

BASES ADMINISTRATIVAS

LICITACIÓN 006-2009 - CARE PERÚ

**SELECCIÓN DE CONSORCIO QUE IMPLEMENTARÁ OBJETIVO DEL
PROGRAMA "CERRANDO BRECHAS: HACIA EL LOGRO DE LOS
OBJETIVOS DEL MILENIO EN TB Y VIH EN EL PERÚ"**

ITEM 2

COMPONENTE TB: OBJETIVO 3

**Objetivo 3: Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR
con participación de los servicios, la comunidad y los afectados.**

**ABRIL
2009**

INDICE

| | Pag. |
|---|-------------|
| I. Antecedentes | |
| 1.1 De la situación de la TB en el Perú | 03 |
| 1.2 Del Fondo Mundial | 04 |
| 1.3 Del Mecanismo Coordinador de País (MCP) | 05 |
| 1.4 De la participación de CARE Perú como Receptor Principal | 06 |
| II. Sobre el proyecto “ Cerrando Brechas: Hacia el logro de los Objetivos del Milenio en TB y VIH en el Perú” | |
| 2.1 Componente TB | 07 |
| 2.2 Modelo de Gestión | 08 |
| III. Sobre el Objetivo 3 del Componente de TB “Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, a la comunidad y los afectados” | |
| 3.1 Definición del objetivo | 10 |
| 3.2 Antecedentes | 10 |
| 3.3 Avances | 11 |
| 3.3.1 Primera Fase del Programa | 11 |
| 3.3.2 Avances de la Segunda Fase | 13 |
| 3.4 Resultados esperados para la Segunda Fase | 13 |
| 3.5 Actividades del Objetivo e Indicadores del Objetivo | 17 |
| IV. Marco Normativo de la convocatoria – Base Legal | |
| 4.1 Entidad convocante | 19 |
| 4.2 Objetivo | 19 |
| 4.3 Tiempo de contrato | 19 |
| 4.4 Idioma | 19 |
| 4.5 Ámbito de Intervención | 20 |
| 4.6 Financiamiento y presupuesto | 20 |
| 4.7 Modalidad de financiamiento | 20 |
| 4.8 Requisitos de los postores | 20 |
| 4.9 Perfil de los Postores | 20 |
| 4.10 Acerca del Líder del Consorcio | 21 |
| 4.11 Acerca de los Miembros del Consorcio | 21 |
| 4.12 Del Equipo Clave | 22 |
| 4.12.1 Un Coordinador Técnico | 22 |
| 4.12.2 Un Administrador / Contador | 22 |
| 4.12.3 Un Sub-Coordinador de Monitoreo y Evaluación | 23 |
| 4.13 Dedicación del Equipo Clave | 25 |
| 4.14 Del Resto del Equipo | 25 |
| 4.15 Cronograma y Actividades de la convocatoria | 25 |
| 4.15.1 Cronograma | 25 |
| 4.15.2 Actividades | 26 |
| 4.15.3 Sobre N°1 Criterios de Elegibilidad | 29 |
| 4.16 Elegibilidad | 29 |
| 4.16.1 Sobre N°2 Documentos Técnicos | 31 |
| 4.16.2 Con respecto a las Capacidades Institucionales | 31 |
| 4.16.3 Con respecto al Plan de Implementación Programática | 31 |
| 4.16.4 Con respecto a la Propuesta Económica Financiera | 32 |
| 4.16.5 Con respecto al Plan de Sostenibilidad | 32 |
| 4.16.6 Evaluación y Otorgamiento de la Buena Pro | 32 |
| V. Anexos | 36 |

I. ANTECEDENTES

1.1 DE LA SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

La tuberculosis existe en el mundo desde el inicio de la historia de la humanidad, sin embargo aún no puede controlarse y actualmente es considerada como problema de salud pública y una amenaza mundial.

A pesar de que la tasa de nuevos casos ha disminuido de 88 casos de TB pulmonar con BK+ por cada 100,000 habitantes en el año 2000, hasta 64 por cada 100,000 habitantes en el año 2007, el Perú ocupa el tercer lugar de los países de América Latina con las más altas tasas de casos nuevos luego de Haití y Bolivia¹. El principal factor de riesgo de transmisión en el país continúa siendo el hacinamiento, muy común en los asentamientos humanos y en los barrios marginales. A estos factores se añaden otros factores de riesgo como la pobreza, los estilos de vida (alcoholismo, drogadicción, precariedad) y nutrición deficiente.

Desde mediados de la década de los 90 se empezó a reportar en el país la tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), resistente a los medicamentos anti TB mas potentes (especialmente Rifampicina e Isoniacida). La notificación de estos casos fue en ascenso desde la cifra 396 en el año 1999, a 1,375 casos en el 2001, hasta alcanzar un pico de 2,784 en el año 2005². A finales de 2007, los nuevos casos disminuyeron en un 30%. El incremento del número de pruebas de sensibilidad realizadas, que permite mayor búsqueda, la mejora del sistema del registro de información y la disminución de la letalidad por TB MDR estarían indicando que efectivamente se trata de una mejora; aunque preocupa la persistencia de abandonos al tratamiento³.

Una forma de tuberculosis que está emergiendo es la tuberculosis extensivamente drogoresistente (TB-XDR). Esta se ha notificado en el país desde el año 1999 y en el 2008 se registraron 58 casos, acumulando 190 casos desde el inicio de las notificaciones.

La distribución de la TB no es homogénea en el país: el 58 % de casos de TB, 82 % de casos de TB MDR y 93 % de casos de TB XDR son notificados por las Direcciones de Salud de Lima y Callao. Tampoco es homogénea entre los distritos de Lima Metropolitana: la carga de tuberculosis se concentra en 19 distritos de los 43 que la conforman y de acuerdo a la información del 2006, al compararla con el 2007, son cuatro distritos principalmente los que han contribuido al incremento de las tasas: Comas, Independencia, La Victoria y El Agustino³.

La tuberculosis relacionada con el VIH es común en varios grupos de población y ejerce una presión adicional sobre el control de la tuberculosis. Entre los años 2000 y el 2006, la prevalencia de VIH en afectados por TB se mantuvo estable en alrededor de 2%, elevándose ligeramente a 2.5% en el 2007 (860 casos), explicado por el financiamiento de la cooperación externa y de algunas DISAS y DRESAS que permitió proporcionar en forma gratuita el tamizaje de VIH en afectados por TB³. El hecho de que la principal causa de muerte en TB es la comorbilidad con VIH (20%), el que 27% de los casos nuevos que ingresaron a la cohorte de comorbilidad fallecieron, el que la prevalencia de VIH en personas con TB MDR en el grupo 20 a 59 años de edad es 2.5 veces más que en trabajadoras

¹ World Health Organization. Report 2009, Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing.

² Dr Cesar Bonilla Asalde. Presentación Power-Point: Control de la TB en Perú. 2008. Visitado en http://www.apec.minsa.gob.pe/esp_infotbc.asp

³ Estrategia Sanitaria Nacional para el Control y Prevención de la Tuberculosis. Informe de Gestión 2008

sexuales y que TB y VIH comparten los mismos nichos epidemiológicos (enfermedades de grandes urbes que afectan predominantemente a población económica y sexualmente activa), ha impulsado el trabajo colaborativo TB/VIH para hacer costo-efectivas las intervenciones.⁴

Aun cuando ha habido logros, las condiciones de vida (como el hacinamiento), los estilos de vida (alcoholismo, drogadicción), la deficiente nutrición, la coinfección con el VIH, entre otros, permiten que la TB encuentre condiciones adecuadas para su transmisión. De allí que la TB constituye un serio problema de salud pública en el Perú.

1.1. DEL FONDO MUNDIAL

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se creó con el propósito de aumentar radicalmente los recursos para la lucha contra tres de las enfermedades más devastadoras del mundo y dirigir dichos recursos a las zonas más necesitadas.

En julio de 2000, durante la Cumbre del G8 en Okinawa, Japón coloca en la agenda el tópico de la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Reconoce que, aunque existen organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo que juegan un rol importante, solos no pueden canalizar el gran volumen de nuevos recursos necesarios para luchar contra las tres epidemias. En diciembre de ese año, Japón organiza una reunión de expertos en salud pública que acuerdan que se requiere una nueva acción significativa para combatir las tres enfermedades y que se debía explorar un nuevo potencial de financiamiento.

En abril de 2001, Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas recoge esta propuesta y en la Cumbre Africana sobre VIH/SIDA, hace un llamado a la creación del Fondo Mundial. Ese mismo año el Presidente Bush compromete un primer aporte de US\$ 200 millones, seguido por el Reino Unido y por Francia que aportan mas de US\$300 millones. Kofi Annan personalmente aporta US\$ 100,000 para esta causa. Pronto se une la Fundación Bill y Melinda Gates aportando otros US\$100 millones.

En la célebre Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) en junio de 2001, los gobiernos de los países en desarrollo como Nigeria y Uganda comprometen millones de dólares de sus propios recursos en señal de apoyo al Fondo Mundial.

Lo que viene después es una historia ejemplar de capacidad gerencial que se inicia en agosto de 2001 con la formación de un Grupo de Trabajo de Transición liderado por Chrispus Kiyonga of Uganda y constituido por 45 miembros representativos de los gobiernos donantes y receptores, ONGs, fundaciones, corporaciones, agencias de las naciones unidas y comunidades de personas viviendo con las enfermedades, las cuales se fijaron como meta que la organización iniciara sus operaciones a inicios del 2002.

Junto con el diseño de sus políticas y principios, este grupo de transición diseñó un modelo de gobierno constituido por un Cuerpo Directivo de 23 miembros, un secretariado dedicado a las operaciones y un Panel de Revisión Técnica Independiente que evaluaría las propuestas técnicas de aplicación a las donaciones. El Grupo seleccionó a Ginebra como sede del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la

⁴ Dra. Yvonne Cortez. De la tormenta perfecta a la Alianza perfecta: Comorbilidad TB/VIH SIDA en el Perú, desarrollo de un plan de trabajo conjunto. 2008. Visitado en http://www.euco-net.eu/fileadmin/euco-net/Downloads/presentations/Yvonne_Cortez_From_the_perfect_Storm_to_the_perfect_alliance_Comorbidity_TB-HIV_AIDS_developing_a_joint_work_plan.pdf

tuberculosis y la malaria y acuerda que la organización se constituya formalmente como una fundación Suiza independiente.

En enero del 2002, el Fondo Mundial inicia formalmente sus operaciones en su sede en Ginebra. El Cuerpo Directivo instruye entonces al Secretariado a realizar la primera convocatoria para el financiamiento de propuestas técnicas. En febrero se realiza el primer llamado y a la fecha ya se han producido nueve de estas convocatorias.

El propósito del Fondo Mundial es recaudar, gestionar y desembolsar recursos para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. No ejecuta programas directamente, sino que confía en el conocimiento de expertos locales.

Como mecanismo de financiación, el Fondo Mundial colabora estrechamente con otras organizaciones multilaterales y bilaterales cuya misión es concordante y por lo tanto su vinculación permite asegurar que los programas que financia se complementen con los ya existentes. En muchos casos, estos asociados participan en los [Mecanismos de Coordinación de País](#) y proporcionan asistencia técnica importante durante el desarrollo de propuestas y la ejecución de programas.

1.1.1. Del mecanismo de evaluación

Acercas de la metodología de evaluación de desempeño de los países, a partir de la última evaluación de la I Fase del Programa de la V Ronda, componente VIH,, el Fondo Mundial ha aplicado una nueva política de evaluación de los resultados programáticos que incluyen dos modificaciones principales:

- Si al menos uno de los indicadores principales (Top Ten), refleja un desempeño de B2 o C, es decir que el objetivo se ha alcanzado en menos del 59%, esto repercutirá en la valoración final del desempeño reduciéndola a pesar del desempeño de los otros indicadores.
- Todos los indicadores que superen el objetivo del período en más de 120%, no se podrán contabilizar por un porcentaje mayor. Hasta ahora, los indicadores que llegaban o excedían el objetivo por más de 150% se contabilizaban al 150%. Ahora, este porcentaje ha sido reducido al 120%.

Es de gran importancia que los candidatos a Sub Receptores tomen en cuenta esta nueva exigencia a fin de preparar sus propuestas sobre la base de intervenciones que garanticen el logro de las metas establecidas.

1.2. DEL MECANISMO COORDINADOR DE PAÍS

La CONAMUSA, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, creada en mayo de 2002 en el marco de la formulación del Programa "Fortalecimiento de la prevención y control del VIH/SIDA y tuberculosis en el Perú" y constituida como Mecanismo de Coordinación País el 13 de mayo de 2004 mediante Decreto Supremo 007-2004-SA. Es un organismo conformado por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas con VIH y afectadas por tuberculosis.

La CONAMUSA cumple un rol estratégico que promueve la construcción de consensos entre los sectores público y privado a fin de complementar y fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH, SIDA y Tuberculosis.

Contribuye a la evaluación y al seguimiento de las actividades que se realizan en los programas financiados por el Fondo Mundial, asimismo, fomenta la participación

democrática de la ciudadanía de manera multisectorial con énfasis en el fortalecimiento de las organizaciones y grupos directamente afectados.

Cuenta con 14 órganos descentralizados en Lima, Callao, Ancash (Chimbote y Huaraz), Ica, Piura, Loreto, Tumbes, Cajamarca, Lambayeque, La Libertad, Huancayo, Arequipa, Tacna y Pucallpa, creados con la finalidad de trabajar propuestas en áreas como Gestión, Comunicaciones, Vigilancia Social y Sostenibilidad.

La CONAMUSA como conductor de los programas financiados por el Fondo Mundial tiene retos por cumplir a fin de fortalecer su participación en la respuesta al VIH, SIDA y tuberculosis en el Perú para tener programas sostenibles en el tiempo con enfoque de descentralización y de inclusión de las personas con VIH y aquellas afectadas por la tuberculosis.

1.3. DE LA PARTICIPACIÓN DE CARE PERU COMO RECEPTOR PRINCIPAL

Para cada propuesta, el Mecanismo de Coordinación de País nombra a una organización privada para que sirva como Receptor Principal. Dicha organización se encarga de administrar los fondos comprometidos por el Fondo Mundial para la ejecución del Programa

En nuestro país el Receptor Principal propuesto por la CONAMUSA para los programas financiados por el Fondo Mundial en la II, V y VI Rondas de convocatorias⁵ esa sido CARE Perú, una organización que ejerce un papel importante en la lucha contra la pobreza en el país.

CARE Perú, en su condición de Receptor Principal del fondo de donación, es la organización encargada de administrar los recursos económicos, asegurar el logro de las metas comprometidas con el Fondo Mundial, seleccionar los entes ejecutores de los sub proyectos, denominados Sub Receptores, y facilitar los bienes y servicios necesarios para la ejecución de las actividades programáticas del Programa “Cerrando Brechas: Hacia el logro de los Objetivos del Milenio en TB y VIH en el Perú” y, posteriormente, durante el desarrollo de los proyectos, pone en marcha el sistema de monitoreo y evaluación.

