

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN LOCACION DE SERVICIOS

DE MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Anestesiología
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Tres (3) Médicos Especialistas en Anestesiología
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)} • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**
 - 7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**



ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes de la especialidad	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Evaluación de paciente críticos o de emergencia y /o realización de procedimientos de la especialidad	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Puesta en operación del centro quirúrgico	1	1	1	Informe
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión del servicio.	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura **(01 Original y 02 copias)**. Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	3	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE** presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	9,000.00	9,000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$\text{F x días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY

Dra. Julissa Mabel Pinto Roldán
JEFE MICRO-RED ALTO INCLAN
C.M.P. 37705

REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO
DE MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Siete (7) Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)} • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**
 - 7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes	60	1	60	Relación de pacientes atendidos
Evaluación de paciente críticos o de emergencia, u otros de la especialidad	15	1	15	Relación de pacientes atendidos
Realización de una campaña de atención integral	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión (Ejm. Protocolos de atención de principales emergencias, etc.)	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (**01 Original y 02 copias**). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7.

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	7	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE** presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inlán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inlán	MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	9,000.00	9,000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaría, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$F \times \text{días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY

[Firma]
Dra. Julissa Mabel Pinto Roldán
JEFE MICRORED ALTO INLAN

**TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación del Servicio de Médico Especialista en Medicina Interna
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Dos (2) Médicos Especialistas en Medicina Interna en el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (Indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (Indispensable)) • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración Jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**
7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

Pb

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes	60	1	60	Relación de pacientes atendidos
Evaluación de paciente críticos o de emergencia	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Realización de una campaña de atención integral	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión (Ejm. Protocolos de atención de principales emergencias, etc.)	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7.

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EES	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	2	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

Rf

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	9,000.00	9,000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$F \times \text{días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD / SLAY

Dr. *Julissa Mabel Pinto Roldan*
E MICRORED ALTO INCLÁN

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Pediatría
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Cinco (5) Médicos Especialistas en Pediatría
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)) • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:

7.1 ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes	60	1	60	Relación de pacientes atendidos
Evaluación de paciente críticos o de emergencia	15	1	15	Relación de pacientes atendidos
Realización de una campaña de atención integral	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión (Ejm. Protocolos de atención de principales emergencias, etc.)	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EES	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	5	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE** presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	9,000.00	9, 000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$\text{F x días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY
Dra. Jullissa Mabel Pinto Roldan
JEFE MICRO RED ALTO INCLÁN
C.M.P. 37705

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA CLÍNICA

1. AREA USUARIA:

Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Contratación el Servicio De Médico Especialista en Patología Clínica

3. FINALIDAD PÚBLICA:

Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.

4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Contratar con Dos (2) Médicos Especialistas en Patología Clínica

5. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Específica de Gasto:23.29.11.

6. REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo resindentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)) • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:
7.1 ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:

Handwritten signature/initials

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes de la especialidad, validación de exámenes de laboratorio	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Campaña de atención de la especialidad	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Puesta en operación del servicio de Laboratorio y áreas respectivas	1	1	1	Informe
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión del servicio.	3	1	3	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA CLINICA	2	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

IESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA CLÍNICA	9,000.00	9, 000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaría, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$\text{F x días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY
Dra. Jullissa Mabel Pinto Roldan
JEFE MICRO RED ALTO INCLAN
C.M.P. 37705

**TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Un (1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado médico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)} • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**
7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

**TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Un (1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)} • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**
 - 7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes	60	1	60	Relación de pacientes atendidos
Evaluación de paciente críticos o de emergencia	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Realización de una campaña de atención integral	20	1	20	Relación de pacientes atendidos
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión (Ejm. Protocolos de atención de principales emergencias, etc.)	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura **(01 Original y 02 copias)**. Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1	1 POR LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

Rk

10. **FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:**

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE** presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	9,000.00	9, 000.00

11. **LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaría, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. **PENALIDADES: (Obligatorio)**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$\text{F x días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. **OTRAS PENALIDADES APLICABLES**

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY
Dra. Juliana Mabel Pinto Roldan
JEFE MICRO RED ALTO INCLAN
C.M.P. 37705

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Medicina
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación el Servicio De Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano especialista como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Uno (1) Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	• Acreditar experiencia laboral mínima 4 años, ya sea en sector público o privado. • Experiencia específica Acreditar experiencia mínima de tres años en la especialidad requerida, incluyendo residentado medico (indispensable)
Formación Académica	• Acreditar título profesional universitario de médico cirujano y resolución SERUM (indispensable)) • Acreditar copia simple de diploma de colegiatura y habilitación original vigente a la inscripción. • Acreditar copia simple de título en la Especialidad requerida emitida por la Universidad • Acreditar copia simple de diploma de registro nacional de especialista, de corresponder.
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	• Cursos y/o diplomados en temas de Salud. • Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	• Habilidad Analítica • Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. • Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. • Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad • Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. • Ética y valores: solidaridad y honradez. • Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	• Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente • No tener impedimento para contratar con el Estado • Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. • Contar con seguro médico, SCTR

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de pacientes de la especialidad	60	1	60	Relación de pacientes atendidos
Realización de campañas de atención de la especialidad	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Puesta en operación del servicio de Medicina Física y Rehabilitación	1	1	1	Informe
Realización de procedimientos de la especialidad	A demanda	1	A demanda	Relación de pacientes atendidos
Capacitación relacionada a temas de su especialidad	2	1	2	Informe de Capacitación
Elaboración de documentos de gestión del servicio.	2	1	2	Documento elaborado

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 17

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	1	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

36

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE** presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLE
Centro de Salud Alto Inclán	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	9,000.00	9, 000.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$F \times \text{días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY
Dra. Jui/ssa Mabel Pinto Roldan
JEFE MICRO RED ALTO INCLAN
C.M.P/37705

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE TECNICO DE ENFERMERIA

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Enfermería
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación del Servicio de Técnico en Enfermería
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano necesario como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Veintitrés (23) servicios de Técnico de Enfermería para el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia mínima de 1 año, desempeñando funciones relacionadas a la Atención Integral de la Salud para el MINSA.
Formación Académica	Título de Técnico de Enfermería con Resolución de la DREA
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	- Cursos y/o diplomados en temas de Salud. - Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	- Habilidad Analítica - Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. - Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. - Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad - Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. - Ética y valores: solidaridad y honradez. - Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente - No tener impedimento para contratar con el Estado - Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. - Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**

7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Recepción en admisión y triaje, apoyo en atención de pacientes en los diferentes servicios	150	1	150	Relación de pacientes atendidos
Organizar y ordenar las historias clínicas	200	1	200	Relación de historias

Realización de procedimientos y/o actividades de técnicos de enfermería en todos los servicios del Centro de Salud Alto Inclán	Según requerimiento	1	Según requerimiento	clínicas ordenadas Informe de procedimientos y/o actividades realizadas
Participación en campañas de atención	A demanda	2	A demanda	Informe de actividades realizadas
Realizar seguimiento y visitas domiciliarias	20	1	20	Relación de familias y/o pacientes visitados

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE ENFERMERIA	23	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EES	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE ENFERMERIA	2,500.00	2, 500.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso Injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$F \times \text{días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD ISLAY

MC. Julissa Mabel Pinto Roldan
C.M.P. 37705
DIRECTORA EJECUTIVA

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE TECNICO DE FARMACIA

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Farmacia
2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación del Servicio de Técnico de Farmacia
3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano necesario como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.
4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Nueve (9) servicios de Técnico de Farmacia para el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.
5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.
6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia mínima de 1 año, desempeñando funciones relacionadas a la Atención Integral de la Salud para el MINSA.
Formación Académica	Título de Técnico de Farmacia con Resolución de la DREA
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	- Cursos y/o diplomados en temas de Salud. - Cursos y/o diplomados relacionados al cargo - Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	- Habilidad Analítica - Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. - Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. - Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad - Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. - Ética y valores: solidaridad y honradez. - Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente - No tener impedimento para contratar con el Estado - Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. - Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**

7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Realizar registros de productos farmacéuticos en el sistema SISMED V2.5 las recetas de SIS, Demanda e Intervención Sanitaria.	200	01	200	INFORME
Realizar el reporte de stock de medicamentos	01	01	01	REPORTE DE STOCK

Realizar conciliación de medicamentos entre los datos del sistema SISMED V2.5 y el sistema de seguros.	01	01	01	INFORME
Realizar inventario al mes.	01	01	01	REPORTE DE INVENTARIO
Verificar fechas de vencimiento de productos farmacéuticos a cargo en farmacia.	200	01	200	INFORME DE VERIFICACION
Realizar la recepción de productos farmacéuticos a cargo en farmacia.	2	01	2	INFORME
Participación en campañas de atención	A demanda	2	A demanda	Informe de actividades realizadas

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7.

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EES	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inlán	SERVICIO DE TECNICO DE FARMACIA	9	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inlán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

31

EES	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE FARMACIA	2,500.00	2,500.00

11. **LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**
 La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.
 La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. **PENALIDADES: (Obligatorio)**
 En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$F \times \text{días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. **OTRAS PENALIDADES APLICABLES**
 En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
 RED DE SALUD ISLAY
 MC. Julissa Mabel Pinto Roldán
 C.M.P. 37705
 DIRECTORA EJECUTIVA

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE TECNICO DE LABORATORIO

1. AREA USUARIA:

Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Laboratorio

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Contratación del Servicio de Técnico de Laboratorio

3. FINALIDAD PÚBLICA:

Contar con el recurso humano necesario como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.

4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Contratar con Nueve (9) servicios de Técnico de Laboratorio para el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.

5. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Específica de Gasto:23.29.11.

6. REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia mínima de 1 año, desempeñando funciones relacionadas a la Atención Integral de la Salud para el MINSA.
Formación Académica	Título de Técnico de Laboratorio con Resolución de la DREA
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	- Cursos y/o diplomados en temas de Salud. - Cursos y/o diplomados relacionados al cargo - Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	- Habilidad Analítica - Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. - Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. - Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad - Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. - Ética y valores: solidaridad y honradez. - Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente - No tener impedimento para contratar con el Estado - Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. - Contar con seguro médico, SCTR

7. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:

7.1 ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Ejecutar labores asistenciales sencillas de atención a los pacientes en apoyo al profesional	250	1	250	Informe de actividades realizadas
Ejecutar labores técnicas de apoyo en la ejecución de análisis clínicos	200	1	200	Informe de actividades realizadas

Ejecutar procedimientos de exámenes y ensayos de laboratorio de menor complejidad	100	1	100	Informe de actividades realizadas
Participación en campañas de atención	A demanda	2	A demanda	Informe de actividades realizadas

8. **PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:**
Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. **LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:**

9.1. **LUGAR DEL SERVICIO:**

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE LABORATORIO	9	1 POR CADA LOCADOR

9.2. **PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO**

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. **FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:**

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE LABORATORIO	2,500.00	2, 500.00

11. **LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaría, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

Penalidad Diaria = $0.10 \times \text{Monto total/parcial}$

$F \times \text{días total/parcial}$

Donde:

$F = 0.25$ para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD ISLAY
.....
M.C. Juissa Mabe Roldán
C.M.P. 17705
DIRECTORA EJECUTIVA

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE TECNICO DE NUTRICIÓN

1. **AREA USUARIA:**
Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Nutrición

2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**
Contratación del Servicio de Técnico en Nutrición

3. **FINALIDAD PÚBLICA:**
Contar con el recurso humano necesario como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.

4. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:**
Contratar con Tres (3) servicios de Técnico de Nutrición para el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.

5. **AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**
Específica de Gasto:23.29.11.

6. **REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:**

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia mínima de 1 año, desempeñando funciones relacionadas a la Atención Integral de la Salud para el MINSA o para el sector privado.
Formación Académica	Título de Técnico de Nutrición, Gastronomía, Cocina o Afines con Resolución de la DREA
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	- Cursos y/o diplomados en temas de Salud y /o afines al servicio solicitado. - Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	- Habilidad Analítica - Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. - Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. - Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad - Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. - Ética y valores: solidaridad y honradez. - Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente - No tener impedimento para contratar con el Estado - Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. - Contar con seguro médico, SCTR

7. **ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:**

7.1 **ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:**

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Atención de dietas de los pacientes y personal de guardia	150	1	150	Relación de pacientes y personal atendido

Realización de procedimientos y/o actividades específicas de técnicos de nutrición en el Centro de Salud Alto Inclán	Según requerimiento	1	Según requerimiento	Informe de procedimientos y/o actividades realizadas
--	---------------------	---	---------------------	--

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura (01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 6.

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE NUTRICIÓN	3	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE NUTRICIÓN	2,500.00	2, 500.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto total/parcial}$$

$$\text{F x días total/parcial}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD ISLAY
.....
MC. Julissa Mabel Pinto Roldán
C.M.P. 37705
DIRECTORA EJECUTIVA

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO

DE TECNICO DE RADIOLOGIA

1. AREA USUARIA:

Centro de Salud Alto Inclán – Servicio de Radiología

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Contratación del Servicio de Técnico de Radiología

3. FINALIDAD PÚBLICA:

Contar con el recurso humano necesario como parte de la Operación y mantenimiento del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay, del Gobierno Regional de Arequipa.

