

TÉRMINOS DE REFERENCIA DE:

CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONAL DE LA SALUD PARA PROCESOS DE ANÁLISIS Y REPORTES Y OTROS REQUERIMIENTOS PARA LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

I. JUSTIFICACIÓN

Procesos de auditoría, requerimiento y control de Asistencia Técnica, Reuniones y Capacitaciones a Redes, Hospitales, Establecimientos de Salud y otras Entidades Públicas.

II. NATURALEZA DEL SERVICIO

a) Objetivos del Servicio

Contratación de Servicio Profesional de la Salud para evaluar las actividades técnicas y administrativas que garanticen el cumplimiento adecuado de los procesos y procedimientos prestacionales establecidos en los convenios con las IAFAS públicas.

b) Producto específico

- Solicita, recolecta, resume y analiza mensualmente las causas de rechazados u observaciones de las atenciones en procedimientos de control de la IAFAS pública, proponiendo estrategias de mejora en coordinación con las IPRESS.
- Analizar la información de las supervisiones realizadas por las IAFAS a la GERESA, Redes, Hospitales, identificando la problemática; así como, proponer soluciones a los mismos.
- Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones como resultado de las supervisiones PCPP realizadas por las IAFAS a la GERESA, Redes, Hospitales efectuadas.
- Realizar el análisis integral de cobertura de las atenciones a los asegurados en las IPRESS, en base del análisis de perfiles de atención y uso de servicio. Consulta externa, Hospitalización, Emergencia, Centro quirúrgico, Laboratorio, Farmacia, etc.
- Elaborar informes técnicos relacionados a las actividades encomendadas en forma mensual de:
 - Procesos de SOAT.
 - Referencias y Contrarreferencias.
 - Reporte de expedientes de traslados de emergencia.

c) Documentos a través de los cuales se presentan los productos

Informe	Fecha de Entrega de Informe
1er Informe	01 días de la fecha de la orden de servicio y primer entregable marzo.
2do Informe	Al 31 de marzo 2024
3er Informe	Al 30 de abril 2024
4to Informe	Al 31 de mayo 2024
5to Informe	Al 30 de junio 2024
6to Informe	Al 31 de julio 2024
7to Informe	Al 31 de agosto 2024



d) Periodo

El presente servicio rige desde la emisión del documento que autoriza el contrato de servicio, correspondiente los meses febrero hasta agosto del 2024, en la Dirección de Seguros, Referencias y Contrarreferencia.

III. PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

La presentación del servicio corresponde a un periodo de 07 meses, una vez recibida la orden de servicio.

La institución podrá prescindir de sus servicios por incumplimiento de los productos pactados.

IV. PRESUPUESTO ESTIMADO

El presupuesto estimado por los servicios prestados en el tiempo establecido asciende al importe de S/. 23,940.00 nuevos soles incluidos impuestos de Ley.

Con un pago de prestación mensual de S/. 3,420.00 nuevos soles por los 07 meses de servicio.

V. PERFIL REQUERIDO

- **Formación académica, grado académico y/o nivel de estudios**
 - Título de Profesional de la Salud en Médico, Enfermería, Obstetricia y Odontología.
 - Tener constancia vigente de habilidad profesional emitida por el Colegio Profesional correspondiente.
 - Estudios o Magister en Gerencia de Salud
- **Experiencia**
 - Haber realizado el SERUMS.
 - Conocimientos de Ofimática nivel intermedio.
 - Capacitación en Gestión Administrativa en Salud o en Gerencias de Servicios en Salud
- **Condición Especial**
 - Tener RUC Activo
 - Tener RNP
 - No tener impedimento para contratar con el estado.
 - No tener registro de antecedente penales
 - Contar con SCTR.

VI. MODALIDAD DE SERVICIO

Profesional de la Salud por 7 meses, según corresponda.

VII. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

- Centro de Costo : 0114 Dirección de Seguros, Referencia y Contrarreferencia
- Meta : 109
- Específica : 23.29.11 Locación de Servicios
- Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios

VIII. FORMA DE PAGO

Los pagos se efectuarán en 07 meses cada 30 días, según cuadro y según conformidad de servicio.

- 01 armada a los 30 días de la fecha de la orden de servicio y primer entregable.
- 02 armada a los 30 días del segundo entregable.
- 03 armada a los 30 días del tercer entregable.
- 04 armada a los 30 días del cuarto entregable.
- 05 armada a los 30 días del quinto entregable.
- 06 armada a los 30 días del sexto entregable.
- 07 armada a los 30 días del séptimo entregable.



Será pagado al profesional de la salud cada 30 días, por los siete meses establecidos anteriormente, previa presentación y validación del informe del producto realizado por cada armada.