⁵ El Programa financiado en II Ronda es “Fortalecimiento de la prevención y control del VIH/SIDA y tuberculosis en el Perú”, el financiado en V Ronda es “Cerrando brechas: hacia el logro de los Objetivos del Milenio en TB y VIH en el Perú” y el financiado en VI Ronda es “Planes nacionales multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH/SIDA en el Perú”

II. SOBRE EL PROGRAMA “CERRANDO BRECHAS: HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO EN TB Y VIH EN EL PERÚ” – COMPONENTE TB

2.1 DEL PROGRAMA

El programa presentado en el año 2005 denominado “**Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del desarrollo del milenio en TB y VIH y SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa**” consta de 02 componentes: VIH/SIDA y Tuberculosis. El programa tiene un tiempo de duración de 05 años, divididos en dos fases. La Primera Fase se extiende desde el 1ro de Septiembre del 2006 hasta el 30 de Septiembre del 2008 y la Segunda Fase desde el 1ro de Octubre del 2008 hasta el 31 de Septiembre del 2011.

Uno de los principales fundamentos de este programa es que a través del componente Tuberculosis se continúe fortaleciendo en el país la atención integral y se mejore la calidad de vida de los afectados. La prevención y el control de la Tuberculosis constituyen un gran reto para el Perú, pues ésta enfermedad, junto con el VIH, son las grandes amenazas al desarrollo nacional afectando directamente los recursos humanos del país e incrementando la pobreza.

Es importante mencionar que el programa ha sido diseñado bajo un enfoque de descentralización multisectorial participativa, pues el impacto de la epidemia no tiene que ver con región ni con geografía, afecta tanto en Lima como en Iquitos y por ende será necesario promover el involucramiento de todos los actores sociales que se requiera. Es tarea de todos los sectores del Estado, preocuparse por la salud y la calidad de vida de la población, no es exclusividad de un solo sector. Por lo tanto, se debe buscar y promover la participación multisectorial así como la participación ciudadana para asumir la corresponsabilidad frente a los problemas que afronta el país.

Meta:

Luego de 5 años de intervención se pretende disminuir la tasa actual de incidencia de casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo a 53 por 100 mil habitantes de la tasa de 66 por 100 mil actual.

Objetivos:

- Fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables y la defensa del derecho a la salud de las personas afectadas por la tuberculosis.
- Fortalecer la prevención de riesgo de infección por tuberculosis en hospitales
- Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados organizados.
- Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis.

Resultados Esperados:

Se disminuye la tasa actual de tuberculosis pulmonar frotis positivo de 66 por 100 mil habitantes a 53 por 100 mil habitantes.

Beneficiarios de la Segunda Fase del Programa:

- En población general se beneficiará a
 - 300 personas de la comunidad accederán a información para el cambio de comportamiento referido al estigma y discriminación de personas afectadas por TB
 - 10,800 personas serán atendidas mediante consejería telefónica

- En población vulnerable se beneficiará a
 - 400 pacientes con diagnóstico reciente de VIH+ recibirán tratamiento para la infección latente de Tuberculosis
- En población afectada por la TB se beneficiará a
 - 12,000 personas afectadas por TB (PAT) que en el transcurso del proyecto habrán recibido consejería en VIH y se realizan la prueba para el diagnóstico de VIH
 - 120 personas afectadas por TB (PAT) serán atendidos a distancia mediante Internet
 - 1,000 PAT recibirán DOTS en su domicilio
 - 150 pacientes con TB MDR recibirán apoyo alimentario
 - 468 pacientes con TB MDR con complicaciones recibirán atención
 - 62 pacientes con TB MDR serán apoyados económicamente para los análisis pre quirúrgicos
 - 62 pacientes con TB MDR serán apoyados económicamente para los análisis post quirúrgicos
 - 62 pacientes con TB MDR serán apoyados económicamente en su rehabilitación
 - 400 personas recibirán capacitación referida a grupos de apoyo de pares
 - 1,000 PAT que en el transcurso del proyecto habrán recibido apoyo para el acondicionamiento de su vivienda
 - 300 PAT al año recibirán información en conocimiento y uso de las dietas adecuadas
 - 1,660 PAT recibirán canastas de alimentos
- En población afectada por la TB participando en organizaciones se beneficiará a
 - 900 personas al año se capacitarán en organización, abogacía y derechos humanos
 - 500 personas al año recibirán información en tecnología de la información
 - 100 personas al año recibirán capacitación en gestión social
- En trabajadores de salud se beneficiará a
 - 1,200 trabajadores accederán a información para el cambio de comportamiento referido al estigma y discriminación de personas afectadas por TB
 - 250 profesionales de los Centros de Excelencia serán capacitados en epidemiología y gestión social
 - 450 nuevas promotoras serán capacitadas en TB-MDR
 - 80 trabajadores de salud relacionado a TB serán capacitados en la promoción de dietas adecuadas

2.2 MODELO DE GESTION DEL OBJETIVO

En aplicación de las políticas de inclusión de la CONAMUSA y del Fondo Mundial, se ha materializado para la presente licitación, el Acuerdo 028-01-2006-SE-CONAMUSA según el cual para la gestión del presente Objetivo 1 se debe considerar las siguientes pautas:

1. Un Consorcio formado por Organizaciones No Gubernamentales y organizaciones comunitarias vinculadas legalmente y con un líder responsable ante el Receptor Principal, ejecuta un objetivo completo.
2. Los Costos administrativos deben ser asignados por mutuo acuerdo
3. El Asesor comunitario y Sub Coordinador de Monitoreo y Evaluación son parte del equipo de gestión.
- 4.

2.3 DE LA CONTINUACION PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA SEGUNDA FASE

Por acuerdo Nro.007-004-2009-SE-CONAMUSA, se autoriza a CARE Perú la convocatoria a Licitación Pública para la asignación del Objetivo 3 del componente TB del proyecto denominado “Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del desarrollo del milenio en TB y VIH y SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa”.

Adicionalmente se aprueba el pedido de CARE Perú de continuar con la implementación de las actividades en coordinación directa con las Estrategias Sanitarias Nacionales.

III. SOBRE EL OBJETIVO 3 DEL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS “FORTALECER LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS AFECTADOS POR TBC MDR CON PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS, LA COMUNIDAD Y LOS AFECTADOS”

3.1 DEFINICIÓN DEL OBJETIVO:

El objetivo 3 del Programa busca: **Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados de TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados.**

3.2 ANTECEDENTES

En el marco de la presentación de la propuesta para el presente Programa, se hizo referencia a los esfuerzos realizados por el país en el contexto del control de la TB MDR.

- En octubre de 2007, el Estado empezó a aplicar un Esquema de Retratamiento Estandarizado para pacientes con TB MDR, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para países de medianos y escasos recursos.
- En enero de 1999, mediante el Proyecto Colaborativo entre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, OPS/OMS y el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard se implementó la aplicación de retratamientos individualizados para TB MDR con enfoque comunitario, para los que se exige contar con las pruebas de sensibilidad, contemplando la aplicación del tratamiento solo en el ámbito de Lima y Callao.
- El Programa de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis, correspondiente a la Segunda Ronda del Fondo Mundial; desde el Objetivo 3 del Componente de Tuberculosis (Extender la Cobertura del DOTS Plus y mejorar la Tasa de Curación de pacientes TB MDR) ha permitido la ampliación de la aplicación de este tratamiento que se venía dando solo en Lima y Callao. A fines de 2004 se llegó a cinco nueva regiones.
- Con la existencia de la quimioterapia eficaz, adquirida a través del Comité de Luz Verde de la OMS, la experiencia de los equipos multidisciplinarios en el manejo de pacientes con TB MDR y permanentes actividades de promoción y prevención se espera que la incidencia de TB MDR se reduzca con relación a los niveles actuales. Por ello, luego de realizarse reuniones técnicas con la participación de médicos neumólogos del MINSA, sociedades científicas y otras instituciones, incluyendo asociaciones de enfermos con tuberculosis, se analizó la situación terapéutica, eficiencia y eficacia del esquema

estandarizado que se utilizaba desde el año 1997. Como resultado se propuso modificar la estructura de este retratamiento, resultando de dicho análisis un nuevo esquema terapéutico que entró en vigencia desde el 03 de Marzo del año 2005 con la Resolución Ministerial N° 162-2005/MINSA.

En este contexto, el Objetivo 3 “Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados de TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados” propuso la creación de Centros de Excelencia para el Tratamiento de la TB y TB-MDR en 19 hospitales del país y 12 Centros de Salud de Lima y Callao, así como la expansión del acceso a la atención y tratamiento integral. Con esta novedosa propuesta se buscaba potenciar las capacidades y experiencia nacionales a favor de incrementar la calidad de la respuesta de los servicios, en especial a casos de alta complejidad de TB MDR y co-infección TB-VIH/SIDA, de integrar las acciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis al trabajo descentralizado y multisectorial.

3.3 AVANCES

3.3.1 PRIMERA FASE DEL PROGRAMA

Se ha logrado los siguientes resultados:

Indicadores Resultado/Cobertura:

- Información preliminar de la ESN-PCT respecto al primer semestre de 2008 indica que de un total de 7,526 pacientes de TB registrados en las DISAS de Lima y Callao, 4,356 recibieron consejería y se hicieron la prueba para detectar VIH lo que representa una cobertura de 58%, muy superior a la meta establecida de 30%.
- Igualmente, para el mismo periodo, de un total de 1,278 nuevos casos de VIH notificados por la ESN PC ITS-VIH/SIDA al mes de junio, 821 habían recibido tratamiento profiláctico con isoniazida lo que representa una cobertura de 64%, superior a la meta establecida de 52%.

Indicadores de Proceso y Rendimiento:

- Se puso a disposición de los médicos tratantes de TB-MDR una nueva ficha de notificación de RAFAs que permite un mejor seguimiento de las mismas, lo que a su vez facilitó la recopilación de información acerca del otorgamiento de medicamentos para las RAFAs notificadas.
- Entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008, 1,588 pacientes en tratamiento para TB-MDR presentaron RAFAs, de los cuales 1,120 recibieron tratamiento gratuito. Ello representa una cobertura de 70%
- Se desarrolló del software administrativo para seguimiento de expedientes “Sistema de Manejo de Expedientes de Pacientes TB-MDR versión 1.0” (SMEPT) y se capacitó a 44 trabajadores de salud en su uso. Se realizó el acondicionamiento de espacios e instalación de equipos de cómputo en 11 Centros de Excelencia Comunitarios; la instalación del software en hospitales, centros de salud, locales de Redes, DISAS y DIREAS de Lima y regiones; y el seguimiento post-capacitación del personal de salud en sus centros de labores para asegurar el correcto uso del SMEPT en todos los niveles. Al término de la primera fase, se tiene 20 Centros de Excelencia Hospitalarios y Comunitarios, así como la Unidad Técnica de TB-MDR, incorporados al SMEPT.
- Adquisición e instalación de un servidor y del administrador “ORACLE Database 11g” en la Unidad Técnica de TB-MDR. También se adquirió y registró el nombre de dominio www.tuberculosis-peru.org para publicar la página Web del SMEPT. Esta página Web está actualmente en construcción.
- Implementación de una modalidad descentralizada de subvención de exámenes auxiliares complementarios e inter-consultas que son necesarios para el ingreso y continuación de pacientes en el tratamiento para TB-MDR. Se brindó acceso gratuito a exámenes auxiliares complementarios e inter-

consultas a 1,615 pacientes, la mayoría de los cuales han sido beneficiados por la subvención más de una vez. Además, se realizaron 36 cirugías de tórax a pacientes TB-MDR.

- Otorgamiento de apoyo social a 99 afectados por TB-XDR de una meta de 100, todos ellos identificados por la Unidad Técnica de TB-MDR como tales. La distribución de los apoyos fue como sigue: 92 pacientes recibieron apoyo mediante la entrega de canastas de alimentos con frecuencia mensual y acondicionamiento de su vivienda. Dos recibieron sólo acondicionamiento (fallecieron antes de recibir su primera canasta) y cinco recibieron sólo canastas de alimentos.

Las metas que resultaron cerca de lo previsto y su cumplimiento se reprograma para la Segunda Fase del Programa son:

- Los indicadores clave 2.2 “Número de hospitales con ambientes construidos y equipados para la atención de pacientes con TB que permiten el mejoramiento del control de infecciones” (bajo responsabilidad compartida por el Receptor Principal y el Sub Receptor del Objetivo 2 del mismo Programa) y 3.5 “Número de centros de excelencia establecidos” (bajo responsabilidad del Objetivo 3). Sin embargo, durante la primera fase se han realizado notables avances tanto en la capacitación de personal de salud, PATs y comunidad en general en una diversidad de tópicos relativos a la TB y seleccionados de manera conjunta con la ESN-PCT (epidemiología y gestión social, control de infecciones, manejo de reacciones adversas, entre otros). También se realizó el equipamiento de Centros de Excelencia Comunitarios e instalación y puesta en funcionamiento del SMEPT en establecimientos de salud, Redes, DISAS, DIRESAS y la Unidad Técnica de TB-MDR. En cuanto al componente de infraestructura, a lo largo de la primera fase el Receptor Principal realizó una gran cantidad de actividades preparatorias de carácter técnico y político que resultaban esenciales para la realización de las obras en los Centros de Excelencia Hospitalarios y Comunitarios seleccionados conjuntamente con la ESN-PCT.

3.3.2 AVANCES DE LA SEGUNDA FASE

En el mes de diciembre de 2008, mediante la firma de una Carta de Entendimiento entre CARE Perú y Socios en Salud y con la intervención de ACIT Rímac, se ejecutaron actividades definidas como prioritarias según el Plan Operativo del primer trimestre de la segunda fase del Programa. Es así que se capacitó a consejeros pares en co-morbilidad TB/VIH, a promotoras de salud en TB MDR, se distribuyeron canastas de alimentos a pacientes TB-MDR, TB-XDR y a promotoras y se realizaron otras actividades relacionadas a beneficios directos pacientes TB-MDR (i.e. subvención de exámenes auxiliares y cirugías).

Por situaciones de carácter fortuito, durante los meses de enero y febrero de 2009 no se realizaron actividades, salvo la ejecución de gastos operativos, de recursos humanos y actividades de la Unidad Técnica de TB-MDR, cuyos recursos forman parte del presupuesto del Objetivo TB3.

Ante esta situación, en marzo CONAMUSA acordó que se continuara con la ejecución de actividades priorizadas (entre las que destacan el apoyo social a pacientes TB-MDR) en un POA denominado “de emergencia” por el I período de enero a junio de 2009, correspondiente a los Trimestres 10 y 11 del Programa., bajo el liderazgo de la Unidad Técnica de TB-MDR de la ESN-PCT. De esta forma, está previsto que se continúe con las capacitaciones a promotores en TB MDR, la entrega de canastas a promotores, entrega de

canastas a afectados TB XDR, financiamiento a afectados TB XDR (en cirugías, exámenes pre-cirugía y terapias de rehabilitación), los talleres de capacitación en manejo RAM a prestadores de salud, y actividades básicas de monitoreo, recursos humanos y gastos operativos de oficina.

