

## TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE ENFERMERAS

### 1. AREA USUARIA SOLICITANTE

HOSPITAL ALTO INCLAN MOLLENDON - RED SALUD ISLAY - GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

### 2. JUSTIFICACION DEL REQUERIMIENTO:

SE REQUERIERE LA CONTRATACIÓN DE DOS (2) LICENCIADAS EN ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL ALTO INCLAN MOLLENDON, PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA A LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, PARTICIPAR EN ATENCION DE SALUD EN ATENCIONES DE EMERGENCIA Y REFERENCIA DE PACIENTES SEGÚN CORRESPONDA.

### 3. FINALIDAD PÚBLICA:

GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD EN EL HOSPITAL ALTO INCLAN MOLLENDON, MEDIANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN, EN EL PRESENTE AÑO FISCAL 2025.

### 4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:

BRINDAR SERVICIOS PROFESIONALES CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCION Y CAPACIDAD RESOLUTIVA Y ASI, GARANTIZAR UNA ATENCION INTEGRAL, OPORTUNA Y DE CALIDAD EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINSA PARA EL HOSPITAL ALTO INCLAN MOLLENDON.

### 5. ACTIVIDADES A REALIZAR

| Nº | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | MONTO DE SERVICIO |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|-------------------|
|    | <b>LICENCIADA EN ENFERMERÍA</b><br><br><b>A. FUNCIONES DEL SERVICIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAR APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS A NIÑOS Y NIÑAS</li> <li>BRINDAR ATENCION DE ENFERMERIA CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE ATENCION Y NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD</li> <li>ACTIVIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO(CRED) PARA MENORES DE 11 AÑOS</li> <li>ACTIVIDADES DE PREVENCION Y PROMOCION DE SALUD Y CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑO Y NIÑA MENOR DE 2 AÑOS</li> <li>ATENCIONES INTEGRALES</li> <li>ACTIVIDADES DE PROMOCION Y EXTRAMURALES.</li> <li>PROCEDIMIENTOS EN TOPICO ADMINISTRAR TRATAMIENTOS MEDICOS, REALIZAR PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y ASISTIR EN URGENCIAS</li> <li>ATENCION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS, PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA, TRASLADO DE PACIENTE</li> <li>PARTICIPAR EN CAMPAÑA DE SALUD, VISITAS DOMICILIARIAS O BRIGADAS MOVILES SI SE REQUIERE</li> <li>CUMPLIR CON EL ROL DE TURNOS ROTATIVOS (MAÑANA, TARDE, NOCHE, FINES DE SEMANA Y FERIADOS)</li> <li>ACEPTAR DESPLAZAMIENTOS FUNCIONALES DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO O A ZONAS DE COBERTURA</li> <li>MANTENER LA DOCUMENTACION CLINICA ACTUALIZADA Y CORRECTA</li> <li>CUMPLIR 150 HORAS MENSUALES</li> <li>OTRAS ACTIVIDADES QUE EL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO ASIGNE.</li> </ul> | 02       | SERVICIO         | 32,000.00         |

**6. PERFIL MINIMO REQUERIDO****FORMACIÓN ACADÉMICA**

- GRADO /SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO: TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**OTROS:**

- ADJUNTAR COPIA DE LA HABILITACION VIGENTE
- ADJUNTAR COPIA DE LA RESOLUCION DE TÉRMINO DE SERUMS
- ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION RNP VIGENTE Y ACTUALIZADO
- ADJUNTAR COPIA DE LA FICHA RUC
- DECLARACIÓN JURADA PARA COMPRA Y/O SERVICIOS MENORES A 8 UITs.
- DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM
- DECLARACIONES JURADAS DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA
- DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO
- DECLARACION JURADA DE NO PERCIBIR DOBLE REMUNERACION DEL ESTADO

\*PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO EL CONTRATISTA DEBERA CONTAR CON EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO-SCTR VIGENTE. PRESENTAR UNA VEZ ADJUDICADA LA PLAZA

\*TODA DOCUMENTACION REQUERIDA A EXCEPCION DE LOS FORMATOS PROPORCIONADOS, SERA COPIA SIMPLE Y FOLIADA DE ATRÁS HACIA ADELANTE"

