

# TALLER DE PREPARACION DE COOPERACION TECNICA

# OPS/OMS PARAGUAY

## SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA

**13 ENERO 2022**

# Agenda

## 1. Solicitud de Cooperación Técnica (SCT) -Diana Correa

- Qué es? y para qué aplica?

## 2. Tipos de STC y elementos que debe contener: - Lidia Valiente y Mabel Caceres

- Formulario 1 - Eventos ( incluye viajes nacionales e internacionales)
- Formulario 2 - Adquisiciones - Impresiones
- Formulario 3 - Contratos

## 3. Restricciones – Mabel Caceres y Lidia Valiente

## 4. Proceso Interno OPS -Diana Correa

## 5. Preguntas y Acuerdos



# Solicitud de Cooperación Técnica - SCT

Es un instrumento administrativo de la OPS (relacionado con lo técnico) mediante el cual, tanto el Ministerio de Salud como cualquier otra Institución Nacional, puede solicitar a la OPS/OMS cooperación para todo tipo de asesoramiento y apoyo tanto técnico como financiero para el desarrollo de las actividades, de acuerdo con el Programa de Cooperación Técnica al País.

Además, este instrumento sirve como respaldo para el desembolso de fondos presupuestados en el BWP, y para tareas programadas, como: eventos, adquisiciones, contratación de expertos, servicios contractuales, participación en reuniones, eventos en el exterior, visitas de supervisión, monitoreo y evaluación.

- Eventos
- Adquisiciones
- Consultorías
- Participación en reuniones, cursos, seminarios
- Otro tipo de Cooperación Técnica

# Que elementos debe contener una SCT, y porque?

Todas las SCT deben ser enviadas previo acuerdo con el Oficial Técnico Responsable de la OPS/OMS PRY.

## 1. Especificar en que consiste la SCT, en caso de:

- **Eventos y viajes**: Completar todos los anexos necesarios para la solicitud.
- **Publicaciones e impresiones**: Adjuntar el documento final y las especificaciones técnicas.
- **Adquisiciones**: Enviar especificaciones técnicas, así como imágenes y número de catalogo en caso de necesidad.
- **Contratos**: Términos de Referencia.

## 2. Firma de las Autoridades.

\* Todas las SCT se deben enviar en archivo legible y de manera ordenada.

# FORMULARIOS DE SCT



# Nota de la SCT

**OPS** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

**SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA (SCT)**  
**OPS/OMS PARAGUAY**

Fecha:

Representante OPS/OMS en Paraguay

Nos permitimos solicitar la cooperación técnica (CT) de la OPS/OMS para llevar a cabo lo siguiente:

Tarea:

Objetivo:

Asesor OPS Responsable:

Persona responsable de ejecutar la tarea:

Institución:  Cargo/puesto:  Unidad/Dpto.:

Teléf.:  Celular:  e-mail:

Dirección:

Se adjunta detalles de la CT solicitada y el formulario correspondiente (marque el tipo de formulario adjuntado, solo una opción):

Eventos/ Viajes (Formulario Nº. 1)  
 Adquisiciones e Impresiones (Formulario Nº. 2)  
 Solicitud de Contrataciones (Formulario Nº. 3)

\_\_\_\_\_  
Solicitante Institución Nacional  
Firma, aclaración y sello

\_\_\_\_\_  
Autoridad Nacional  
Firma, aclaración y sello

PWR PAR/SCT/OPS/OMS

- En el campo tarea: especificar claramente el nombre de la actividad a ser solicitada.
- En Asesor OPS Responsable: mencionar el nombre del Oficial Técnico con quien se acordó la Cooperación Técnica.
- Llenar todos los campos de manera obligatoria.
- Si la actividad solicitada a la OPS no implica la utilización de recursos financieros, no es necesaria la presentación de una SCT.





# Formulario 1. Eventos/ Viajes

**OPS** Oficina Regional para las Américas

**Anexo 1. Lista Tentativa de Participantes**

Actividad:  
Lugar:  
Fecha:

N°	Nombre Completo	Institución y cargo
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		

Anexo 1

**OPS** Oficina Regional para las Américas

**Anexo 4. LOGISTICA**

Actividad:  
Lugar:  
Fecha:

I. Refrigerio y Almuerzo				
Concepto	Cantidad	Número de días	Número de veces	
Refrigerio mañana				
Refrigerio tarde				
Almuerzo				
<b>Total</b>				

II. Utilis		
Descripción	Cantidad	
Block de notas		
Escritorio		
<b>Total</b>		

III. Fotocopias			
Descripción del material (titulos)	N° de páginas	Cantidad de copias	
<b>Total</b>			

IV. Alquileres			
Descripción	Cantidad	N° de días	
Salón (incluye disposición de mesas)			
Equipo de sonido/teletextos			
Parquet			
Proyector / laptop			
Papelgrafos			
<b>Total</b>			

V. Alojamiento			
Descripción	Cantidad	N° de días	
<b>Total</b>			

OPS: todos los conceptos solicitados deben ir en relación directa a la cantidad de participantes

Anexo 4

**OPS** Oficina Regional para las Américas

**Anexo 2. VIÁTICO\_PASAJE**

Actividad:  
Lugar:  
Fecha:

N°	Nombre y apellido	Cargo/Institución	Procedencia Ciudad-Distrito (lugar de trabajo)	Lugar a ser visitado (ciudad/distrito)	Fechas de la actividad	
					Inicio	Termino
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

\* En caso que se visiten varios lugares (dóctas de miembros o supervisión), indicar cada ciudad a visitar así como las fechas correspondientes

Anexo 2

**OPS** Oficina Regional para las Américas

**Anexo 3. Lista de Asistencia**

Actividad:  
Lugar:  
Fecha:

	Nombre Completo	Institución	Cargo	Número Documento de identidad	Copias Electrónicas	Firma
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

\*Se completa en el evento  
\*Se requiere una lista para cada día de la actividad

Anexo 3

## Para Eventos:

- Adjuntar los **anexos 1 y 4**, así como la agenda a ser utilizada, la cual debe contener el tema y horario detallado. En caso de solicitar pasajes y viáticos para participantes del evento, adjuntar el **Anexo 2. Viáticos y Pasajes**.
- Una vez finalizado el evento, **enviar el Anexo 3. Lista de Asistencia** firmada por día (este documento es primordial para el pago a proveedores). Así como el Anexo 6, informe técnico de la actividad realizada.

**\*Se considera refrigerio cuando la reunión dure 4 horas o más. No se podrá ofrecer almuerzo si la reunión finaliza al medio día.**

# Formulario 1. Eventos/ Viajes

## Anexo 5

### Para Alquiler de Vehículos:

- Adjuntar el **Anexo 5. Alquiler de Vehículo**, todos los campos de este anexo deben ser completados de manera obligatoria. Una vez realizado el viaje el conductor solicitará la firma de todos los pasajeros en el detalle del viaje, por día.

**\* El conductor debe cumplir de manera estricta el itinerario que se designa en el contrato, el mismo no puede desviarse de la ruta marcada.**

**OPS** Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud

Anexo 5. ALQUILER DE VEHÍCULO

Nombre y detalle de la actividad para el servicio requerido:	
Fecha y hora de salida:	
Lugar, dirección de salida:	
Cantidad de pasajeros:	
Kilometraje aprox.:	
Itinerario detallado de lugares a ser visitados por fecha:	
Fecha y hora de retorno:	
Lugar, dirección de retorno:	

# Formulario 1. Eventos/ Viajes

## Para Adquisición de Pasajes y Pago Viáticos Locales (Visitas de Supervisiones, Monitoreos, etc.):

- Adjuntar el **Anexo 2. Viáticos y Pasajes.**
- Una vez finalizada la actividad enviar a la OPS/OMS PRY copia de la Orden de Trabajo con el sello del área de RRHH de la dependencia correspondiente del MSPyBS.