El mes de junio, en que se iniciarían las actividades del postor ganador, será el mes de transferencia de información referente a las actividades priorizadas ejecutadas. Las actividades a ejecutar por el postor ganador se inician en el Trimestre 4 del POA año 3.

En razón de que el Consorcio que ejecute el Objetivo 3 de TB de la V Ronda, desarrollará cuatro actividades de diferentes características, y requiriéndose para ello fortalezas y experticias diferentes, es necesario que en la propuesta se especifique la organización integrante del consorcio responsable de cada actividad, según los Términos de Referencia y los Planes Operativos de cada actividad.

3.4 RESULTADOS ESPERADOS PARA LA SEGUNDA FASE

Con diferentes actividades por parte del Ministerio de salud, fortalecidas con el proyecto del Fondo Mundial; la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de salud, espera producir un impacto sobre algunos indicadores definidos.

Es así que las metas **DE IMPACTO** comprometidas con el Fondo Mundial para el Objetivo 3 componente de TB son las siguientes:

| Formulación del Indicador | Linea de Base | | | Metas | | | | |
|---|-----------------|------|---------------------------|----------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | Valor | Año | Fuente | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
| Tasa de incidencia de TB | 66.39 x 100 mil | 2004 | Health service statistics | 66.39/ 100 mil | 64/ 100 mil | 55 / 100 mil | 54/ 100 mil | 53/ 100 mil |
| Tasa de tratamiento con éxito de TB MDR | 68.0% | 2005 | Health service statistics | | | 75% | 77% | 80% |
| Porcentaje de pacientes con TB MDR que abandonan el tratamiento | 15% | 2005 | Health service statistics | 15% | 15% | 13% | N/A | 10% |

Los resultados esperados con las diferentes actividades del objetivo 3 se expresan en el siguiente cuadro adjunto como indicadores de **COBERTURA**, que se espera se alcance a través del Objetivo 1 y en estrecha coordinación con la contraparte técnico sectorial, son las siguientes:

| Nro. | Formulación del Indicador | Línea de Base (si es aplicable) | | | Fase 1 | | Metas trimestrales para años 3, 4 y 5 | | | | | | | | | | | | Metas acumulativas (Y-en todo el Programa / Y-acumulativo anualmente / N-no acumulativo) | Comentarios ⁶ |
|------|--|---------------------------------|------|-----------------|------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|--------------|--|--|
| | | Valor | Año | Fuente | Metas (P8) | Ultimo resultado disponible (P6) | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | | |
| 3.1 | Número y porcentaje de pacientes de TBC que reciben consejería y se hace la prueba para detectar VIH | 0 | 2005 | MINSA – ESN PCT | 30% | 4,406 33.8% | 6229 35% | | | 7118 40% | | | | 8898 50% | | | | 10677 60% | Y-acumulativo anualmente | Tomando como referencia histórica el año 2007, el denominador a ser utilizado en la segunda fase del Programa, es 17,796 personas diagnosticadas con TB pulmonar con baciloscopia positiva (BK+) cada año. |
| 3.2 | Número y porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH | 1241 | 2003 | MINSA – ESN PCT | 52% | 1,492 67% | 1500 67% | | | 1700 76% | | | | 1800 80% | | | | 2000 89% | Y-en todo el Programa | Tomando como referencia histórica el número de notificaciones de personas con VIH en el año 2007 según la DGE, se determinó que el denominador a ser utilizado en la segunda fase del Programas es 2,243 PVVS /año. |
| 3.3 | Número y porcentaje de pacientes con TB MDR con reacciones adversas que reciben tratamiento | 20% | 2004 | MINSA – ESN PCT | 100% | 428 65% | | 100% 375 | | 100% 750 | | 100% 375 | | 100% 750 | | 100% 375 | | 100% 750 | Y-acumulativo anualmente | La ESN-PCT estima que aproximadamente 30% de todos los casos de TB-MDR presentaran reacciones adversas y proveerá tratamiento a todos quienes lo requieran. En coordinación con la Unidad Técnica TB-MDR, para el cálculo del indicador se tomó como referencia histórica el año 2007. Por lo tanto, el cálculo de este indicador será en base al 30% de los pacientes reportados en el indicador 3.6. |

⁶ Todos los numeradores y denominadores han sido coordinados con la ESN-PCT

| Nro. | Formulación del Indicador | Línea de Base (si es aplicable) | | | Fase 1 | | Metas trimestrales para años 3, 4 y 5 | | | | | | | | | | | | Metas acumulativas (Y-en todo el Programa / Y-acumulativo anualmente / N-no acumulativo) | Comentarios ⁶ |
|------|--|---------------------------------|------|------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--|--|
| | | Valor | Año | Fuente | Metas (P8) | Ultimo resultado disponible (P6) | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | | |
| 3.4 | Número y porcentaje de pacientes con TBC MDR en tratamiento que reciben apoyo social | 0 | 2005 | MINSA – ESN PCT | 25% | 71 18% | 25% (100) | 30% (120) | | 30% (120) | | 40% (160) | | 40% (160) | | 50% (200) | | 50% (200) | Y-en todo el Programa | <p>Apoyo social es definido como mejoras al hogar destinadas a prevenir la transmisión de la TB y/o apoyo nutricional.</p> <p>El apoyo social reportado en este indicador es para los pacientes que la UT TB-MDR designa como casos con TB-XDR (i.e. apoyo alimentario, acondicionamiento de vivienda, otros según ficha social).</p> <p>Denominador: N° de fracasos al esquema 2 reportados en el informe operacional 2006 (401).</p> <p>Numerador: N° de pacientes TB-XDR proporcionado por la UT TBMDR.</p> |
| 3.5 | Número de centros de excelencia establecidos | 0 | 2005 | MINSA – ESN PCT | 12 | 0 | 12 | | | 25 | | 25 | | 25 | | 25 | | 25 | Y-en todo el Programa | <p>Centros de Excelencia son hospitales o centros de salud que son modelos de servicio y tratamiento, sobre la base de criterios establecidos, para TB, TB-MDR y co-infección TB/VIH. Un centro será considerado establecido cuando tiene personal capacitado en bioseguridad y manejo de programas de TB, ha mejorado o reacondicionado su infraestructura, ha mejorado su equipamiento y es parte de una red electrónica que conectará todos los centros.</p> |
| 3.6 | Número de pacientes con TBC MDR que ingresa al DOTS-Plus cada año | 860 | 2003 | MoH information system - ESN | 9,682 | 7,763 | 10,307 | 10,932 | 11,557 | 12,182 | 12,807 | 13,432 | 14,057 | 14,682 | 15,307 | 15,932 | 16,557 | 17,182 | Y-en todo el Programa | <p>Se ha considerado incrementos trimestrales de 625 pacientes ingresantes al DOTS Plus conforme a la programación del Plan Operativo de la primera fase.</p> |

| Nro. | Formulación del Indicador | Línea de Base (si es aplicable) | | | Fase 1 | | Metas trimestrales para años 3, 4 y 5 | | | | | | | | | | | | Metas acumulativas (Y-en todo el Programa / Y-acumulativo anualmente / N-no acumulativo) | Comentarios ⁶ |
|------|---|---------------------------------|------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|------------------------|-----|---------------|-----|--------------------|--|--|
| | | Valor | Año | Fuente | Metas (P8) | Ultimo resultado disponible (P6) | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | | |
| 3.7 | Número y porcentaje de pacientes de TB MDR bacteriológicamente diagnosticados en laboratorio que completaron exitosamente el tratamiento de acuerdo al protocolo (curados mas los que completaron el tratamiento) | 576 59.5% | 2005 | Estudios de seguimiento de cohortes | | | | 937/12 50 | | 1875/2 500 (75%) | | 962/12 50 | | 1925/2 500 (77%) | | 1000/1 250 | | 2000/2500 (80%) | Y-en todo el Programa | NUMERADOR: Número de casos de TB MDR bacteriológicamente diagnosticados en laboratorio que completaron exitosamente el tratamiento de acuerdo al protocolo (curados y tratamientos completos) 24 meses después de haber iniciado el tratamiento. DENOMINADOR: todos los casos de TB MDR registrados en tratamiento durante un periodo de tiempo específico. A la cohorte del 2005 ingresaron 968 pacientes, de los cuales a la fecha continúan en tratamiento 111. 576 culminaron exitosamente el tratamiento (curados 535 y 41 culminaron el tratamiento). Para el cálculo del indicador propuesto: Numerador: 576 (534+41), Denominador: 968 = 59.5% pacientes que culminaron exitosamente el tratamiento. |
| 3.8 | Número de nuevos promotores de la comunidad capacitadas en prevención y control de TB-MDR | 1852 | 2005 | Estudio especial | 450 | 389 | 510 | 575 | | 700 | | 725 | | 850 | | 875 | | 900 | Y-en todo el Programa | Estos son nuevos promotores. Reforzamiento de capacitación a promotores existentes también se dará en la primera fase del Programa. |

Tanto las metas de cobertura como las de impacto que se muestran en las dos tablas precedentes, son de obligatorio cumplimiento, en tanto forman parte del contrato que el Fondo Mundial ha suscrito con el Receptor Principal bajo la mirada vigilante de la CONAMUSA. La responsabilidad de su logro alcanza tanto al consorcio ejecutor (Sub-Receptor) como a la(s) contraparte(s) técnica(s) respectiva(s) (Ministerio de Salud, etc. según sea el caso)

A fin de considerar que las metas descritas en las tablas precedentes sean alcanzadas, se valorará especialmente el hecho que la propuesta presente consistencia interna entre las estrategias que proponga el postor y los indicadores descritos.

3.5 ACTIVIDADES E INDICADORES DEL OBJETIVO

En el contexto del proyecto, de acuerdo al Plan Operativo se considera cuatro actividades, una de ellas en el área de desarrollo de infraestructura sanitaria y tres en el área de tratamiento de TB MDR y cada actividad tiene definido un indicador de proceso (producto) y metas anuales. A su vez cada actividad consta de un conjunto de tareas que se miden por indicadores de rendimiento (insumos) con metas incluso a nivel trimestral.

La propuesta del Consorcio postulante debe considerar las estrategias por medio de las cuales se garantiza el cumplimiento de las metas de los indicadores de Proceso y Rendimiento al 3er, 4to y 5to año de la intervención, la misma que es materia de la presente licitación.

Los indicadores de **Proceso** de las actividades tienen definidas las metas anuales a ser logradas durante el tiempo de la intervención son las siguientes:

| Actividad | Producto (Indicador de Proceso) | Metas | | | Total 2 Fase |
|--|---|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | | Total Año 3 | Total Año 4 | Total Año 5 | |
| 3.1 Desarrollo de 27 Centros de Excelencia para la atención de la TB MDR y VIH-SIDA en Lima y las regiones priorizadas. | Nº de centros de excelencia en funcionamiento, incorporados a la Red de Registro Médico Electrónico | 27 | 27 | 27 | 27 |
| 3.2 Ampliación de la cobertura en dos nuevas regiones de tratamiento para enfermos con TB MDR y mejora de la adhesión al tratamiento | Nº de casos de TB MDR que ingresa a DOTS plus cada año | 1311 | 1087 | 649 | 3047 |
| 3.3 Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos | Nº de enfermos TB MDR con múltiples fracasos que hayan recibido al menos un apoyo | 50 | 50 | 50 | 150 |
| 3.1 Desarrollo de 27 Centros de Excelencia para la atención de la TB MDR y VIH-SIDA en Lima y las regiones priorizadas. | Nº de pacientes con RAM atendidos | 870 | 780 | 690 | 2,340 |
| 3.4 Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TBC-MDR | Nº de pacientes con complicaciones atendidos y que no sean por RAM | 174 | 156 | 138 | 468 |

El plan operativo que presente el postor deberá considerar de manera obligatoria las metas de actividad o productos descritos en el cuadro precedente, y establecer las estrategias más apropiadas, eficaces y eficientes para alcanzarlas. Las estrategias se reflejarán en las sub-actividades del Plan Operativo de la Segunda Fase del Objetivo (que se adjunta a las presentes Bases), que el postor ganador debe ejecutar como mínimo.

Las actividades y sub-actividades que el postor plantee en el plan operativo, deberán asimismo ser presentadas con sus respectivos indicadores de producto e indicadores de insumo, así como el costo por producto, de acuerdo al formato que se adjunta en el Anexo 17 (Presupuesto por Actividades, Productos y Rubros de Gasto).

Dada la importancia que tiene para el donante el cumplimiento de las metas comprometidas en los plazos previstos, el postor deberá incluir además su propuesta de Monitoreo y Evaluación de la intervención, enfocada de manera transversal a las actividades y, definida por el diseño de un plan de monitoreo de acuerdo a los lineamientos del Fondo Mundial y siguiendo los criterios que se presenta en el Anexo 16A.

IV. MARCO NORMATIVO DE LA CONVOCATORIA – MARCO LEGAL

Esta convocatoria se rige por el Convenio de Donación entre el Fondo Mundial y CARE Perú de fecha 26 de Junio de 2006 así como lo dispuesto por las Bases de esta Convocatoria.

4.1. ENTIDAD CONVOCANTE

CARE Perú, que es un organismo privado e Internacional sin fines políticos, religiosos, ni lucrativos constituido para ayudar a los sectores menos favorecidos de los países en vías de desarrollo. Reconocido por el Gobierno Peruano, según Resolución Suprema N° 433 de fecha 31 de agosto de 1970, con RUC N° 11058066, y domicilio legal en Av. General santa Cruz 659, Jesús María.

CARE Perú tiene la tarea que la convocatoria se realice bajo los alcances del Program Grant Agreement between The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (“Global Fund”) and CARE Peru (“Principal Recipient”). Grant number: PER-202-G01-H-00, firmado el 24 de octubre de 2003.

4.2. OBJETIVO

Seleccionar a los consorcios de organizaciones privadas sin fines de lucro y sin fines comerciales y públicas, quienes en alianzas con entidades privadas, públicas y grupos comunitarios, ejecutarán las actividades propuestas en el Objetivo 3, Segunda Fase, del Componente Tuberculosis del proyecto “Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos del Milenio en TB y VIH en el Perú”, cuyo Objetivo 3 persigue: “Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados de TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados”

Los postores participantes deberán cumplir con las especificaciones técnicas indicadas en los anexos y documentos complementarios que forman parte de las presentes Bases.