**EXPERIENCIA LABORAL:**

02 AÑO DE EXPERIENCIA GENERAL COMO ENFERMERA

SE CONSIDERARÁ LA EXPERIENCIA EN SECTOR PUBLICO Y/O PRIVADO, LA CUAL SERA ACREDITADA CON:

- CONTRATOS Y/O ORDENES DE SERVICIO CON SU RESPECTIVA CONFORMIDAD
- CONSTANCIA DE TRABAJO Y/O CERTIFICADOS DE TRABAJO

**LUGAR DE EJECUCIÓN DE SERVICIO**

EL SERVICIO SERA BRINDADO EN EL HOSPITAL ALTO INCLAN MOLLENDINO - RED DE SALUD ISLAY- GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA Y PODRA INCLUIR DESPLAZAMIENTOS A COMUNIDADES O INSTITUCIONES EDUCATIVAS, SEGÚN PROGRAMACION.

**8. PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

EL PLAZO DE LA PRESTACIÓN SERÁ DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIOS, CONTABILIZADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO.

**CONFORMIDAD DEL SERVICIO**

LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN, SERÁ EMITIDA POR EL ÁREA USUARIA CON V°B° DE LA DIRECCION DEL HOSPITAL DEL ALTO INCLAN MOLLENDINO Y DEL DIRECTOR DE LA RED DE SALUD ISLAY, EN UN PLAZO NO MAYOR DE SIETE (7) DÍAS CALENDARIO Y SUSCRITA, PREVIO REPORTE DE ACTIVIDADES, DE EXISTIR OBSERVACIONES, SERA NOTIFICADO EL CONTRATISTA, ESTABLECIENDO UN PLAZO PARA LA SUBSANACIÓN, EL CUAL NO PODRA SER MENOR DE DOS (2) NI MAYOR DE OCHO (8) DÍAS CALENDARIO, DEPENDIENDO LA COMPLEJIDAD.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO CONSTITUYE CAUSAL DE RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. LA ENTIDAD, POR DECISIÓN UNILATERAL, PODRÁ RESOLVER EL PRESENTE CONTRATO, SIN PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR NINGÚN CONCEPTO AL PROVEEDOR, A SIMPLE SOLICITUD DE LA ENTIDAD. PARA ELLO, LA ENTIDAD COMUNICARÁ POR ESCRITO AL DOMICILIO O CORREO ELECTRÓNICO DEL PROVEEDOR, SOBRE LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO.

**10. FORMA DE PAGO**

EL PAGO SE REALIZARÁ EN SOLES DE FORMA PARCIAL, PREVIA PRESENTACION DEL INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROVEEDOR

LOS EFECTOS DE PAGO DE LAS CONTRAPRESTACIONES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA, SE DEBERA CONTAR COMO MINIMO CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACION

- ✚ COPIA DE O/S
- ✚ CONFORMIDAD DE SERVICIO
- ✚ COMPROBANTE DE PAGO (RECIBO POR HONORARIOS)
- ✚ SUSPENSIÓN DE 4TA CATEGORIA DE CORRESPONDER
- ✚ INFORME DE ACTIVIDADES, QUE DEBERA CONTENER REPORTE DE REGISTRO HIS

DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

| NRO INFORMES    | MONTO A PAGAR<br>(POR LOCADOR) | PLAZO DE REALIZACIÓN                                                                       |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER INFORME  | S/ 4000.00                     | 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO  |
| SEGUNDO INFORME | S/ 4000.00                     | 60 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO  |
| TERCER INFORME  | S/ 4000.00                     | 90 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO  |
| CUARTO INFORME  | S/ 4000.00                     | 120 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO |

#### 11. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 81.3 DE LA LEY, EN CASO DE DISPUTAS ENTRE LA ENTIDAD Y EL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, LAS PARTES PACTAN LA CONCILIACIÓN COMO MECANISMO DE SOLUCIÓN DE LAS CONTROVERSIAS.

#### 12. RESOLUCION DE CONTRATO

CUALQUIERA DE LAS PARTES PUEDE RESOLVER; TOTAL O PARCIAL EL CONTRATO DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 68.1 DEL ARTÍCULO 68 DE LA LEY N° 32069, LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS. DE ENCONTRARSE EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO, LAS PARTES PROCEDEN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 122 DEL REGLAMENTO.

#### 13. PENALIDADES

EN CASO DE RETRASO INJUSTIFICADO DEL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES OBJETO DEL CONTRATO, LA ENTIDAD LE APLICA AUTOMÁTICAMENTE UNA PENALIDAD POR MORA POR CADA DÍA DE ATRASO QUE LE SEA IMPUTABLE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO.

#### 14. CLAUSULA ANTICORRUPCION Y ANTI SOBORNO

A LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO, EL CONTRATISTA DECLARA Y GARANTIZA NO HABER OFRECIDO, NEGOCIADO, PROMETIDO O EFECTUADO NINGÚN PAGO O ENTREGA DE CUALQUIER BENEFICIO O INCENTIVO ILEGAL, DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA, A LOS EVALUADORES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN O CUALQUIER SERVIDOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

ASIMISMO, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A MANTENER UNA CONDUCTA PROBA E ÍNTEGRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, Y DESPUÉS DE CULMINADO EL MISMO EN CASO EXISTAN CONTROVERSIAS PENDIENTES DE RESOLVER, LO QUE SUPONE ACTUAR CON PROBIDAD, SIN COMETER ACTOS ILÍCITOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE.

AUNADO A ELLO, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A ABSTENERSE DE OFRECER, NEGOCIAR, PROMETER O DAR REGALOS, CORTESÍAS, INVITACIONES, DONATIVOS O CUALQUIER BENEFICIO O INCENTIVO ILEGAL, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A FUNCIONARIOS PÚBLICOS, SERVIDORES PÚBLICOS, LOCADORES DE SERVICIOS O PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL ÁREA USUARIA, DE LA DEPENDENCIA ENCARGADA DE LA CONTRATACIÓN, ACTORES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN Y/O CUALQUIER SERVIDOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, CON LA FINALIDAD DE OBTENER

ALGUNA VENTAJA INDEBIDA O BENEFICIO ILÍCITO. EN ESA LÍNEA, SE OBLIGA A ADOPTAR LAS MEDIDAS TÉCNICAS, ORGANIZATIVAS Y/O DE PERSONAL NECESARIAS PARA ASEGURAR QUE NO SE PRACTIQUEN LOS ACTOS PREVIAMENTE SEÑALADOS.

ADICIONALMENTE, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DENUNCIAR OPORTUNAMENTE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES LOS ACTOS DE CORRUPCIÓN O DE INCONDUCTA FUNCIONAL DE LOS CUALES TUVIERA CONOCIMIENTO DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CON LA ENTIDAD CONTRATANTE.

TRATÁNDOSE DE UNA PERSONA JURÍDICA, LO ANTERIOR SE EXTIENDE A SUS ACCIONISTAS, PARTICIPACIONISTAS, INTEGRANTES DE LOS ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN, APODERADOS, REPRESENTANTES LEGALES, FUNCIONARIOS, ASESORES O CUALQUIER PERSONA VINCULADA A LA PERSONA JURÍDICA QUE REPRESENTA; COMPROMETIÉNDOSE A INFORMARLES SOBRE LOS ALCANCES DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

FINALMENTE, EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN ESTA CLÁUSULA, DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, OTORGA A LA ENTIDAD CONTRATANTE EL DERECHO DE RESOLVER TOTAL O PARCIALMENTE EL CONTRATO. CUANDO LO ANTERIOR SE PRODUZCA POR PARTE DE UN PROVEEDOR ADJUDICATARIO DE LOS CATÁLOGOS ELECTRÓNICOS DE ACUERDO MARCO, EL INCUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE CLÁUSULA CONLLEVARÁ QUE SEA EXCLUIDO DE LOS CATÁLOGOS ELECTRÓNICOS DE ACUERDO MARCO. EN NINGÚN CASO, DICHAS MEDIDAS IMPIDEN EL INICIO DE LAS ACCIONES CIVILES, PENALES Y ADMINISTRATIVAS A QUE HUBIERA LUGAR.

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

DR. HUGO ANDRÉS MENDOZA DAVILA  
CMP 27343 RNE 24750  
DIRECTOR EJECUTIVO

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

MC Mantza Vasquez Villafane  
CMP 90498  
COORD. DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES DANT