

TERMINOS DE REFERENCIA

GUIA DE EDUCACION INTEGRAL EN SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES DIRIGIDO A PERSONAL DE SALUD CIES SALUD SEXUAL – SALUD REPRODUCTIVA

ANTECEDENTES

CIES, ha promovido el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Bolivia. Bajo el paraguas del “Programa de Jóvenes Tú Decides” se trabaja para el acceso a servicios de salud de calidad y con el cumplimiento de estándares normados por el Ministerio de Salud del País.

Las prioridades del país y del Ministerio de Salud es la reducción del embarazo en la adolescencia, prioridad asumida también por CIES, para lo cual promueve el acceso a anticoncepción e información completa y clara para el uso adecuado y consistente de los mismos, trabajando en capacitación y sensibilización en adolescencia, anticoncepción, orientación y sensibilización del personal de salud para evitar barreras en el acceso de los mismos.

En este sentido y para coadyuvar a este propósito, es necesario que el personal de salud cuente con una herramienta que oriente el abordaje de la educación integral en sexualidad con adolescentes, en las actividades de información que realizan en comunidad y unidades educativas.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una guía para personal de salud que brinde información actualizada y orientaciones para desarrollar actividades de educación integral en sexualidad con adolescentes y jóvenes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar la información sobre anticoncepción para adolescentes.
- Desarrollar la capacidad para realizar orientación en temas relacionados con SSR y DSDR.
- Entregar orientaciones para abordar temas como: prevención de violencia, diversidades, género entre otras.

DELIMITACIÓN

La implementación de la consultoría se realizará con la siguiente delimitación:

- **Espacial:** El trabajo puede realizarse desde cualquier ciudad capital del país, coordinara con el equipo de CIES de oficina nacional en La Paz. Deberá trabajar con personal de salud de centros de salud público y validar la información con personal de salud de Riberalta.

Actividades principales.

- a) Plan actividades y cronograma de trabajo operativo.
- b) Revisión de normativas país respecto a anticoncepción, violencia, safci, modelo AIDA, prevención de embarazo, entre otros.
- c) Entrevistas y/o grupos focales con personal de salud para recabar insumos para elaborar la estructura y desarrollar el contenido.
- d) Presentación de propuesta de estructura del documento.
- e) Presentación de propuesta inicial desarrollada.
- f) Procesos de validación.
- g) Presentación de propuesta final y diagramada lista para impresión.

- **Temporal:** La consultoría tendrá una duración de 3 meses a la firma del contrato.
- **Poblacional:** Personal de salud.

ENTREGABLES Y FECHAS DE ENTREGA

- a) Primer producto: Plan actividades y cronograma de trabajo operativo.
- b) Segundo producto: Presentación de propuesta inicial.
- c) Tercer producto: Presentación de propuesta final diagramada.

CONDICIONES ADMINISTRATIVAS LEGALES.

1. Índice.
2. Carta de presentación y aceptación total a los Términos de Referencia
3. Formulario de Identificación del Proponente.
4. Fotocopia de escritura de constitución de empresa (empresa jurídica o unipersonal).
5. Fotocopia del carnet de identidad del representante legal de la empresa.
6. Fotocopia del NIT.
7. Curriculum actualizado.
8. Propuesta Económica
9. Propuesta Técnica.

CONDICIONES DE PAGO

La suma acordada por concepto de honorarios profesionales se establecerá previo análisis de la propuesta técnica y económica.

Cada producto debe ir acompañado de una nota de entrega. El producto final además debe tener adjunto la factura y pago a AFP.

PROPIEDAD INTELECTUAL

Queda establecido en los presentes términos de referencia, que toda la documentación o producción intelectual resultante del trabajo realizado por el equipo consultor así como los informes que emita y toda otra información complementaria será considerada desde su elaboración como propiedad del Ministerio de Salud el mismo que tendrá los derechos exclusivos para publicar o difundir los mismos. Este derecho continuará vigente aún concluida la relación contractual entre partes.

REQUISITOS

El proponente deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Profesional en ciencias sociales o relacionadas al área.
- Experiencia laboral mínima de un (3) años en investigación y/o medición de impacto.
- Un (1) año de experiencia laboral en Educación Sexual Integral, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos o relacionado al tema (deseable).
- Experiencia comprobable en elaboración de materiales didácticos.
- Experiencia en el ámbito de los Derechos Humanos y/o Educación.
- Conocimiento de políticas educativas, de salud y justicia del país.
- Conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos reproductivos.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA PROPUESTA, PLAZO Y ROTULO

Las propuestas se recibirán hasta el viernes 13 de septiembre de 2024, horas 17:00 y deberán ser enviadas a CIES, OFICINA NACIONAL, calle 6 de obras Nro. 614, o al correo ppenaranda@cies.org.bo y alsuarez@cies.org.bo con el siguiente rotulo

INVITACION PÚBLICA

**Señores: ONG Centro de Investigación Educación y Servicios
(CIES Salud Sexual - Salud Reproductiva)**

**Convocatoria: "GUIA EDUCACION INTEGRAL EN SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES
DIRIGIDO A PERSONAL DE SALUD**

"

Nombre del Proponente: Telf.

La supervisión y evaluación de las propuestas estará a cargo de la Gerencia Nacional de Programas y Proyectos de CIES Salud Sexual Salud Reproductiva. La vinculación se realizará mediante un contrato por prestación de servicios, según lo estipulado en la ley.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

- | | |
|--|-----|
| - Experiencia específica en el desarrollo de estudios de mercado | 20% |
| - Plan metodológico | 15% |
| - Valor agregado de la propuesta | 10% |

- Propuesta económica 25%
- Propuesta técnica 30

FORMULARIO IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

1. Nombre o razón social: _____
2. Dirección principal: _____
3. Ciudad: _____
4. Casilla: _____
5. Teléfonos: _____
6. Fax: _____ Dirección electrónica: _____
7. Nombre original y año de fundación de la Firma: _____
8. Nombre del representante legal: _____
9. Dirección del representante legal: _____
10. Tipo de Organización (marque el que corresponda)

Unipersonal

()

Sociedad de Responsabilidad Limitada

()

Sociedad Anónima

()

Sociedad Accidental

()
11. Numero de NIT: _____
12. Número de Matrícula otorgado por FUNDEMPRESA _____

(Firma del Representante Legal)

(Nombre del Representante Legal)

DETALLE DE LA EXPERIENCIA

Nº	FECHA	NOMBRE DEL CLIENTE	SERVICIO PRESTADO	MONTO TOTAL (Bs.)	DOCUMENTO QUE RESPALDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
1.					
2.					
3.					
4.					
...					
n					

El proponente debe adjuntar a este formulario la documentación de respaldo (fotocopias de facturas o contrato) que permita verificar la ejecución y cumplimiento de los servicios.

Máximo 50 hojas.