4.3. TIEMPO DE CONTRATO

27 meses y 21 días (9 de junio 2009 hasta 30 de septiembre 2011)

4.4. IDIOMA

El castellano es el Idioma oficial para la presentación de las propuestas

4.5. AMBITO DE INTERVENCIÓN

Las actividades del Objetivo 3 del componente de tuberculosis; están dirigidas a los lugares donde se implementan medidas de prevención, control y tratamiento de la TB MDR en el país; especificada en los Términos de Referencia por actividades en el presente documento.

4.6. FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO

La entidad financiadora es el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

El presupuesto:

US \$ 4,250,711

El presupuesto desagregado por actividad se encuentra en el Anexo 12.

4.7 MODALIDAD DE FINANCIAMIENTO.

La entrega de los recursos se realizará con carácter de “donación con cargo”, esto quiere decir que todo gasto debe ser rendido contando con su respectivo sustento

4.1. 4.8 REQUISITOS DE LOS POSTORES

4.1.1. Se tendrá por aceptada la postulación de Consorcios, siempre que se cumpla con las condiciones de elegibilidad establecidas en las bases.

4.1.2. Están impedidos de participar como postores o formar parte de éstos, aquellas organizaciones que:

4.1.2.1. Hayan liderado consorcios en convenios o contratos celebrados con la Entidad Convocante y que dicho convenio o contrato haya sido resuelto por motivos de cualquier índole, salvo que se trate de causa fortuita o de fuerza mayor.

4.1.2.2. Y cuyos representantes legales estén comprendidos en procesos penales o registren antecedentes penales a la fecha del concurso.

4.1.3. Los postores que son actualmente Sub Receptores pueden participar, con la condición de presentar un equipo de personal clave **DISTINTO**.

4.1.4. Sobre la participación de las entidades públicas: Las entidades públicas pueden participar como parte del consorcio postor, pero no como líderes del consorcio, ni de manera independiente.

4.9 PERFIL DE LOS POSTORES

4.9.1 Los Postores deberán acreditar entre sus miembros, personal con conocimiento de las políticas vigentes del sector salud y en especial de la Estrategia Sanitaria para el Control y Prevención de la Tuberculosis. La experiencia tanto institucional como personal en materia de la respuesta a la TB en el país es requisito indispensable.

4.9.2 Los postores deberán suscribir una Declaración Jurada según Anexo 19 garantizando que la composición del personal del equipo clave y del resto del equipo no sufrirá variaciones desde la presentación de las propuestas, hasta la culminación del contrato, salvo caso fortuito o de fuerza mayor debidamente acreditados. Cualquier cambio del personal del equipo clave y del resto del equipo deberá ser evaluado y aprobado por CARE Perú. La eventual sustitución de algún miembro del equipo clave deberá garantizar el mismo perfil del personal sustituido.

4.9.3 Los Consorcios postores deberán acreditar una Promesa Formal de Consorcio suscrita por todos los miembros en la que se deje constancia del nombramiento de líder del mismo. De obtener la buena pro, deberá celebrarse el Contrato de Consorcio de acuerdo al modelo adjunto a estas bases como Anexo 20 previo a la celebración del Contrato con CARE Perú.

4.10 ACERCA DEL LIDER DEL CONSORCIO

4.10.1 Estar debidamente constituido e inscrito en Registros Públicos y con situación legal vigente mediante la presentación de:

- Constitución Social.
- Partida Registral.
- Certificado de Vigencia de Poderes

4.10.2 Contar con registro vigente ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) o en trámite.

4.10.3 Experiencia institucional en gestión de volúmenes de recursos financieros por un monto no menor al 20% del monto de financiamiento de la presente convocatoria

4.10.4 Estados financieros **AUDITADOS** de los dos últimos años, que demuestren una situación financiera solvente.

4.10.5 Tener un sistema administrativo – contable acorde con las exigencias del Fondo Mundial (apertura de una cuenta exclusiva para el proyecto, apoyar la realización de auditorías externas al proyecto, sin perjuicio de otros Exámenes Especiales, aplicar los recursos donados por “THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA” y canalizados por CARE Perú única y exclusivamente a la ejecución del proyecto, llevar registros, incluyendo libros y cuentas, preparados de conformidad con las normas y principios contables

generalmente aceptados que se apliquen en forma consistente y se relacionen con el dinero que CARE PERU entregará al organismo ejecutor en virtud del presente Convenio, etc.)

4.10.6 Haber conformado alianzas con instituciones locales para diseñar y ejecutar proyectos piloto con la población objetivo.

4.10.7 Demostrar trabajo articulado con instancias del sector público e instituciones locales

4.11 ACERCA DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO

4.11.1 Estar debidamente constituidos e inscritos en Registros Públicos como organismos públicos o privados y con situación legal vigente mediante la presentación de:

- Constitución Social.
- Partida Registral.
- Certificado de Vigencia de Poderes

4.11.2 Contar con registro vigente ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) o en trámite.

4.11.3 Haber conformado alianzas con instituciones locales para diseñar y ejecutar proyectos piloto con la población objetivo.

4.11.4 Demostrar trabajo articulado con instancias del sector público e instituciones locales

4.11.5 Las organizaciones comunitarias quedan exceptuadas de los requisitos establecidos en los numerales 4.11.1 y 4.11.2

4.12 DEL EQUIPO CLAVE

4.12.1 Un Coordinador técnico

Perfil:

- Profesional de la salud con mínimo 10 años de experiencia en planificación y gestión de programas y proyectos relacionados con salud pública, deseable con enfoque de interculturalidad.
- Experiencia en programas preventivo-promocionales de TB y deseable VIH/Sida
- Experiencia en programas y proyectos de promoción dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad.
- Conocimiento de las intervenciones de la Estrategias Nacionales del Ministerio de Salud (Intervención en TB, TB-MDR y Co-morbilidad TB/VIH, entre otras) y/o contrapartes técnicas (MINJUS entre otras)
- Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas
- Excelente capacidad de redacción y capacidad de organizar abundante información
- Comprobada actitud no discriminatoria hacia las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Poseer alta capacidad de análisis y criterio
- Dedicación exclusiva al programa, disponibilidad para viajar

Principales responsabilidades y funciones:

- Responsable operativo de la implementación de las actividades y sub actividades del objetivo asegurando el cumplimiento de las metas.
- Liderar el equipo de gestión y equipo técnico y precisar o redefinir las estrategias de implementación planteadas, en coordinación con los integrantes del Consorcio.
- Mantener una comunicación fluida con los actores del proyecto (Receptor Principal, Contraparte Técnica, Poblaciones Afectadas,

CONAMUSA) para facilitar la implementación y mejorar los resultados, buscando a la vez nuevas sinergias.

- Respetar el contrato, reglas, procedimientos y los documentos normativos del RP y los lineamientos del Fondo Mundial, realizando coordinaciones oportunas y asegurando el buen funcionamiento operativo y financiero del Consorcio. Ello incluye el monitoreo programático y financiero, la buena rendición de cuentas, la presentación puntual de informes, la calidad, entre otras.
- Asegurar la sostenibilidad de las intervenciones una vez finalizado el periodo de ejecución del proyecto, presentando una propuesta viable en el Trimestre P18.

4.12.2 Un Administrador / contador

Perfil:

- Profesional con especialización en Finanzas y/o Administración.
- Estudios de especialización en evaluación de proyectos de desarrollo.
- Experiencia mínima de cinco años en posiciones similares, con manejo y monitoreo de recursos materiales y financieros en organizaciones de desarrollo social.
- Capacidad de establecer relaciones interinstitucionales para el trabajo en asocio y establecimiento de alianzas estratégicas fortaleciendo el trabajo en equipos multidisciplinarios.
- Capacidad de planificación y organización de las actividades del área para el logro de los objetivos.
- Capacidad de negociación y buen manejo de conflictos.
- Buen nivel de comunicación oral y escrita en español y deseable en inglés
- Sólidos conocimientos de cómputo en entorno Windows e Internet y experiencia en manejo de Sistema Computarizados de control presupuestal.
- Dedicación exclusiva al programa, disponibilidad para viajar a los ámbitos del proyecto.

Principales responsabilidades y funciones:

- Planificar, organizar, coordinar, facilitar y supervisar las actividades administrativas y financieras del proyecto, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por CARE en concordancia con las recomendaciones del Fondo Global.
- Participar en la preparación de la plantilla contable y diseño de reportes, en coordinación con la Gerencia de Finanzas.
- Elaborar manuales de codificación y uso de fondos de los proyectos, que contemplen las normas y procedimientos establecidos por el donante y por CARE.
- Capacitar al personal del proyecto y a los entes ejecutores en los temas de usos permitidos de fondos y codificación de los diferentes tipos de gastos.
- Efectuar seguimiento de los gastos y controlar que éstos se ajusten a lo presupuestado. Realizar seguimiento a los adelantos y rendiciones a los entes ejecutores.
- Supervisar, participar en el proceso y hacer seguimiento a las compras realizadas tanto por CARE como por los entes ejecutores.
- Asesorar al coordinador y/o especialistas del proyecto en la evaluación y reprogramación presupuestal, y en la toma de decisiones para el óptimo uso de los recursos.
- Consolidar la información de los diferentes componentes del proyecto y emitir los reportes financieros requeridos por CARE y el Fondo Global en cumplimiento del compromiso establecido en el contrato o convenio suscrito.

- Capacitar y coordinar con los entes ejecutores la adopción de las políticas de CARE aplicables al programa.
- Atender a las auditorías del proyecto.
- Otras funciones inherentes a su cargo y/o asignadas por el Coordinador a quien reportará.

4.12.3 Un Sub Coordinador de Monitoreo y Evaluación

Perfil:

- Experiencia de 3 años en el diseño, monitoreo y evaluación de proyectos y/o programas de desarrollo, desde el enfoque de marco lógico.
- Experiencia en la organización y administración de información para el monitoreo y evaluación de proyectos sociales.
- Experiencia en el diseño y validación de instrumentos para el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa, que de cuenta del nivel de logro de los indicadores y resultados esperados.
- Manejo de herramientas informáticas para oficina (Word, Excel, Access, PowerPoint, Internet); y deseable, programas para análisis cuantitativos (SPSS, Stata) así como cualitativos (Atlas-ti, Etnograph) y de gestión de proyectos (MS Project).
- Conocimientos específicos de las intervenciones de la Estrategias Nacionales del Ministerio de Salud y/o contrapartes técnicas (Intervención en TB, TB-MDR y Co-morbilidad TB/VIH, entre otras)
- Capacidad de análisis, planeación, anticipación y organización, trabajo en Equipo y Orientación a Resultados.
- Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones públicas y privadas
- Comprobada actitud no discriminatoria hacia las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Buen nivel de comunicación oral y escrito (redacción y ortografía para la generación de reportes)
- Dedicación exclusiva al programa, disponibilidad para viajar

Principales responsabilidades y funciones:

- Diseñar y ejecutar el Plan de Monitoreo y Evaluación para el Objetivo, en concordancia a los lineamientos del Plan de M&E del RP y el FM, incluyendo la matriz de los medios de verificación.
- Organizar y administrar las bases de datos del Área de Monitoreo y Evaluación, manteniéndolas permanentemente actualizadas y asegurando su validez y confiabilidad.
- Diseñar y validar los instrumentos para el levantamiento de información técnica que de cuenta del nivel de logro de los indicadores y resultados esperados.
- Participar de la elaboración y aprobación de los instrumentos de evaluación, así como en su validación.
- Capacitar y orientar a las personas encargadas de aplicar los instrumentos elaborados.
- Procesar la información técnica levantada, elaborando y/o compilando los informes mensuales, trimestrales y finales de manera completa y oportuna, poniéndolos a disposición del Coordinación Técnico y alertando sobre posibles problemas en la ejecución del proyecto.
- Organizar y participar en las reuniones técnicas, reuniones de retroalimentación, talleres de planificación y evaluación interna de la Organización o Consorcio.
- Participar en las reuniones del Equipo de Gestión y Técnico de la organización o Consorcio.
- Disponibilidad para viajar a las zonas de intervención para levantar la información que permita un adecuado monitoreo y evaluación de las actividades en ejecución, de acuerdo con el Plan de Monitoreo y Evaluación.

- Participar en las reuniones convocadas por el RP.
- Actualizar el Sistema Gerencial de Proyectos y el Calendario de Actividades que el RP ha diseñado.
- Realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores propuestos, poniendo especial énfasis en la Tabla de Indicadores Clave y planes operativos, así como a los procesos, resultados e impactos de las intervenciones.
- Cumplir con las cláusulas del contrato referidas al M&E, los documentos normativos del RP y los lineamientos de CONAMUSA y del Fondo Mundial.
- Realizar periódicamente visitas de campo conjuntas con los niveles que correspondan a los puntos de entrega de los servicios para asesorar y verificar la calidad de la información generada.
- Brindar asistencia técnica en los puntos de entrega de servicios visitados sobre cómo mejorar el registro y reporte de la información.
- Apoyar la recolección de información de las contrapartes ejecutoras y técnico-sectoriales del proyecto, asegurando el control de calidad de la misma.
- Brindar asistencia técnica a los integrantes de la organización / consorcio en los temas de su competencia.

4.12.1 Asesor/a Comunitario/a que represente a los afectados de TB.

Perfil:

- Conocimiento de la problemática de la TB.
- Mínimo 2 años trabajando en el campo de TB
- Comprobada actitud no discriminatoria hacia las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Capacitación en Diseño de Proyectos, Monitoreo y Evaluación, Estrategias de prevención y Consejería o temas relacionados a la propuesta del FM.
- Experiencia en preparación de propuestas y monitoreo y evaluación (referencias de trabajo)
- Habilidad para la redacción de Informes y documentos técnicos.
- Capacidad para el trabajo en equipo y bajo situaciones de presión
- Habilidades de comunicación oral y escrita,
- Buen manejo de relaciones interpersonales
- Manejo básico de herramientas informáticas: Office, Internet .

Principales Funciones y Responsabilidades:

- Participar en el diseño de la propuesta técnica y del Plan operativo así como en la construcción de los indicadores e instrumentos de evaluación
- Participar en las reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las intervenciones.
- Preparar y presentar el informe mensual /trimestral de participación de las personas afectadas junto con las comunidades involucradas.
- Acompañar al equipo de monitoreo del consorcio en el monitoreo de las actividades y preparar un reporte de seguimiento.
- Participar en reuniones mensuales con los representantes de afectados en CONAMUSA para informar sobre lo que se viene desarrollando en cada uno de los consorcios y se informe de esto en las diferentes redes y organizaciones.

En aras de la transparencia en la gestión, la designación de los miembros del equipo clave o de los demás miembros del equipo deberá basarse en méritos profesionales para desempeñar el cargo. No se aceptará relaciones de parentesco del 2do grado de afinidad o cuarto grado de consanguinidad ni entre los miembros del equipo ni entre las organizaciones miembros del consorcio.

Los postores firmarán un Pacto de Integridad (Anexo 6) en el que se comprometen a respetar este requisito entre otros relativos a la transparencia del proceso de Licitación Pública.