4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

Contratar con Dos (2) servicios de Técnico de Radiología para el Centro de Salud Alto Inclán, del ámbito de la Red de Salud Islay.

5. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Específica de Gasto:23.29.11.

6. REQUISITOS MINIMOS DEL LOCADOR:

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia mínima de 1 año, desempeñando funciones relacionadas a la Atención Integral de la Salud para el MINSA, o en el sector privado.
Formación Académica	Título de Técnico de Radiología con Resolución de la DREA
Programas de especialización, Diplomados y/o cursos	- Cursos y/o diplomados en temas de Salud. - Cursos y/o diplomados relacionados al cargo - Conocimiento en computación básica y ofimática actualizada.
Competencias	- Habilidad Analítica - Capacidad de ajustarse a los lineamientos y políticas institucionales. - Disposición para trabajar en equipo y bajo presión. - Vocación de servicio, Actitud de servicio, Proactividad - Comunicación, Creatividad, Iniciativa, Liderazgo. - Ética y valores: solidaridad y honradez. - Habilidad para lograr cooperación y concretar resultados en el tiempo oportuno
Condiciones Adicionales	- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) Vigente - No tener impedimento para contratar con el Estado - Declaración jurada de no presentar antecedentes penales ni policiales. - Contar con seguro médico, SCTR

7. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL ENTREGABLE:

7.1 ACTIVIDADES POR DESARROLLAR:

ACTIVIDAD	PRODUCTO X ENTREGABLE	CANTIDAD DE ENTREGABLES	TOTAL	FUENTE DE VERIFICACION
Ejecutar labores asistenciales sencillas de atención a los pacientes en apoyo al profesional	250	1	250	Informe de actividades realizadas
Ejecutar labores técnicas de apoyo en la ejecución de diagnóstico por imágenes	100	1	100	Informe de actividades realizadas

Ejecutar procedimientos de diagnóstico por imágenes de menor complejidad	100	1	100	Informe de actividades realizadas
Participación en campañas de atención	A demanda	2	A demanda	Informe de actividades realizadas

8. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR:

Los entregables deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable, debidamente firmado, a través de la Jefatura(01 Original y 02 copias). Dichos entregables deberán contener:

- Informe de Entregable en cumplimiento de actividades.
- Copia de la Orden de Servicio suscrita con la Entidad
- Recibo de Honorarios
- Código de cuenta Interbancaria (CCI)
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría de corresponder

Los Entregables deberán ser presentados, culminado el plazo de ejecución del servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	CONTENIDO
UNICO ENTREGABLE	UN INFORME DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR PUNTO 7

9. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO:

9.1. LUGAR DEL SERVICIO:

EESS	SERVICIO	N° SERVICIOS	N° DE PRODUCTOS/ ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE RADIOLOGIA	2	1 POR CADA LOCADOR

9.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución será durante el mes de diciembre 2023, a partir de la suscripción de la orden servicio, de acuerdo al siguiente detalle:

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
UNICO ENTREGABLE	HASTA LOS 20 DÍAS CALENDARIO, CONTABILIZADOS DESDE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE SERVICIO.

10. FORMA Y/O CONDICIONES DE PAGO:

El pago se realizará por cada ENTREGABLE presentado y aprobado por el jefe de la Microred Alto Inclán.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

EESS	SERVICIO	MONTO POR ENTREGABLE	TOTAL, POR ENTREGABLES
Centro de Salud Alto Inclán	SERVICIO DE TECNICO DE RADIOLOGÍA	2,500.00	2, 500.00

11. LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

La conformidad del servicio será otorgada por el Área Usuaria, quien debe verificar, dependiendo de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

La Entidad deberá pagar las contraprestaciones pactadas a favor del proveedor dentro de los quince (15) días hábiles, siguientes a la conformidad.

12. PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto total/parcial}}{F \times \text{días total/parcial}}$$

F x días total/parcial

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

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

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

13. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

En caso de no cumplir con lo solicitado en el contrato al momento de la entrega y de negarse la conformidad, se realizará un informe por parte del área usuaria, donde figure el motivo de disconformidad el cual quedará como antecedente para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD ASLAY
.....
MC. Jussara Mabel Pinto Roldán
C.M.P. 17705
DIRECTORA EJECUTIVA