**OPS** Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud

Anexo 2. VIÁTICO\_PASAJE

Actividad:  
Lugar:  
Fecha:

N°	Nombre y apellido	Cargo/Institución	Procedencia Ciudad-Distrito (lugar de trabajo)	Lugar a ser visitado (ciudad/distrito)	Fechas de la actividad	
					Inicio	Término
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

\* En caso que se visiten varios lugares (visitas de monitoreos o supervisión), indicar cada ciudad a visitar así como las fechas correspondientes

## Anexo 2





# FORMULARIO 2. ADQUISICIONES & IMPRESIONES

- En caso solicitar la impresión, edición y/o diseño de materiales utilizar la parte **1. Impresión y Publicación de Documentos.**

- En caso de solicitar la compra de bienes o insumos utilizar la parte **2. Adquisición de Bienes o Insumos.**

**\* Todos los campos deben ser completados de manera correcta a fin de evitar contratiempos en el proceso de la SCT.**

**OPS** Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud

**FORMULARIO 2. ADQUISICIONES & IMPRESIONES**  
**OPS/OMS Paraguay**

**1. Edición, Diseño, Corrección de textos e Impresión de Documentos**  
 Marcar con una X los ítems a ser solicitados

<b>Edición</b>		
<b>Diseño</b>		
<b>Corrección de textos</b>		
<b>Impresión</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Edición, diseño y/o corrección de textos</b>		
Nombre del documento a ser editado y/o diseñado.		
1 Detallar tipo de material a ser editado y/o diseñado (banner, publicaciones, libros, etc.):		
Tamaño de papel:		
Indicar si es Full color o blanco y negro:		
<b>Impresión</b>		
Nombre del documento a ser impreso		
Detallar tipo de material a ser impreso (banner, publicaciones, libros, etc.):		
2 Tipo de papel:		
Tamaño de papel:		
Tipo de encuadernado:		
Gramaje (tapa, contratapa, contenido):		
Tipo de impresión (Color, full color, blanco y negro):		

\*Agregar o eliminar filas en caso de necesidad.

**2. Adquisición de Bienes o Insumos**  
 DESCRIPCIÓN ARTICULOS REQUERIDOS

Ítem	Descripción	Referencia de catálogo	Cantidad	Unidad de medida
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Observaciones/comentarios:

\*Agregar o eliminar filas en caso de necesidad.

# Formulario 3. Contrato de Servicios

## Formulario 3. Contrato de Servicios

Referencia de solicitud de cooperación técnica en su caso	
Resumen contextual del contrato de servicios requerido (Incluir referencia de Solicitud de Cooperación Técnica en su caso) *	
Objetivo del contrato de servicios requerido *	
Descripción de actividades/tareas requeridas (continuar en página adicional si se requiere) *	
Descripción de evidencias de productos y/o servicios (continuar en página adicional si se requiere) *	
Perfil requerido (formación académica, área de desempeño profesional, experiencias de desempeño, etc.) para identificar contratista -incluye competencias mínimas y deseables. *	
Periodo de tiempo requerido para vigencia del contrato de servicios. *	
<b>USO EXCLUSIVO OPS</b>	
Nombre y firma del área técnica solicitante	Financiamiento

• Los campos con asterisco deben ser llenados

- Si de manera excepcional se considera como potencial proveedor a algún profesional con vínculo de relación con la función pública, el mismo debe presentar anuencia o no objeción para contrato remunerado con OPS de parte de autoridad competente.



# Restricciones

La OPS no financia gastos operativos de acuerdo al siguiente detalle:

- Pago de gasolina (nafta, diesel)
- Pago de transporte terrestre, como taxi o autobús en la ciudad donde se lleva a cabo la actividad o menor a 50 km .
- Insumos de oficina (operacionales)
- Compra de software
- Servicios de telefonía, internet, etc.
- Contratación de Personal de Blanco para la atención de personas (médicos, enfermeros, etc.)
- Digitadores informáticos.
- Pagos suplementarios por educación, soporte secretarial, asistentes, choferes, sobretiempo, etc
- Bebidas alcohólicas y cócteles
- Flores, arreglos, regalos, premios y trofeos
- Tiquetes aereos en clase Ejecutiva/Primera Clase

# Proceso interno de la OPS/OMS PRY

Recepción y Distribución (1 –2 días)

Revisión y Aprobación por parte de Representante (1-3 días)

Asistente Técnica Ingresa en el Sistema (1-2 días)

COMPRAS ( 15 días a 6 meses)

- Cursos y Seminarios
- Adquisiciones
- Consultorías
- Participación en reuniones, cursos , seminarios
- Otro tipo de Cooperación técnica

Entrega Oficial (1 día)

# Gracias!!!