4.13 DEDICACIÓN DEL EQUIPO CLAVE

4.13.1 Para cada uno de los puestos del equipo clave el postor designará a una persona distinta. Dos o más puestos del equipo clave no podrán recaer en una misma persona.

4.13.2 Los miembros del equipo clave deberán tener una dedicación a tiempo completo en la ejecución del proyecto materia de la presente licitación. Además, deberán estar contratados bajo el régimen de quinta categoría.

4.13.3 Los miembros de un equipo clave de un postor no podrán participar como miembros de otro equipo clave de otro postor

4.14 DEL RESTO DEL EQUIPO

4.14.1 Un especialista encargado de la implementación en base a las actividades, a las estrategias o a las zonas de intervención, según lo defina el postor

4.15 4.15 CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES DE LA CONVOCATORIA

| ACTIVIDAD | FECHA |
|--|--|
| Publicación de la convocatoria | 19 de abril del 2009 |
| Acceso a las bases | 19 de abril del 2009 |
| Reunión informativa | 21 de abril del 2009 09:00 a.m. |
| Recepción de consultas | Del 24 al 27 de abril del 2009 |
| Absolución y publicación de las consultas | 28 de abril del 2009 |
| Recepción de las propuestas | 14 de mayo hasta las 6 p.m. en las Oficinas de CARE Perú |
| Apertura de Sobre No 1 | 15 de mayo del 2009 |
| Evaluación | 18 al 22 de mayo |
| Revisión de resultados | 25 de mayo |
| Publicación de los resultados | 26 de mayo del 2009 |
| Presentación de Impugnaciones | Hasta el 28 de mayo del 2009 |
| Absolución de Impugnaciones | Del 27 al 29 de mayo del 2009 |
| Levantamiento de observaciones por parte del postor ganador (si las hubiera) | Del 01 al 05 de junio del 2009 |
| Ratificación de Buena Pro | 8 de junio del 2009 |
| Firma del contrato | 9 de junio del 2009 |

4.15.1.1 ACCESO A LAS BASES

En el plazo establecido en el Cronograma aprobado e incluido en el aviso de convocatoria, las organizaciones interesadas podrán acceder a las bases administrativas de la licitación ingresando a la página web de CARE Perú <http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan3.htm>. No se entregará material impreso.

4.15.1.2 REUNIÓN INFORMATIVA

El día y hora según cronograma de actividades, CARE Perú y CONAMUSA, se realizará una reunión informativa para las organizaciones interesadas en participar con el propósito de garantizar la mayor cobertura al concurso. El lugar de reunión se informará en la página web de CARE Perú.

4.15.1.3 RECEPCIÓN Y ABSOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS

4.15.1.3.1 Las consultas se realizarán únicamente por correo electrónico hasta la fecha y hora según cronograma de actividades, dirigiéndose a la siguiente dirección: aleuridan@care.org.pe

4.15.1.3.2 El Comité de Adjudicación absolverá las consultas, aclarará las bases o se pronunciará sobre las solicitudes, según corresponda, mediante un pliego absolutorio que se hará de conocimiento de todos los interesados en forma simultánea y general, a través de la página web de CARE Perú. **Toda absolución de consultas; aclaración de bases o pronunciamiento sobre solicitudes efectuadas por el comité de adjudicación es inapelable.**

4.15.1.3.3 Las consultas absueltas así como toda aclaración o enmienda formarán parte integrante de las Bases y de las condiciones del contrato, consecuentemente si la propuesta presentada no se adecua a lo absuelto y aclarado, se tendrá como no presentada.

4.15.1.3.4 Las respuestas estarán a disposición de los interesados a partir del día de absolución de consultas según cronograma de actividades, por la misma vía. Asimismo estarán disponibles en la página Web del CARE Perú.

4.15.1.3.5 Queda establecido, bajo cualquier circunstancia, que lo informado por la entidad convocante a través de su página Web es de conocimiento de todas y cada una de las organizaciones participantes.

4.15.1.4 ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

4.15.1.4.1 Antes de presentar sus propuestas, los postores deberán examinar cuidadosamente las presentes bases y anexos, y ejercer su propio juicio acerca de la naturaleza y cantidad del trabajo a ser ejecutado. Deberán realizar por su cuenta y riesgo todas las investigaciones necesarias sobre la zona de trabajo, los lugares adyacentes, los medios de transporte y acceso, etc.

4.15.1.4.2 La presentación de las propuestas implica la tácita aceptación del postor que no ha encontrado inconveniente alguno para la preparación de su oferta ni para el inicio y ejecución del proyecto dentro del plazo establecido en el Plan Operativo y con el presupuesto estimado, sometiéndose a todas las disposiciones y normas contenidas en el Marco Normativo de la presente licitación y en particular a sus Bases, sin necesidad de declaración expresa.

4.15.1.4.3 El postor favorecido con la Buena Pro tendrá en cuenta lo dispuesto en las presentes Bases, por lo que los

errores y omisiones que advierta con posterioridad al acto de la entrega de su propuesta no darán lugar a reclamo o impugnación alguna.

4.15.1.4.4 El postor deberá contar con una aceptación escrita de los miembros de su Equipo Clave y del resto del equipo, la misma que garantizará su participación.. Así mismo deberán declarar que no tienen impedimento para participar. Caso contrario se invalidará su postulación de manera automática. Ver Anexo 6, Pacto de Integridad.

4.15.1.4.5 El Comité de Adjudicación es el único autorizado para interpretar las bases durante el ejercicio de sus funciones. Sus pronunciamientos sobre interpretación de las bases son INAPELABLES.

4.15.1.5 PRESENTACION DE LA PROPUESTA

4.15.1.5.1 Los consorcios deben presentar la documentación debida, en los plazos que estipula el cronograma de actividades en dos sobres cerrados:

- Sobre 1: Criterios de Elegibilidad.
- Sobre 2: Documentos Técnicos

4.15.1.5.2 Adicionalmente, se debe presentar el archivo electrónico respectivo en microsoft Word versión 97 o superior

4.15.1.5.3 Los sobres deberán llevar la inscripción o etiqueta según el modelo adjunto:

Señores:

COMITÉ DE ADJUDICACION

Licitación Pública No 006-2009-CARE Perú

V Ronda - Objetivo No 3:

Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados

Nombre de Sobre (documentos sobre elegibilidad / documentos técnicos)

Postor.....

Número de folios

Sello del postor y firma de su representante legal

4.15.1.5.4 Las propuestas tienen carácter de Declaración Jurada. De encontrarse durante o después del proceso, así como en la ejecución del proyecto, una declaración falsa, se retirará la buena pro si es que no se ha firmado el contrato, caso contrario se resolverá el mismo, adjudicándose en ambos casos, la buena pro al postor que quedó en el segundo lugar en el orden de prelación.

4.15.1.5.5 Todos los documentos a presentar en cada sobre deberán estar foliados correlativamente, empezando por el número uno y deberán llevar el sello y la firma del representante legal del líder del consorcio.

4.15.1.5.6 El postor deberá examinar cuidadosamente las condiciones y requisitos de las presentes Bases. La información solicitada se debe presentar de la forma establecida, en folios

numerados y visados, identificados con los mismos títulos, y en la misma secuencia; no debiendo contener adiciones, borraduras, enmendaduras y/o correcciones. Los documentos que las presenten serán rechazados, por lo que la respectiva propuesta se tendrá por no presentada y será devuelta al postor salvo el caso de errores u omisiones subsanables. No se aceptarán rectificaciones o complementos a los documentos presentados en la forma y plazos establecidos

4.15.1.5.7 Cuando el postor haya omitido la presentación de algún documento en la propuesta o cuando el defecto del documento sea de naturaleza sustantiva o de fondo, de modo que su subsanación pudiera modificar el alcance de la propuesta, ésta se tendrá por no presentada y será devuelta al respectivo postor. La decisión del Comité de Adjudicación de no tener por presentada la propuesta es INAPELABLE.

4.15.1.5.8 Se consideran errores u omisiones subsanables:

- La falta de sello y/o firma del postor preseleccionado o su representante legal en alguno de los folios.
- Error de compaginación, siempre y cuando la documentación esté completa.
- La falta de presentación del número solicitado de copias.
- Otros que no alteren el resultado de la evaluación y que a criterio del Comité de Adjudicación sean procedentes.

4.15.1.5.9 Solo se permite la subsanación, sobre documentos presentados.

4.15.1.5.10 No cabe subsanación alguna por omisiones o errores en la propuesta económica financiera.

4.15.1.5.11 Los documentos que conforman las propuestas, se presentarán anillados o con fastener en cada caso, debidamente ordenados, utilizándose separadores adecuados para facilitar la ubicación de cada uno de los documentos presentados. Tanto los originales como las copias deberán ser claros y legibles.

4.15.2 SOBRE No 1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

4.16 ELEGIBILIDAD

En la tabla que a continuación se presenta, se encuentran todos los criterios de elegibilidad que deben ser presentados por los POSTORES en original y tres

| Criterio de elegibilidad | Miembros del consorcio | Líder del consorcio | Medio de verificación |
|---|------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Registro Público de constitución como organismo público o privado.* | ✓ | ✓ | Copia de la documentación solicitada |
| Constitución Social.* | ✓ | ✓ | Copia de la documentación solicitada |
| Partida Registral* | ✓ | ✓ | Copia de la documentación solicitada |
| Certificado de Vigencia de Poderes* | ✓ | ✓ | Copia de la documentación solicitada |

copias.

| | | | |
|--|----------|----------|--|
| Registro vigente ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI).* | ✓ | ✓ | Copia del registro |
| Relación de proyectos ejecutados en los tres últimos años que acredite : Experiencia institucional en gestión de volúmenes de recursos financieros por un monto no menor al 20% del monto de financiamiento del Presupuesto anual referido en el numeral 4.7.* Haber conformado una alianza con instituciones locales para diseñar y ejecutar proyectos piloto en la población en temas de salud en general y en VIH/ Sida en particular.** Experiencia de Trabajo con organizaciones de base comunitaria (escolares , adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población HSH, niños y niñas en explotación sexual) ** | ✓ | ✓ | Anexo 7 |
| Estados financieros AUDITADOS de los dos últimos años, que demuestren una situación financiera solvente. * | | ✓ | Copia de los estados financieros auditados |
| Tener un sistema administrativo – contable acorde con las exigencias del Fondo Mundial (Según numeral 4.12.5) * | | ✓ | |
| Declaración jurada de poder participar ** | <u>V</u> | <u>V</u> | Anexo 2 |
| Promesa formal de consorcio ** | <u>V</u> | <u>V</u> | Anexo 4 |
| Detalle de roles, funciones y aportes de los miembros del consorcio a la implementación del Objetivo ** | <u>V</u> | <u>V</u> | Anexo 5 |
| Declaración jurada de trabajo articulado con instancias del sector publico e instituciones locales ** | <u>V</u> | <u>V</u> | Anexo 3 |
| Declaración Jurada garantizando que la composición del equipo clave no sufrirá variaciones desde la presentación de las propuestas hasta la culminación del proyecto. | <u>V</u> | <u>V</u> | Anexo 19 |

* Por excepción se excluye de estos requisitos a las Organizaciones Comunitarias Organizaciones de afectados por TB)

** Estos requisitos **SI** aplican a las Organizaciones Comunitarias

4.16.1 SOBRE No 2 DOCUMENTOS TECNICOS

Los documentos técnicos que constan de 4 partes deberán presentarse en original y tres (3) copias.

- Capacidades Institucionales
- Plan de Implementación Programática

- Propuesta Económico Financiera
- Plan de Sostenibilidad de la Intervención

4.16.2 CON RESPECTO A LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Para efectos de la presente Licitación, se entiende por Capacidades institucionales al conjunto de características que conforman el perfil del postor con relación al Objetivo licitado en estas Bases. Se espera que mediante un documento narrativo los postores hagan explícita estas características de acuerdo a los rubros señalados en los anexos correspondientes a esta actividad: políticas de gestión institucional en aspectos administrativos y financieros, capacidad de gestión y experiencia técnica.

4.16.3 RESPECTO AL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMÁTICA

Debe incorporar como mínimo:

- Marco Conceptual
- Antecedentes e información relevante sobre cada una de las poblaciones beneficiarias del proyecto, conforme la localización del mismo,
- Objetivos generales y específicos
- Descripción de la estrategia general de abordaje de la intervención, describiendo los procesos, etapas y actividades estratégicas; su articulación interna, la identificación de los momentos claves de la participación de la población objetivo, la inclusión del Delegado Comunitario en la implementación de la intervención así como la articulación y complementación con otros actores públicos, privados y comunitarios.
- Propuesta de implementación del Plan Operativo. Se mantendrán como pies forzados las metas, resultados, actividades, así como los indicadores respectivos, establecidos por el Fondo Mundial. El aporte será fundamentalmente en las subactividades y sus respectivos indicadores de insumo, costos y calendarios. Se valorará los aportes de nuevas sub actividades y/o las modificaciones a las establecidas, con la debida sustentación. Para cada una de las sub actividades se deberá elaborar su respectivo perfil.
- Propuesta de Plan de Gestión
- Estructura y funciones para la gestión
- Estrategia de interrelación con contrapartes sectoriales (MINSA, , MIMDES y otros según corresponda) en cumplimiento de las normas y políticas sectoriales y otras organizaciones de la sociedad civil involucradas.
- Propuesta de involucramiento de los grupos beneficiarios de las intervenciones, de acuerdo a la población objetivo correspondiente. Deberá tomar en cuenta el rol del Asesor-a Comunitario-a
- Propuesta de plan de monitoreo y evaluación en el que se incluya una apreciación sobre la importancia del MyE en éste Objetivo en específico. Asimismo plantear una estrategia de MyE para cada uno de los momentos del proceso: recolección de data, control de calidad, disseminación, retroalimentación, según tipo de indicadores y fuentes tomando como referencia la Guía de Monitoreo y Evaluación del Fondo Mundial (www.theglobalfund-org/es/about/policies_guidelines/). Dicho

Plan deberá puntualizar el rol del Asesor/a Comunitario/a en las actividades de M&E.

- Asignación de recursos: Profesionales, financieros, informáticos incluido software, etc.
- Perfil de los recursos humanos asignados al proceso.
- Cronograma detallado del trabajo.

4.16.4 CON RESPECTO A LA PROPUESTA ECONÓMICA FINANCIERA

En relación a la propuesta económico-financiera se debe presentar el presupuesto relacionado con los costos y gastos del proyecto.

Si la propuesta técnica del postor conlleva la necesidad de realizar cambios a nivel presupuestal, informamos que de acuerdo al Manual de Procedimientos Administrativo-Financieros de CARE Perú, se puede realizar cambios en el presupuesto a nivel de rubro y producto, siempre y cuando no comprometan las partidas de recursos humanos, costos de administración y Monitoreo y Evaluación.

