

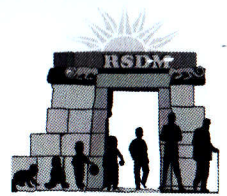


GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Unidad Ejecutora 406 – Red de Salud Dos de Mayo

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



ANEXO No. 3

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOCADOR DE SERVICIO

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de UN (1) Especialista Médico (Gineco Obstetra) para el Centro de Salud La Unión – Red de Salud Dos de Mayo.

2. SOLICITANTE:

Programa Presupuestal Materno Neonatal

3. FINALIDAD PÚBLICA:

Contribuir a mejorar la calidad de prestación de salud a los asegurados y pacientes que concurren al centro de Salud La Unión y asegurar la atención especializada para resolver casos de emergencias obstétricas quirúrgicas complicadas y así prevenir y disminuir la morbi-mortalidad, materna neonatal a nivel de la jurisdicción de la Red de Salud Dos de Mayo.

4. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

a. Se detalla las actividades a desarrollar:

- ✓ Atención en Consultorio de Ginecología, alto riesgo obstétrico, servicio de hospitalización y emergencias.
- ✓ Atención de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, atención del parto distócico.
- ✓ Monitoreo obstétrico (ecografías, pruebas estresantes)
- ✓ Intervenciones quirúrgicas en casos de emergencia y programas de especialidad
- ✓ Interconsultas con otras unidades intrahospitalarias
- ✓ Atención de emergencia, en turno diurno y nocturno.
- ✓ Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos de medicina a los pacientes hospitalizados
- ✓ Dar cumplimiento con los protocolos y procedimientos en el servicio correspondiente
- ✓ Resolución de problemas de parto que se presenten durante el servicio programado
- ✓ Registrar con letra legible la evaluación médica, diagnóstico y tratamiento en las historias clínicas de emergencia, consultorios externos y hospitalización según norma vigente.
- ✓ Utilizar recetas estandarizadas por la Entidad.
- ✓ Realizar procedimientos de acuerdo a su Especialidad.
- ✓ Brindar Informe de los pacientes hospitalizados a sus familiares de manera oportuna
- ✓ Expedir certificados médicos y de defunción.
- ✓ Participar de manera activa en la formulación y actualización de las guías de práctica clínica, manuales de procedimiento y protocolos de atención.
- ✓ Participar en forma activa en las actividades de docencia, capacitación e investigación.
- ✓ Empatía, proactividad orientada al usuario, trabajo bajo presión, capacidad de trabajo en equipo, poseer habilidades y buena predisposición de organización en la institución.
- ✓ Capacidad para intervenciones quirúrgicas con anestésicos generales, si el caso de emergencia lo amerita.
- ✓ Capacidad de trabajo bajo presión.
- ✓ Capacidad de trabajo en equipo, liderazgo, buenas relaciones interpersonales, valores éticos.
- ✓ Evaluación de avance de metas de las diferentes finalidades del programa estratégico materno neonatal.
- ✓ Otras actividades preventivas promocionales que se asignan en el marco del presupuesto por resultados – PPR.





GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Unidad Ejecutora 406 – Red de Salud Dos de Mayo

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



5. PERFIL DEL LOCADOR DE SERVICIO:

El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos:

REQUISITOS	DETALLE
Formación académica	• Título de Médico Cirujano. • Título de médico Especialista en Gineco Obstetra. • Constancia y/o certificado de colegiatura y Habilitación profesional. • Estudios de Actualización en los Últimos años. Se acreditará con copia simple del Título profesional, Especialidad, Colegiatura y Habilitación Profesional, según corresponda.
Experiencia	• El profesional Especialista deberá contar con un mínimo de experiencia de un (1) año efectivos como: Especialista Gineco - Obstetra en entidades públicas y privadas (incluye periodo de residentado en la especialización), emitida por la entidad contratante, para ejecutar la prestación del servicio objeto de la convocatoria. La experiencia se acreditará con copias simples de los contratos y su respectiva conformidad o constancias o certificados o cualquier otro documento que de manera fehaciente demuestre la experiencia del profesional propuesto.
Capacitación	• Diplomas, cursos y capacitaciones actualizadas como mínimo con cien (100) horas lectivas en temas afines a la especialidad realizadas en los últimos tres (03) años. Se acreditará con copia simple de las Constancias, certificados u otros documentos análogos.

- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP)
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente: Activo y Habido
- Declaración jurada del Proveedor, según (Anexo Nro. 8)
- Constancia de No estar registrado en el RNSDD - Registro Nacional Sanciones de Destitución y Despidos.
- Constancia de un seguro vigente ESSALUD, SIS o privado.
- Contar con la prueba COVID (antígeno) al inicio del servicio (en caso de locador nuevo y/o reemplazo).
- Constancia de Carnet de vacunación (Pagina web) con un mínimo de dos 2 dosis.

6. LUGAR Y PLAZO DE PRESENTACION DEL SERVICIO

6.1. LUGAR DE EJECUCION DEL SERVICIO:

El servicio se llevará a cabo en el Centro de Salud LA UNION de la Red de Salud Dos de Mayo.

6.2. PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO:

El plazo de ejecución del servicio será por el PERIODO de cinco meses de JUNIO - OCTUBRE del 2023 de acuerdo al acumulado de horas trabajadas por DIEZ (10) DIAS MENSUALES, según programación mensual de /rol de turnos de la dependencia de destino, con disponibilidad las 24 horas del día. Contados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio o al día siguiente a la firma del contrato.



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Unidad Ejecutora 406 – Red de Salud Dos de Mayo

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



ENTREGABLES	MESES
PRIMER ENTREGABLE	JUNIO
SEGUNDO ENTREGABLE	JULIO
TERCER ENTREGABLE	AGOSTO
CUARTO ENTREGABLE	SETIEMBRE
QUINTO ENTREGABLE	OCTUBRE

7. FORMA DE PAGO:

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en Pagos PARCIALES Y/O PERIODICAS (Mensuales) de **JUNIO a OCTUBRE**, después de ejecutado la prestación y con la conformidad respectiva del área usuaria y aprobación de la Dirección del Centro de Salud y el Coordinador del Programa Presupuestal.

ENTREGABLE	MONTO A PAGAR
PRIMER ENTREGABLE - JUNIO	El monto a pagar es de S/. 7,000.00 , previa conformidad del servicio.
SEGUNDO ENTREGABLE - JULIO	El monto a pagar es de S/. 7,000.00 , previa conformidad del servicio.
TERCER ENTREGABLE - AGOSTO	El monto a pagar es de S/. 7,000.00 , previa conformidad del servicio.
CUARTO ENTREGABLE - SETIEMBRE	El monto a pagar es de S/. 7,000.00 , previa conformidad del servicio.
QUINTO ENTREGABLE - OCTUBRE	El monto a pagar es de S/. 7,000.00 , previa conformidad del servicio.
TOTAL	100% DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO (S/. 35,000.00)

8. PENALIDAD:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

$F = 0.25$ para plazos mayores a sesiones (60) días.

$F = 0.40$ para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

El monto máximo de la penalidad por mora aplicable no puede exceder diez por ciento (10%) del monto total contratado. La Entidad tiene el derecho a exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

9. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación será otorgada por la Jefatura del Servicio, contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Centro de Salud La Unión y del Programa Presupuestal Materno Neonatal de la Red de Salud Dos de Mayo.

Se otorgará la conformidad siempre y cuando el contratista haya cumplido en realizar el servicio y/o actividades programadas para lo cual deberá adjuntar el informe de actividades mensuales.

10. AFECTACION PRESUPUESTAL:

- ❖ **FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** RECURSOS ORDINARIOS
- ❖ **METAS:** 0011
- ❖ **CLASIFICADOR DE GASTO:** 23.29.11


Alejandro M. Borja Alvarez
OBSTETRA
COP. 16605

ANEXO No. 8
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dos de Mayo,2023

Señores:
Red de Salud de Dos de Mayo
Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número de CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 NUMEROS) es:

CCI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

PROVEEDOR:

--

RUC No.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta de ahorros en SOLES del BANCO

BANCO:

--

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago emitido por el suscrito una vez cumplida o atendida la correspondiente orden de compra o servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Firma contratista

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI: