

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Contratación de Médico Gastroenterólogo para el Departamento de Medicina – HRDT	
2. FINALIDAD PÚBLICA	Fortalecimiento de la atención de pacientes con enfermedades gastrointestinales.	
3. ANTECEDENTES	<p>El HRDT, como establecimiento de Salud de III-1, es un centro de referencia para pacientes con patologías complejas que no pueden ser solucionadas en los niveles primario y secundario de atención.</p> <p>El Departamento de Medicina realiza atenciones médicas en consulta externa y hospitalización de pacientes complejos que son derivados de los establecimientos de nivel I y II.</p> <p>La atención de pacientes con enfermedades gastrointestinales se da en el Departamento de Medicina y en los Departamentos que lo requieran como Emergencia y Cuidados Críticos. Las atenciones no solo son diagnósticas, también se realizan procedimientos como video endoscopías digestivas altas y bajas diagnósticas y terapéuticas en pacientes hospitalizados de emergencia y ambulatorios. Además, se realizan atenciones por medio de interconsultas, consulta externa y visita médica en hospitalización. Actualmente el hospital tiene un (01) equipo de video endoscopia para la realización de endoscopías altas y bajas y duodeno endoscopías.</p>	
4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN	GENERAL	Realizar atención de pacientes con enfermedades gastrointestinales.
	ESPECÍFICO	Cumplir con responsabilidad y eficiencia las atenciones a su cargo y cumplir con otras funciones asignadas por la Jefatura.
5. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO		
<p><b>5.1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR:</b>  Contratar a (01) Locador de Servicio como Médico Gastroenterólogo para el Departamento de Medicina - HRDT que realizará atenciones médicas en hospitalización, consulta externa y realizará procedimientos endoscópicos altas y bajas y duodeno endoscopías.</p> <p><b>5.2. PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO</b>  a) Formación Académica:</p>		

- **Perfil mínimo:** Título de Médico Especialista en Gastroenterología / Habilitado por el Colegio Médico. Registro Nacional de Especialidad (RNE)
- b) **Experiencia General:** Experiencia mínima en actividades relacionadas a la carrera profesional de especialidad en gastroenterología de 6 meses en Instituciones Públicas y/o Privadas, (incluido el residentado médico).
- c) **Experiencia Específica:** Conocimientos y competencias para la realización de procedimientos video endoscópicos gastrointestinales; 6 meses en Instituciones Públicas y/o Privadas (incluido residentado médico).

### 5.3. ENTREGABLES

El profesional seleccionado tendrá que desarrollar las siguientes actividades:  
Informe de actividades realizadas del periodo correspondiente el mismo que será presentado en un máximo de 30 días recepcionada la orden de Servicios.

### ENTREGABLES PLAZO

PRIMERO	30 días después de notificada la orden de servicio.
---------	---

### 5.4 Medidas de Control durante ejecución contractual

- De acuerdo a los registros en hospitalización y consulta externa Ley del Trabajo Médico y Reglamento y el D.L. 1153 y Reglamento.

### 5.5 Formas de Pago:

El pago se realizará previa presentación del entregable, en la oficina de Logística – HRDT. Conforme el siguiente detalle:

1. Recibo por Honorarios Electrónicos y de ser el caso adjuntar constancia de Suspensión de renta de 4ta Categoría (formulario 1609 autorizado por SUNAT)
2. Informe de actividades desarrolladas según lo indicado en el numeral 5.3.
3. Conformidad de Servicio visado por jefe de Área.
4. Contar con Seguro de Salud y Registro Nacional de Proveedores (vigente).

### 5.6. Monto de Servicio

- Presentar formato de la Oferta de Servicios.

### 5.7. Lugar de Prestación

- **Departamento de Medicina** Hospital Regional Docente de Trujillo.

### 5.8. Normas antisoborno

En concordancia a lo establecido en el artículo 11 de la Ley de contrataciones del Estado, Ley N°30225, los artículos de su Reglamento.

### 5.9. Confidencialidad

Deberá cumplir con la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que se tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación.

## ANEXO Nº 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE			Sí		No
Correo electrónico :					

#### **Autorización de notificación por correo electrónico:**

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Notificación de la orden de servicios
3. Solicitud de subsanación a cumplimiento de Términos de Referencia.
4. Notificación de actuaciones que deriven de ejecución contractual.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de un (1) día hábil de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

## ANEXO Nº 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro 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 postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Que mi información (en caso que el postor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas 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. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- vi. Conocer, aceptar y someterme a las condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vii. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- viii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

### ANEXO Nº 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

**OFICINA DE LOGÍSTICA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado el requerimiento, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el requerimiento.

Con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen para efectuar la contratación, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO]

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**ANEXO Nº 4**

**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores  
**OFICINA DE LOGÍSTICA**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con el requerimiento, mi oferta es la siguiente:

<b>CONCEPTO</b>	<b>PRECIO TOTAL (S/)</b>
<b>TOTAL</b>	

**Tiempo de Garantía: .....Días Cal. Después de otorgada la conformidad.**

**Vigencia de la Oferta:.....Días Cal.**

**Forma de Pago: 05 días cal después de otorgada la conformidad por el usuario.**

El precio de la oferta en soles incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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