4.16.5 CON RESPECTO AL PLAN DE SOSTENIBILIDAD

Se espera que el postor elabore una propuesta metodológica acerca de la sostenibilidad técnica, social y financiera de las actividades de este objetivo, con el fin de asegurar la ejecución del proyecto en el mediano a largo plazo.

4.16.6 EVALUACION Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

4.16.6.1 APERTURA DEL SOBRE No. 1 DEL SOBRE DE ELEGIBILIDAD

4.17.6.1.1 El Comité de adjudicación procederá a abrir los sobres en acto privado. El Comité de adjudicación comprobará que los documentos presentados sean los solicitados; de no ser así, se considerarán como no presentados.

4.17.6.1.2 De existir errores u omisiones subsanables, y de no ser posible la subsanación inmediata, el Comité de adjudicación otorgará el plazo de un (1) día hábil para dicho efecto, en cuyo caso la propuesta continuará vigente para todo efecto.

4.17.6.1.3 El Notario Público procederá a sellar y firmar cada hoja de todos los documentos originales de cada propuesta técnica recibida.

4.17.6.1.4 El Notario Público procederá a lacrar los Documentos Técnicos (sobre Nro. 2) los cuales serán mantenidos en custodia hasta la fecha de su apertura según el cronograma.

4.16.6.2 EVALUACION DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Consiste en calificar los criterios de elegibilidad de LOS POSTORES, para ello se debe evaluar toda la documentación presentada en el sobre N°1. La carencia de uno de ellos o la presentación de información falsa o distorsionada, es suficiente para la no elegibilidad de la organización postulante.

Este proceso estará a cargo del Comité de Adjudicación el cual está compuesto por cinco miembros y conformado de la siguiente manera: Dos representantes de CARE

Perú, uno de ellos preside el Comité; tres representantes de la CONAMUSA, uno de los cuales representa a las personas afectadas de TB .

4.16.6.3 EVALUACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS

LOS POSTORES que cumplan con los criterios de elegibilidad pasarán a la evaluación de los Documentos Técnicos (Capacidades Institucionales, Plan Operativo, Propuesta Económico Financiera y Sostenibilidad). Este proceso estará a cargo del Comité Técnico-Evaluador.

El Comité Técnico-Evaluador estará conformado por un Delegado de CARE Perú, otro de un sector gubernamental y uno del sector no gubernamental (ONG, sector académico, cooperación internacional o grupos afectados o vulnerables) con el apoyo de un profesional especializado y con amplia trayectoria en los temas materia de esta convocatoria, los que contarán con la aprobación del Comité de Adjudicación.

El puntaje total de esta segunda fase es de 100 puntos, teniendo en consideración los siguientes criterios:

- Capacidades Institucionales (40 puntos)
- Plan Operativo de Actividades (30 puntos)
- Propuesta Económico-Financiera (20 puntos)
- Sostenibilidad (10 puntos)

La puntuación mínima requerida para adjudicación es de 60 puntos. Las referencias técnicas de la propuesta se encuentran en los Anexo 8 al 11, correspondientes al Plan Operativo, Presupuesto y Tabla de indicadores Clave.

En la fecha programada se reunirán los miembros del Comité Técnico Evaluador, quienes recibirán los sobres N°2, correspondientes a los postores que cumplan los criterios de elegibilidad.

4.16.6.4 OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO Y PUBLICACION DE RESULTADOS

Una vez culminada la evaluación de los documentos técnicos, el Comité Técnico-Evaluador entregará al Comité de Adjudicación, las evaluaciones respectivas.

Se declara ganador aquel Postor que obtenga la mayor puntuación. En caso de presentarse un empate se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido el puntaje más alto en Capacidades Institucionales.

De continuar el empate, se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido mayor puntaje en el Plan Operativo.

De continuar el empate, se procederá de manera similar con los criterios Propuesta Económico-Financiera y Sostenibilidad.

De persistir el empate, se procederá a realizar un sorteo cuyo mecanismo será definido por el Comité de Adjudicación, sorteo que se efectuará ante la presencia de un Notario Público

Los resultados de la licitación y del otorgamiento de la BUENA PRO, serán comunicados por escrito a los postores y publicados en la página web de CARE Perú, en las fechas establecidas según el cronograma de actividades.

4.16.6.5 CONSENTIMIENTO DEL OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos o más propuestas, el consentimiento de la Buena Pro se producirá a los dos (2) días hábiles de la misma, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de impugnación.

En caso de haberse presentado una sola oferta, el consentimiento de la Buena Pro se producirá en el mismo día de su otorgamiento.

4.16.6.6 PRESENTACIÓN DE RECURSO DE IMPUGNACIÓN DE LA BUENA PRO

Sólo podrán presentar impugnaciones contra la Buena Pro, aquellos POSTORES que hayan pasado la primera fase de selección (criterio de elegibilidad) y hayan obtenido algún puntaje en la segunda fase de selección (evaluación de documentos técnicos)

EL POSTOR habilitado para impugnar deberá presentar su recurso de impugnación por escrito ante la Dirección Nacional de CARE Perú en un plazo no mayor de 2 días hábiles luego de haber sido otorgada la Buena Pro.

La Dirección Nacional de CARE Perú, con el soporte de un ente de Asesoría Legal Externo, se encargará de absolver la (s) controversia(s) que dio (dieron) origen al recurso de impugnación y emitirá su pronunciamiento en un plazo no mayor de 2 días hábiles de haber sido presentado el recurso impugnatorio. Dicho pronunciamiento será comunicado a través de la página Web de CARE Perú. Este pronunciamiento no podrá ser observado ni impugnado, siendo definitivo.

4.16.6.7 CONTRATO

4.17.6.7.1 DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

EL POSTOR adjudicado con la Buena Pro celebrará el contrato pertinente con CARE Perú en el período establecido en el cronograma.

En caso que la celebración del contrato no se formalice dentro del plazo estipulado en el cronograma de actividades de la convocatoria, por causas imputables al postor, el ente convocante podrá celebrar el contrato con el postor que haya obtenido el segundo lugar en la tabla de resultados y esté comprendido en los alcances del numeral anterior. En caso de empate en el segundo lugar se procederá conforme a lo dispuesto en el numeral 4.17.6.4 de las presentes Bases.

4.17.6.7.2 DEVOLUCIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS.

Las organizaciones individuales o consorcios no seleccionados podrán recoger los documentos presentados dentro de los 30 días posteriores a la fecha de consentida comunicación de los resultados. Después de ese plazo, esta documentación será desechada.

V. ANEXOS

| | |
|-----------|---|
| Anexo 1 | Solicitud de Presentación a la Convocatoria |
| Anexo 2 | Declaración Jurada de no estar impedido para participar |
| Anexo 3 | Declaración Jurada de trabajo colaborativo con entidades del sector público |
| Anexo 4 | Promesa Formal de Consorcio |
| Anexo 6 | Descripción de roles, funciones y aportes de los miembros del consorcio |
| Anexo 5 | Pacto de Integridad |
| Anexo 7 | Relación de Proyectos Ejecutados en los tres últimos años |
| Anexo 8 | Referencias Técnicas Actividad 1 |
| Anexo 9 | Referencias Técnicas Actividad 2 |
| Anexo 10 | Referencias Técnicas Actividad 3 |
| Anexo 11 | Referencias Técnicas Actividad 4 |
| Anexo 12 | Presupuesto referencial asignados a cada actividad |
| Anexo 13 | Ficha de evaluación de Documentos Técnicos (Propuesta Técnica) |
| Anexo 14 | Instrumento complementario para la Evaluación de la Propuesta de Monitoreo |
| Anexo 15 | Verificación de documentos sustentatorios de los Criterios de Elegibilidad. |
| Anexo 16A | Formato de presentación de Hojas de Vida de los miembros del equipo clave |
| Anexo 16B | Formato de presentación de Hojas de Vida de los demás miembros del equipo |
| Anexo 17 | Presupuesto por Actividad, Productos y Rubros de Gasto |
| Anexo 18 | Modelo de contrato que se firmará entre el Sub-Receptor y CARE Perú |
| Anexo 19 | Declaración Jurada de duración del Equipo Clave |
| Anexo 20 | Modelo de constitución de Consorcio. |

Solicitud de Presentación a la Convocatoria

Lima,de2009

Señores
CARE PERU
Presente

De nuestra especial consideración

La(s) institución(es),,, tiene(n) el agrado de dirigirse a ustedes a fin de manifestarles nuestro deseo de participar en la convocatoria para el concurso de selección de organizaciones que ejecutarán las acciones del Objetivo 3 del componente TB denominado: Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados perteneciente al Proyecto "Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del desarrollo del milenio en TB y VIH y SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa".

Adjuntamos la documentación que sometemos a su consideración, la cual fue preparada de acuerdo con las Bases de la Convocatoria. Aceptamos participar en el presente concurso tomando en consideración la totalidad del contenido en dichas bases.

Asimismo, declaramos que toda la documentación presentada es fidedigna y reconocemos que de demostrarse cualquier falsedad o distorsión en la documentación presentada, el Comité de adjudicación tiene el derecho de descalificar nuestra postulación, siendo su decisión inimpugnable.

Atentamente

.....
Nombre y firma del Representante Legal
(Del líder del consorcio)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo 2

Declaración Jurada de poder participar (Una por cada institución, que participe en consorcio)

El que suscribe,, identificado (a) con DNI, representante legal de, declaro bajo juramento que los datos de la Institución que a continuación señalo son verdaderos:

- Dirección
- Domicilio legal en Lima
- Razón social
- Teléfono
- E-mail
- Fax
- RUC
- Inscripción en los Registros Públicos
 - Fecha
 - N° de Ficha o Folio
 - Socios y participación
- Representante legal
- Cargo del Representante Legal
- Documento de Identidad

Asimismo señalamos que:

1. La Institución no tiene impedimento alguno para participar en el proceso de selección.
2. Que no tenemos ningún convenio o contrato celebrado con la Entidad y que dicho convenio o contrato haya sido resuelto.
3. Que, conocemos, aceptamos y nos sometemos en su totalidad a las condiciones del proceso de licitación para la ejecución del proyecto.
4. Que, no estamos comprendidos en acciones legales ni judiciales a la fecha del concurso.
5. Que, somos responsables de la veracidad de los documentos e información que presentamos para efecto del presente proceso de evaluación.
6. Que, nos comprometemos a mantener nuestro compromiso durante el proceso de Licitación Pública y a suscribir el contrato en caso de salir favorecidos con la Buena Pro.

.....
Nombre y firma del Representante Legal

(Certificación notarial de la Firma)

Anexo 3

**Declaración Jurada de Trabajo Articulado con Instancias del Sector
Público e Instituciones Locales**

(Una por cada institución, que participe en consorcio)

El que suscribe,, identificado (a) con DNI, representante legal de, declaro bajo juramento que durante la ejecución de los proyectos abajo mencionados, se ha realizado un Trabajo Articulado con Instancias del Sector Público correspondiente de acuerdo a los lineamientos del sector y con Instituciones Locales.

Listado de proyectos (de los últimos 3 años)

1.
2.
3.
4.
5.

.....
Nombre y firma del Representante Legal

(Certificación notarial de la Firma)

Anexo 4

Promesa Formal de Consorcio

Las instituciones,,, acreditamos una PROMESA FORMAL DE CONSORCIO como participantes en la presente convocatoria para el concurso de selección de organizaciones que ejecutarán las acciones del Objetivo 3 denominado : Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados perteneciente al Proyecto “Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del desarrollo del milenio en TB y VIH y SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa”.

Las partes de este consorcio respondemos solidariamente por todas las consecuencias derivadas de nuestra participación individual o en conjunto dentro del consorcio en el presente proceso de selección y en la ejecución del contrato derivado de éste. El organismo que lidera nuestro consorcio y que será el responsable directo del monitoreo de la ejecución de la propuesta y el contrato derivado de éste es, Asimismo, hemos designado como nuestro representante legal común aidentificado con DNI N° con poderes suficientes para ejercitar los derechos y cumplir con las obligaciones que se deriven de nuestra calidad de postores y del contrato hasta la liquidación del mismo.

En caso de otorgarnos la Buena Pro, nos comprometemos a formalizar nuestra condición de Consorcio mediante la celebración del Contrato de Consorcio según Anexo No 23 y a presentarlo ante CARE PERU antes de la fecha de la firma de contratos.

.....
Nombre y firma del Representante Legal (de la institución A)
(Certificación notarial de la Firma)

.....
Nombre y firma del Representante Legal (de la institución B)
(Certificación notarial de la Firma)

.....
Nombre y firma del Representante Legal (de la institución C)
(Certificación notarial de la Firma)

De acuerdo a la convocatoria de la referencia efectuada por ustedes, DECLARO BAJO JURAMENTO en mi calidad de Representante Legal que toda la información contenida en el presente documento y todos los presentados por mi representada en el presente proceso de selección es fidedigna y que se pueden corroborar en los documentos que se adjuntan a nuestra propuesta

.....
Nombre y firma del Representante Legal
(Del líder del consorcio)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo 5

Descripción de roles, funciones y aportes de los Miembros del Consorcio

| Nombre del miembro del consorcio | Roles | Funciones | Principales Aportes |
|----------------------------------|-------|-----------|---------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexo 6

Pacto de Integridad

El que suscribe,, identificado con DNI....., representante legal del consorcio

DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:

A través del presente PACTO DE INTEGRIDAD, recíprocamente reconocemos la importancia de aplicar los principios de honestidad, transparencia, etc. que rigen los procesos de contratación.

Confirmamos que no hemos ofrecido u otorgado, ni ofreceremos ni otorgaremos, ya sea directa o indirectamente a través de terceros, ningún pago o beneficio indebido o cualquier otra ventaja inadecuada a funcionario alguno del Comité de Adjudicación y/o del Comité Técnico-Evaluador y no haber celebrado ni celebraremos acuerdos formales o tácitos entre los postores o con terceros, con el fin de establecer prácticas restrictivas de la libre competencia.

Adicionalmente, confirmamos que los miembros del equipo Clave y demás miembros del equipo conocen acerca de su participación y no tienen impedimento alguno para ello. Acompañamos a este Pacto, la relación de miembros suscrita por cada una de ellos, indicando su D.N.I.

En caso de detectarse o comprobarse el incumplimiento del Pacto de Integridad por nuestra parte, aceptamos ser sancionados quedando impedidos como consorcio para contratar con CARE Perú sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que correspondan. Estas responsabilidades se aplicarán así mismo en el caso de incumplimiento del presente Pacto de Integridad por los funcionarios o servidores de mi representada, por lo cual me hago responsable y firmo en prueba de aceptación.

Los directivos de nuestra nuestro consorcio y el que suscribe no tenemos ninguna relación de parentesco (del 2do grado de afinidad o cuarto grado de consanguinidad) con algún o algunos de los miembros del Comité de Adjudicación o del Comité Técnico- Evaluador, de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA y de la Asamblea de la CONAMUSA.