IX. SUPERVISIÓN

La supervisión estará a cargo del responsable del Director de la Dirección de Seguros, Referencia y Contrarreferencia

X. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio estará a cargo del Director de la Oficina de Seguros de Referencia y Contrarreferencia de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

Para efectos del pago el profesional deberá presentar, mensualmente, los siguientes documentos:

- Recibo por Honorario Electrónico
- Suspensión de 4ta categoría 2024
- Carta de autorización CCI
- Copia de DNI
- Copia de Contrato
- Constancia de habilitación actualizada
- Constancia habilitada de RNP

El entregable debe ser presentado en dos juegos (original y copia) en la fecha indicada y debidamente visado por el encargado de la Dirección.

XI. CRONOGRAMA

ETAPAS	FECHA
Publicación de la Convocatoria visualizada en la página de la GERESA	26 de Enero 2024
Presentación de Propuesta Económica y Curriculum Vitae por Mesa de Partes de la GERESA con atención a Administración	29 al 30 de Enero 2024
Evaluación de Propuestas	30 de Enero 2024
Publicación y otorgamiento de la Buena Pro	31 de Enero 2024
Presentación e inicio de servicio	01 de Febrero 2024



XII. OTRAS PENALIDADES

INFRACCION	PENALIDAD
El contratista deberá presentar en un plazo no mayor a 01 día hábil de la fecha indicada, los documentos presentados en el punto 10. La penalidad será aplicada por cada día de retraso.	5% UIT
Por incumplimiento de la entrega del producto establecido en el presente TGR (por retiro anticipado). La penalidad se aplicará por cada día perdido.	5% UIT

XIII. CONSIDERACIONES ADICIONALES DEL SERVICIO

1. El/la locador de servicios realizará las actividades en estrecha articulación y coordinación con el Director de la Dirección de Seguros, Referencia y Contrarreferencia.
2. Es importante establecer que el/la locador del servicio no podrá utilizar la información para fines ajenos al servicio prestado, sin previa coordinación con el área usuaria.
3. El proveedor(a) asume por su propia cuenta y costo, el traslado, estadía, alimentación, seguros personales (de vida y/o complementario por trabajo de riesgo), trámites y cualquier otro aspecto o concepto vinculado con la ejecución del servicio.
4. En tal sentido, la GERESA - Arequipa no asume ninguna responsabilidad ni reconoce ningún gasto por los conceptos señalados en el párrafo anterior.
5. El proveedor deberá guardar reserva y confidencialidad de los asuntos e información que por efectos de la realización del servicio conozca y/o tenga acceso.

Arequipa, 24 de Enero de 2024

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION DE SEGUROS REF. Y CONTRAREF.

MED. NESTOR MONTE SINOS CCALLO
DIRECTOR DE SEGUROS REF. Y CONTRAREF.
C.M.P. 35877



ANEXO 01

DECLARACION JURADA PARA COMPRAS Y/O SERVICIOS MENORES A 8 UIT

Señores:

OFICINA DE ADMINISTRACION DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
AV. DE LA SALUD S/N
PRESENTE.-

DENOMINACION DE LA CONTRATACION DE: "SERVICIO PROFESIONAL DE LA SALUD"

Mediante la presente el/la suscrito/a:

identificado/a con DNI N° con N° de Colegiatura y

domiciliada en declara bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para contratar con el estado.
- iii. Mi información se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenida en la Ley de Contrataciones del estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del procedimiento Administrativo general.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las especificaciones técnicas y/o términos de referencia del objeto de contratación, según CIUD-SUNAT.
- vi. Comprometerse a mantener la oferta presentada, en caso de resultar favorecido con la buena Pro.

FIRMA

NOMBRES : _____
DNI : _____
RUC : _____
Correo electrónico : _____
Teléfono : _____
Fecha : _____

ANEXO 02

DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTO CON LOS TERMINOS DE REFERENCIA

Señoras:
OFICINA DE ADMINISTRACION
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
PRESENTE.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado los
Términos de referencia (TDR) proporcionadas por la Oficina de Logística, para el "Servicios de
Profesional de la Salud para Procesos de Auditorías y Otros Requerimientos para la
Dirección de Seguros de Referencia y Contrarreferencia". El suscrito(a)
..... con DNI N° declaro cumplir con
el plazo de entrega de las metas, sin presentar retiros anticipados en el transcurso del tiempo de
suscrita la Orden de Servicio.

Sin otro particular es propicio la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial
consideración y estima personal

Atentamente;

Arequipa, de del 2024.

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

DNI :
RUC :
Dirección :
Correo electrónico :
Teléfono :

ANEXO 03

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES
ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Morosos y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2019-JUS

Yo:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Identificado/a con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°

con domicilio en distrito de
..... provincia de
departamento de

En virtud a lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley N° 289701, que crea el Registro de Deudores Alimentarios – REDAM, concordante con el Artículo 12 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2019-JUS, y al amparo del Artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremos N° 004-2019-JUS, y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos.

DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY que al momento de suscribir el presente documento:

SI NO Estoy registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM

Arequipa, de del 2024.

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

DNI :

RUC :

Dirección :

Correo electrónico :

Teléfono :

