firma y sello del Postor