Así mismo declaramos que hemos aplicado esta misma restricción en la selección de los miembros del equipo clave y de los demás miembros del equipo.

.....
Nombre y firma del Representante Legal
(Del líder del consorcio)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo 7

Relación de Proyectos Ejecutados en los tres últimos años

(Para ser llenado por el consorcio)

De nuestra consideración:

Como postor del proyecto “.....”, presentamos a ustedes nuestra relación de proyectos ejecutados dentro de los últimos tres años y que acreditan nuestra experiencia en el rubro

| N° Orden | Nombre del Proyecto | Monto Total de Inversión en US \$ | Ciudad | Trabajo con organizaciones socias / organizaciones beneficiarias | Tiempo de Ejecución | | | Financiado por | Referencia* y Teléfono |
|----------|---------------------|-----------------------------------|--------|--|---------------------|---------|------------------|----------------|------------------------|
| | | | | | Fecha | | Duración en Años | | |
| | | | | | Inicio | Término | | | |
| | | | | | | | | | |

***Se refiere tanto a donantes como a actores locales que hayan participado en el diseño y/o implementación del proyecto**

Anexo 8

Términos de Referencia Actividad 1

Desarrollo de 28 Centros de Excelencia para la atención de la TB en Lima y las regiones priorizadas

Antecedentes y Justificación

Ha habido logros significativos en la implementación de las estrategias DOTS y DOTS Plus conforme muestran los gráficos del Informe de Gestión 2008 de la ESN-PCT, desde inicios de los años 90 a la actualidad, la tasa de incidencia y morbilidad de TB Pulmonar Frotis Positivo ha disminuido. Si al año 1997 los niveles eran 248.6 y 161.1 respectivamente, al 2007 se alcanzó 125.14 y 64.49 respectivamente. La letalidad de los casos TB MDR también ha disminuido drásticamente, desde 16.2 en 1997 hasta alcanzar un nivel, similar al de casos TB, de 2.2 en el año 2007.

Sin embargo, falta aún mucho por hacer. La alta incidencia de TB en distritos específicos en el caso de Lima, la presencia de regiones con incidencia más alta que el promedio, la concentración de casos TB MDR en Lima, así como la amenaza de la TB XDR, e incluso la diferencia de tasas por género, muestran la necesidad de seguir fortaleciendo la Estrategia DOTS.

En el marco de la Propuesta “Cerrando Brechas”, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud propuso implementar 25 Centros de Excelencia a nivel nacional : 14 Centros de Excelencia Hospitalarios y 11 Centros de Excelencia Periféricos, sin embargo, durante el estadio inicial de la implementación de la primera fase, la ESN PyC TB estimó conveniente incrementar el número de CENEX hospitalarios, en vista de las limitaciones para llegar al número planteado de CENEX comunitarios.

Simultáneamente se tomó la decisión de formular un Documento Conceptual que fuera el marco referencial para el diseño del Sistema de Centros de Excelencia para el manejo de la TB en el Perú, el mismo que concluyó en la necesidad de incluir un Centro de Excelencia Rector que acogiera a la actual Unidad Técnica de TB.

Con estos cambios el número final de CENEX TB es de 28 (veintiocho), incluyendo el Centro de Excelencia Rector.

Por otro lado, el Documento Conceptual, respeta los alcances iniciales de la propuesta presentada al Fondo Mundial, la misma que caracteriza a los CENEX TB como hospitales y centros de salud a los que se potencia para que reúnan todas las condiciones para convertirse en servicios óptimos, y se constituyan en Centros de calidad en la Atención a pacientes con TB, TB MDR y Coínección TB-VIH. Esto incluye la promoción, apoyo en la detección, tratamiento y seguimiento de las personas enfermas de TB, así como la gestión y evaluación de las actividades de la estrategia de TB en una jurisdicción determinada.

Se planteó que los Centros de Excelencia desarrollen los siguientes aspectos:

1.- Aspectos de Personal.

- Equipo de recursos humanos multidisciplinario eficiente en la atención con calidad, significando alto nivel de capacitación en TB, TB MDR y Co-infección TB-VIH; capaces de poder resolver los diferentes problemas planteados en relación a la prevención y control de TB, TB MDR y Co-infección TB-VIH.

- Toda sub-actividad dentro de los aspectos de personal, considerará al conjunto de CENEX TB.
- 2.- Aspectos Técnicos.
- Los Centro de Excelencia se caracterizan por su alto nivel técnico producto de los procesos de capacitación en los diferentes aspectos requeridos; como por ejemplo conocimiento profundo del manejo de la TB, TB MDR, Coinfección VIH-TB, Bioseguridad, control de infecciones, epidemiología, sistema de registro e informática entre otros.
 - Toda sub-actividad dentro de los aspectos Técnicos, considerará al conjunto de CENEX TB.

Ámbito Geográfico de la Intervención:

- 1.- Centro de Excelencia Rector
2. Centros de Excelencia Hospitalarios (19):
- 1.1. Lima y Callao (10)
- Hospital Nacional Dos de Mayo.
 - Hospital Arzobispo Loayza.
 - Hospital Hipólito Unanue.
 - Hospital de Huaycan.
 - Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao.
 - Hospital San José del Callao.
 - Hospital Cayetano Heredia
 -
 - Hospital María Auxiliadora
 - Hospital Sergio Bernales
 - Instituto Nacional de Salud del Niño
- 1.2. Regiones s (09)
- Hospital Regional Docente de Trujillo.
 - Hospital Regional de Ica.
 - Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo
 - Hospital Santa Rosa de Piura
 - Hospital Antonio Lorena de Cuzco
 - Hospital Las Mercedes de Chiclayo
 - Hospital Honorio Delgado de Arequipa
 - Hospital Monge Medrano de Juliaca
 - Hospital La Caleta de Chimbote
- 3.- Centro de Excelencia Periféricos (8)
- 2.1. DISA 1 - Callao.
- CS Santa Fe
- 2.2. Disa 2 - Lima Sur.
- Hospital San José
 - CS Trebol Azul
- 2.3. DISA 4 - Lima Este.
- Hosp.de Baja Complejidad II San Juan de Lurigancho

2.5. DISA 5 - Lima Ciudad.

- CS Max Arias Schreiber
- CS San Cosme
- CS Ermitaño Alto
- CS Rimac

Objetivo

28 Centros de Excelencia funcionando e incorporados a la Red de Registro Médico Electrónico.

Indicador

Nº de centros de excelencia en funcionamiento, incorporados a la Red de Registro Médico Electrónico

Modalidad

Contratación de un consorcio ejecutor, que planifique, organice, opere, monitoree, supervise y evalúe las actividades involucradas en el objetivo.

Propuesta Técnica

- Demostrar amplio conocimiento en normas de bioseguridad en TB y Co-infección TB-VIH.
- Experiencia en la elaboración de documentos técnico normativos en TB y co-infección TB-VIH/SIDA.
- Experiencia en conformación de equipos técnicos multidisciplinarios ad hoc.
- Experiencia de trabajo con instituciones o organismos del sector público de salud.
- Experiencia de trabajo con organizaciones, preferentemente con organizaciones de afectados por TB
- Experiencia en capacitación de personal, con desarrollo de planes de capacitación para profesionales, promotores u otros.
- Experiencia en la elaboración de planes de capacitación en epidemiología y gestión.
- Experiencia monitoreo, supervisión y evaluación.

Tareas

- Implementar las actividades y subactividades del Plan Operativo años 3 al 5, en estrecha coordinación con la ESN-PCT y el Receptor Principal.
- Seguimiento de la implementación del SMEPT y el Registro Médico Electrónico operativo en cada Centro de Excelencia.
- Seguimiento del trabajo de los equipos conformados para el control de infecciones en los 26⁷CE
- Seguimiento de la implementación de los planes de control de infecciones de los 26⁸CE
- Revisión de los planes de capacitación para personal de salud de la Primera Fase y realización de ajustes si es el caso.
- Capacitaciones en epidemiología y gestión a profesionales de salud de los CE, y en el manejo de relaciones horizontales con los afectados y sus organizaciones.
- Capacitación de personal de establecimientos de los sub sectores de jurisdicción de los CE para monitoreo, seguimiento, capacitación en servicio.
- Capacitación y supervisión de las redes de vigilancia comunitaria.
- Capacitación de personal de establecimientos de los subsectores de salud de las AERTs (Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión) de las regiones para el ingreso de la información y seguimiento del ingreso de la información

⁷ Se exceptúa al Centro de Excelencia Rector

⁸ idem

- Monitoreo, en coordinación con la ESN-PCT, de las actividades orientadas a enfrentar la comorbilidad VIH/TB (consejerías, aplicación de pruebas diagnósticas de VIH, tratamiento de infección latente en afectado por TB)
- Monitoreo y evaluación

Anexo 9

Términos de Referencia Actividad 2

Ampliación de la cobertura en dos nuevas regiones de tratamiento para enfermos con TB MDR y mejora de la adhesión al tratamiento

Antecedentes y Justificación

Inicialmente se implementó la estrategia DOTS Plus para pacientes que se encontraban en la localidad de Lima, con el transcurso del tiempo se hizo necesario ir implementando la estrategia DOTS Plus en regiones fuera de Lima. Entre los años 2005 y 2007 se logró cubrir 7 regiones más y en el año 2008 se logró proporcionar el tratamiento a Lima, Callao y 13 regiones. La ESN-PCT se ha propuesto llegar al 100% del país hacia el año 2011.

Ámbito Geográfico de la Intervención

- Regiones cubiertas al 2008
- Expansión de la Estrategia DOTS Plus hasta llegar al 100% de Regiones

Objetivo

Ampliación de la cobertura en dos nuevas regiones de tratamiento para enfermos con TB MDR y mejora de la adhesión al tratamiento.

Indicador

Nº de casos de TB MDR que ingresa a DOTS plus cada año

Modalidad

Contratación de un consorcio ejecutor, que planifique, organice, opere, monitoree, supervise y evalúe las actividades involucradas en el objetivo.

Propuesta Técnica

- Experiencia en planes de capacitación, de preferencia en DOTS Plus.
- Experiencia demostrada en capacitación de promotores de salud.
- Capacidad demostrada en acciones participativas con la comunidad organizada.

Tareas, Sub Actividades y Metas como Términos de Referencia

- Implementar las actividades y subactividades del Plan Operativo años 3 al 5, en estrecha coordinación con la ESN-PyC TB.
- Revisión de los planes de capacitación de la Primera Fase y realizar los ajustes si es el caso.
- Capacitación a nuevas promotoras en TB MDR y actualización a antiguas promotoras. Promover estrategias de mejora de adhesión al tratamiento TB MDR.
- Seguimiento a la administración domiciliar de DOTS Plus, con apoyo de promotoras que reciben víveres y movilidad.
- Apoyo económico con financiamiento del proyecto para exámenes auxiliares complementarios para ingreso y seguimiento del DOTS Plus.
- Monitoreo y evaluación.

Términos de Referencia Actividad 3

Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos

Antecedentes y Justificación

Esta actividad esta orientada para aquellos pacientes con múltiples fracasos, que requieren apoyo alimentario y de acondicionamiento de vivienda que se encuentran en estados de pobreza. Durante la Primera Fase, se logró apoyar a 99 afectados con TB MDR o TB XDR.

Se tiene previsto continuar con las actividades de apoyo durante la Segunda Fase, conforme figura figuran en el Plan Operativo que se adjunta a la presente Base.

Ámbito Geográfico de la Intervención.

Lima, Callao y otras regiones en que se aplica la estrategia DOTS Plus.

Objetivos

Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos

Indicador

Nº de pacientes con TB-MDR con múltiples fracasos que hayan recibido al menos un apoyo.

Modalidad

Contratación de un consorcio ejecutor, que planifique, organice, opere, monitoree, supervise y evalúe las actividades involucradas en el objetivo.

Propuesta Técnica

- Experiencia en el desarrollo de planes de apoyo alimentario y otros apoyos sociales según necesidad.
- Experiencia en la elaboración y aplicación de guías de procedimiento para selección de beneficiarios.
- -----

Tareas

Con respecto al apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos, el programa esta orientado a proporcionar soporte social básico mediante las siguientes acciones:

- Implementar las actividades y subactividades del Plan Operativo años 3 al 5, en estrecha coordinación con la ESN-PyC TB.
- Evaluación de enfermos e ingreso al programa de apoyo alimentario.
- Proporcionar el apoyo alimentario con financiamiento del proyecto.
- Seguimiento del tratamiento y el apoyo alimentario.
- Apoyo en recursos para alimentación y acondicionamiento de sus viviendas.
- Monitoreo y evaluación.

Anexo 11

Términos de Referencia Actividad 4

Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TB-MDR

Antecedentes y Justificación

En lo concerniente al manejo integral del paciente con TB MDR, se considera de gran importancia el control de las complicaciones y de las reacciones adversas a medicamentos anti – TB.

Con respecto a las complicaciones, ocurren las propias del tratamiento y otras propias de la enfermedad de fondo. Dentro de la primera se considera el manejo protocolizado de las reacciones adversas a tratamiento (RAM. Reaccion Adversa a Medicamentos), y dentro de la segunda se considera a aquellos pacientes que tienen una necesidad quirúrgica como una alternativa importante para su curación. Entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008, 1,588 pacientes en tratamiento para TB-MDR presentaron RAFAs, de los cuales 1,120 recibieron tratamiento gratuito. Ello representa una cobertura de 70%

Se tiene previsto continuar con las actividades durante la Segunda Fase, conforme figura figuran en el Plan Operativo que se adjunta a la presente Base.

Ámbito Geográfico de la Intervención.

Lima, Callao y otras regiones en que se aplica la estrategia DOTS Plus.

Objetivos

Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TB-MDR

Indicador

- N° de pacientes con RAM atendidos.
- N° de pacientes con complicaciones atendidos y que no sean por RAM.

Modalidad

Contratación de un consorcio ejecutor, que planifique, organice, opere, monitoree, supervise y evalúe las actividades involucradas en el objetivo.

Propuesta Técnica

- Experiencia en la elaboración de guías de procedimientos.
- Experiencia en la elaboración de planes integrales de apoyo quirúrgico, de acuerdo a guía de procedimientos.
- Experiencia en la elaboración y aplicación de guías de procedimientos para la selección de beneficiarios
- Considerar los aspectos metodológicos que permitan beneficiar al número de pacientes programados en el Plan Operativo.

Tareas

- Implementar las actividades y subactividades del Plan Operativo años 3 al 5, en estrecha coordinación con la ESN-PyC TB y el Receptor Principal
- Evaluación médica pre y post quirúrgica.
- Selección de pacientes para los apoyos
- Apoyo económico para los análisis y exámenes especiales pre y post quirúrgico.
- Apoyo económico a las Cirugía propiamente dicha.
- Apoyo económico a las Terapias de rehabilitación.
- Acompañamiento del proceso de apoyo (coordinar, abogar, etc)
- Monitoreo y evaluación.

Anexo 12

MONTOS REFERENCIALES POR ACTIVIDAD

Años 3, 4 y 5

| Nro. | Actividad | Presupuesto (US \$) |
|------|--|---------------------|
| 1 | 3.1 Desarrollo de 28 Centros de Excelencia para la atención de la TB MDR y VIH-SIDA en Lima y las regiones priorizadas. | 631,472 |
| 2 | 3.2 Ampliación de la cobertura en dos nuevas regiones de tratamiento para enfermos con TB MDR y mejora de la adhesión al tratamiento | 1,336,547 |
| 3 | 3.3 Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos | 929,265 |
| 4 | 3.4 Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TB-MDR | 325,781 |
| | SME | 257,840 |
| | RRHH | 529,200 |
| | Costo administrativo SR | 240,606 |
| | TOTAL GENERAL | 4,250,711 |

Anexo 13

FICHA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACION DEL DOCUMENTO TECNICO

Nombre del Consorcio:

Líder del consorcio:

Objetivo al que aplica:

| CRITERIOS | PUNTAJE MAXIMO | PUNTAJE ASIGNADO |
|---|----------------|------------------|
| 1. CAPACIDADES INSTITUCIONALES | 40 | |
| 1.1 Experiencia en ejecución de proyectos de desarrollo en salud | 4 | |
| 1.2 Experiencia en ejecución de proyectos relacionados con el tema del proyecto especializado al que postula: TB Pertenencia o aproximación a redes de organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional e internacional. | 12 | |
| 1.3 Volumen de recursos manejados en los dos años anteriores | 8 | |
| 1.4 Experiencia y capacidad técnica del personal que participará en el proyecto (ver formato de Hojas de Vida en Anexos) | 12 | |
| 1.5 Capacidades de gestión (logística y de recursos humanos, abogacía e incidencia política) | 4 | |
| 2. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMÁTICA | 30 | |
| 2.1 Marco conceptual, antecedentes y objetivos | 2 | |
| 2.2 Descripción y justificación del diseño de estrategias, actividades y sub-actividades | 4 | |
| 2.3 Sistema de monitoreo y evaluación (calificar en base a formato auxiliar adjunto) | 15 | |
| 2.4 Plan de gestión | 4 | |
| 2.5 Plan operativo (describe actividades y sub-actividades consistentes con las metas del programa, parte de los productos ya establecidos en los planes, añade actividades que dan valor agregado a la propuesta, el cronograma de | 5 | |

| | | |
|--|------------|--|
| entrega de productos es realista, se muestra costo por producto) | | |
| 3. PLAN DE SOSTENIBILIDAD | 10 | |
| 3.1. Sostenibilidad Técnica: propone intervenciones que conduzcan a una transferencia exitosa del proyecto al sector correspondiente | 5 | |
| 3.2. Sostenibilidad Social: Considera estrategias para el fortalecimiento de capacidades de los operadores del sistema, y considera estrategias de articulación técnica, económica y normativa con actores sociales e institucionales estratégicos | 3 | |
| 3.3. Sostenibilidad Económica : propone un plan de sostenimiento de las actividades propuestas al finalizar el proyecto | 2 | |
| 4. PROPUESTA ECONÓMICA Y FINANCIERA | 20 | |
| 4.1 Presupuesto desagregado a nivel de actividades y detallado por rubro de gasto | 6 | |
| 4.2 Costos administrativos 6% del valor de la propuesta | 6 | |
| 4.3 Eficiencia Presupuestal: Relación costo / resultado coherente con el presupuesto y la realidad Macro Regional. | 3 | |
| 4.4 Presenta contrapartida de socios y beneficiarios | 3 | |
| 4.5 Costos de personal menores al 30% de la propuesta | 2 | |
| PUNTAJE TOTAL | 100 | |

Nombre y firma del evaluador

Nombre y firma del evaluador

Nombre y firma del evaluador

Lima, de del 2009

Anexo 14

EVALUACION DE LA PROPUESTA DE MONITOREO Y EVALUACION (15 PUNTOS)

| CRITERIOS | PUNTAJE MAXIMO | PUNTAJE ASIGNADO |
|--|-------------------|---------------------|
| 1. Marco de Referencia | 2 | |
| 1.1. Describe cómo la organización monitorea sus proyectos (experiencia previa) | 0.5 | |
| 1.2. Reconoce la importancia del monitoreo en el logro de los objetivos del programa | 0.5 | |
| 1.3. Reconoce la diferencia entre monitoreo(proceso y resultados)y evaluación (resultados e impacto del programa) | 0.5 | |
| 1.4. Puede diferenciar entre el acompañamiento técnico/ supervisión del programa y el monitoreo (entendiendo este último como un proceso sistemático basado en indicadores jerarquizados y en la comparación permanente de los logros con un parámetro específico) | 0.5 | |
| 2. Eficacia del Sistema | 8 | |
| 2.1. Establece claramente las estrategias para recolectar y realizar el control de calidad de la información que provenga de fuentes oficiales (MINSA, MINEDU, INPE, MIMDES, etc.) y las estrategias para recolectar y realizar el control de calidad de la información que provenga de fuente directa (Sub-Receptor) | 3 | |
| 2.2. Considera un seguimiento cuantitativo y o cualitativo (con indicadores específicos) adicionales a los del proyecto (es decir, de interés interno para el SR y/o para la contraparte técnica) | 1 | |
| 2.3. Considera todos los indicadores de impacto y resultado del Objetivo y añade otros nuevos para el nivel de actividad | 2 | |
| 2.4. Asigna por lo menos el 10% del valor de las actividades a tareas referidas a monitoreo y evaluación (movilidad / viajes de supervisión del coordinador de monitoreo del objetivo y del equipo de gestión del mismo, movilidad / viajes de supervisión y de monitoreo conjunto entre el equipo de gestión y la contraparte técnico sectorial -MINSA, INPE, MIMDES, etc.-, formatería, taller de evaluación y planificación, adquisición de programas informáticos, etc.) | 2 | |
| 3. Perfil del Sub Coordinador de SM&E | 3 | |
| 3.1. Experiencia de por lo menos tres años en monitoreo de proyectos sociales, a nivel cuantitativo y cualitativo , de preferencia en el área de salud | 1 | |
| 3.2. Manejo de metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación social | 1 | |
| 3.3. Capacidad demostrada de interrelación eficiente con otros actores sociales | 1 | |
| 4. Participación de los beneficiarios | 1 | |
| 4.1. Considera incluir la opinión/satisfacción de los beneficiarios respecto del programa | 0.5 | |
| 4.2. Incluye el involucramiento de los beneficiarios en el recojo y análisis de la información referida al proyecto y en los procesos evaluativos mas generales | 0.5 | |
| 5. Evaluación | 1 | |
| 5.1. Considera un sistema de retroalimentación a los equipos de campo y a los actores sociales involucrados en la ejecución del proyecto | 0.5 | |
| 5.2. Describe estrategias para realizar el acompañamiento técnico en la realización de los estudios anuales para medición del avance de los indicadores de resultado, a nivel cuantitativo y a nivel cualitativo, en coordinación con el Receptor Principal | 0.5 | |
| PUNTAJE TOTAL | 15 | |

Anexo 15

Verificación de Documentos Sustentatorios de los Criterios de Elegibilidad (Sobre N° 1)

| Documentación | | SI | NO |
|---------------|---|----|----|
| 1 | Solicitud de presentación a la convocatoria. Anexo 1 | | |
| 2 | Escritura de Constitución Notarial | | |
| 3 | Copia actualizada de Registro ante la APCI de cada uno de los miembros | | |
| 4 | Podereos actualizados en los Registros Públicos de las organizaciones miembros del consorcio. Por excepción se excluye de este requisito a las organizaciones de personas afectadas. | | |
| 5 | Relación de proyectos ejecutados en los tres últimos años, indicando el título del proyecto, monto, ubicación, duración, entidad financiera y nombre y teléfono de la persona de contacto en la entidad financiera. Modalidad de gestión de Proyecto individual o en Consorcio. Anexo 7 | | |
| 6 | Declaración Jurada de poder participar de cada institución participante. Anexo 2 | | |
| 7 | Declaración Jurada de Trabajo Articulado con Instancias del Sector Público e Instituciones Locales. Anexo 3. | | |
| 8 | Estados financieros de los dos últimos años, auditados (con comentarios del auditor) | | |
| 9 | Promesa de Consorcio. Anexo 4 | | |
| 10 | Pacto de Integridad Anexo 6 | | |

Anexo 16A

Formato de presentación de Hojas de Vida de los miembros del Equipo Clave
(Coordinador Técnico, Administrador/Contador, Sub Coordinador de M&E)

| NOMBRE | CARGO | EXPERIENCIA (años) | | | FORMACIÓN PROFESIONAL (Marcar con una X) | | | | | |
|--------|-------|--|--|---|---|----|----------|----|------------|----|
| | | En Gerencia de Organizaciones sin fines de lucro | En Gerencia de Proyectos de Desarrollo | Liderando equipos de trabajo en prevención y control de TB y TB-MDR | Egresado | | Titulado | | Post-Grado | |
| | | | | | Si | No | Si | No | Si | No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Anexo 16B

Formato de presentación de Hojas de Vida de los demás miembros del equipo (Sub Coordinadores de Actividades y otros)

| NOMBRE | CARGO | EXPERIENCIA (años) | | | FORMACIÓN PROFESIONAL (Marcar con una X) | | | | | |
|--------|-------|-----------------------|--|---|---|----|----------|----|------------|----|
| | | Profesional | En operación de Proyectos de Desarrollo | En Proyectos relacionados con la prevención y control de TB y TB-MDR | Egresado | | Titulado | | Post-Grado | |
| | | | | | Si | No | Si | No | Si | No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Anexo 17

PRESUPUESTO POR ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y RUBROS DE GASTOS

(EXPRESADO EN US \$)

| Resultados | Rubros del Gasto | | | | | | | TOTAL |
|---------------------------|------------------|-----------------|----------|------------------------------|----------|-----------------------------|------------------------|----------|
| | Recursos Humanos | Infraestructura | Equipos | Capacitación / planificación | Bienes | Medicinas / insumos medicos | Monitoreo y evaluación | |
| Actividad 1 | | | | | | | | 0 |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Actividad 2 | | | | | | | | 0 |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Actividad 3 | | | | | | | | 0 |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Producto ... | | | | | | | | |
| Sub total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Costos Administrativos 1/ | | | | | | | | |
| TOTAL GENERAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

1/ equivalente a Administración del Proyecto, referido a los Costos Indirectos..

Anexo 18
Modelo de Convenio

Anexo 19

Declaración Jurada garantizando que la composición del equipo clave no sufrirá variaciones desde la presentación de las propuestas hasta la culminación del contrato

(Sólo para el líder del consorcio)

El que suscribe,, identificado (a) con DNI, representante legal de, declaro bajo juramento que en caso obtuviéramos la buena pro, garantizamos que la composición del equipo clave no sufrirá variaciones desde la presentación de nuestra propuesta en la presente licitación hasta la culminación de la vigencia del contrato, salvo casos fortuitos o de fuerza mayor debidamente acreditados.

.....
Nombre y firma del Representante Legal
(Del líder del consorcio)
(Certificación notarial de la Firma)

MODELO DE CONSTITUCIÓN DE CONSORCIO

Señor Notario:

Sírvase extender en su Registro de Escrituras Públicas una de **Constitución de Consorcio** que otorgan, (en adelante denominada), domiciliada en, distrito....., provincia de, Perú, representada por, identificado con D.N.I. N° Según poderes inscritos en; (en adelante denominada), domiciliada en, distrito....., provincia de, Perú, representada por, identificado con D.N.I. N° Según poderes inscritos en; y (en adelante denominada), domiciliada en, distrito....., provincia de, Perú, representada por, identificado con D.N.I. N° Según poderes inscritos en; en los términos y condiciones que se precisan en las cláusulas siguientes.

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha CARE Perú convocó al Concurso para seleccionar a instituciones privados y/o públicas sin fines de lucro y sin fines comerciales, quienes en posibles alianzas con entidades privadas, públicas y grupos comunitarios, ejecutarían las actividades propuestas en el Objetivo No 3 denominado “Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados, perteneciente al Proyecto “Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del desarrollo del milenio en TB y VIH y SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa

- 1.1. Mediante Promesa Formal de Consorcio de fecha,, y se comprometieron a participar en forma conjunta en el concurso mencionado en el numeral que precede, y a formalizar su compromiso de ejecutar las actividades materia de la convocatoria en el caso de que su propuesta fuera seleccionada.
- 1.2. Con fecha el Comité de Adjudicación otorgó la buena pro a favor de las instituciones citadas en el numeral 1.2. para la ejecución de

CLAUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA DENOMINACIÓN

- 2.1 El objeto de este instrumento es formalizar la constitución de un consorcio que estará integrado por las firmas que suscriben, establecer su organización y regular su funcionamiento.
- 2.2 El Consorcio que se constituye se denomina “.....” (en adelante Consorcio).

CLAUSULA TERCERA: COMPLEMENTARIEDAD

- 3.1 Las partes manifiestan que el Consorcio se forma con la finalidad de lograr un intercambio y fortalecimiento de capacidades conforme a las propuestas presentadas,

para la óptima ejecución de las actividades materia del concurso referido en la cláusula 1.1.

CLAUSULA CUARTA: PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO

- 4.1 La responsabilidad de cada una de las partes en el consorcio en el proyecto es:
.....
.....
.....
- 4.2 Las partes designan acomo líder del Consorcio.

CLAUSULA QUINTA: RESPONSABILIDAD

- 5.1 Las partes declaran en forma expresa que responderán solidariamente por todas las consecuencias derivadas de su participación individual o en conjunto dentro del consorcio en la ejecución del contrato a ser celebrado con CARE PERU producto del proceso de selección a la que se hace referencia en la cláusula primera.

CLAUSULA SEXTA: REPRESENTACIÓN LEGAL

- 6.1 Las partes designan como Representante Legal Común del Consorcio al, identificado con DNI N°, quien en virtud de este instrumento queda investido del poder amplio y general que requiera para el cabal cumplimiento de sus funciones y en particular para suscribir en nombre del Consorcio el Contrato N° con CARE PERU, sus adendas, documentos complementarios, así como todos los documentos públicos y/o privados que para la ejecución del mismo se requieran.

CLAUSULA SETIMA: DOMICILIO LEGAL

- 7.1 El domicilio legal del Consorcio se fija en l....., Distrito de, xxxxxx. Perú.

CLAUSULA OCTAVA:

Las partes podrán pactar otros acuerdos complementarios a los expresados en el presente documento, en relación al funcionamiento y organización del CONSORCIO.

Cualquier modificación al contenido de las cláusulas antes consignadas requerirá del previo consentimiento de CARE Perú.

Agregue usted, Señor Notario, lo que fuere de ley y expida tres testimonios para cada una de las partes que suscriben

Lima, de del 2009