



LAKOU

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

<u>TÉRMINOS DE REFERENCIA</u>	
1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	CONTRATACIÓN DE UN LOCADOR DE SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL PARA EL AREA DE BIENESTAR SOCIAL
2. FINALIDAD PÚBLICA:	ATENDER Y TRAMITAR LOS SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD DE LOS TRABAJADORES POR PAGO DIRECTO EN ESSALUD
3. ANTECEDENTES:	<p>El HRDT, es un establecimiento de salud de Ili-1, que desarrolla actividades de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, y en las actuales circunstancias es un Hospital designado para la atención de pacientes con COVID-19;</p> <p>La ley N° 30112, en la cual señala el ejercicio profesional del/la Trabajador(a) Social se desarrolla en las siguientes especialidades: salud y salud mental, rehabilitación, bienestar de personal, terapia familiar, consejería familiar, entre otras.</p> <p>De acuerdo Resolución N° 914-GG-ESSALUD-2021 "Normas para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas de la Ley N° 26790", ante se ello se requiere la necesidad de contratar a una profesional en materia de tramitar los subsidios por enfermedad y maternidad de los trabajadores, debido a la modalidad de pago directo que maneja EsSalud para la recuperación de dinero por días de incapacidad.</p>
4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:	<p>GENERAL: Dar cumplimiento a la Resolución N° 914-GC-EsSalud 2021- Normas para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas</p>
	<p>ESPECIFICO: Tramitar los expedientes por subsidios de enfermedad y maternidad de los trabajadores para facilitar la recuperación del dinero por días de incapacidad.</p>
5. CANTIDAD: 01 (uno)	
6. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO	
<p>I. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR: Contratar a un (01) locador de servicios como Trabajadora Social para la gestión de trámites de Subsidios en EsSalud.</p> <p>ii. PERIODO DEL SERVICIO: El servicio se desarrollará en un plazo de, 50 días calendarios (con 2 entregables: 1°, 2°).</p> <p>III. PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:</p> <p>a) Formación Académico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grados de estudio. Titulo Profesional Universitario de Trabajadora Social, Colegiada y habilitada el cual se acreditará mediante copia simple. • Experiencia General: Experiencia mínima de cuatro (04) años en Bienestar Social acreditado con Certificado de Trabajo y/o Ordenes de Servicio y/o Contratos y/o cualquier otra documentación que acredite la información. • Especialización y/o Cursos y/o Diplomados en Trámites de EsSalud (Inscripciones, subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia, sepelio, entre otros), rectificación de datos, cambios de centros asistenciales, latencias. • Conocimiento de Gestión de Recursos Humanos • Conocimiento de Ofimática (nivel avanzado de preferencia) 	

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

- Acreditar con copia de Constancias, Certificados, Resoluciones o Contratos similares.

b) Experiencia Específica:

- Mínimo dos (02) años de experiencia en la Actividad Pública y/o privada como Trabajadora Social en hospitales del sector público (de preferencia) y/o empresas privadas (Acreditar con copia simple de contratos órdenes de servicio con su respectiva conformidad y/o comprobantes de pago con su constancia correspondiente y/o certificado de trabajo y/o cualquier otra documentación que acredite de manera fehaciente)
- Manejo avanzado de los programas de Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint).
- Elaboración de flyer y videos internos.
- Capacidad en la elaboración y redacción de informes técnicos.
- Buena comunicación oral.

c) Otros Requisitos:

- Experiencia desempeñando funciones similares
- Capacidad Analítica y organizativa
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Autocontrol, cooperación y empatía
- Ética y valores: Solidaridad y honradez.
- Presentar Carnet de Vacunación (3 dosis)
- No debe tener impedimentos para Contratar con el Estado, acreditarlo con Declaración Jurada
- No poseer Antecedentes Penales, Policiales, ni Judiciales, acreditarlo con Declaración Jurada.

d) Etapa de Convocatoria

- Publicación del TDR por Página Web del HRDT
- Evaluación de las propuestas.
- Entrevistas a los participantes que cumplan con los requisitos

IV. ALCANCES DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO:

4.1. PRODUCTOS:

A. PRIMER ENTREGABLE:

- N° de Ingreso de descansos médicos en el Sistema durante el mes
- N° de trámites gestionados en EsSalud (NITT)
- N° de trámites gestionados en EsSalud con fecha de pago
- N° de subsidiados mensual

B. SEGUNDO ENTREGABLE:

- N° de Ingreso de descansos médicos en el Sistema durante el mes
- N° de trámites gestionados en EsSalud (NITT)
- N° de trámites gestionados en EsSalud con fecha de pago
- N° de subsidiados mensual

4.2. OTRAS CONDICIONES:

El Profesional deberá contar con su:

- Dispositivo de comunicación móvil (telefonía móvil), acreditar con Declaración Jurada.
- Contar con Laptop, acreditar con Declaración Jurada.

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

V. PRODUCTOS Y PLAZOS:

PRIMER ENTREGABLE:

Informe de actividades realizadas, se aceptará la mitad de la producción establecida (4.1) a entregar hasta en un plazo máximo de 25 días notificada la Orden de Servicio.

PARA ENTREGAS SUCESIVAS:

Informe de actividades realizadas del periodo correspondiente, el mismo que será presentado en un máximo de 25 días notificada la Orden de Servicio.

VI. CONFIDENCIALIDAD:

Mantener en reserva la información de cada expediente de contratación bajo su cargo, debiendo lealtad a la Institución, bajo los principios de la Ley de Contrataciones del Estado en su accionar en el desarrollo de las actividades de la ejecución del servicio.

VII. FORMA DE PAGO Y PENALIDADES:

El monto del servicio en cada entregable incluirá los impuestos y contribuciones de Ley, a cancelar dentro de los (03) días posteriores a la entrega de la conformidad del servicio.

Dicho pago se realizará previa presentación de los entregables, en la Oficina de Logística del HRDT, conforme el siguiente detalle:

- a) Recibo por Honorarios Electrónico y de ser el caso adjuntar constancia de suspensión de renta de 4ta Categoría (formulario N° 1609 autorizado por SUNAT).
- b) Informe de actividades realizadas según entregables presentados (Literal V).
- c) Conformidad del Jefe de la Oficina de Personal.

VIII. HONORARIOS:

A oferta del postor.

IX. FORMA DE PAGO:

Abono a cuenta CCI, la cual se efectuará una vez presentado el entregable por el locador y previa conformidad por parte del área usuaria.

X. CONFORMIDAD

La conformidad del Servicio será otorgada por el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración, previo visto bueno de la Oficina de Personal.

XI. OTRAS CONSIDERACIONES ADICIONALES

La documentación que se genere durante la ejecución del servicio constituirá propiedad del Hospital Regional Docente de Trujillo y no podrá ser utilizada para fines distintos a los del servicio, sin consentimiento escrito de la Institución.

El CONTRATISTA podrá ser llamado en cualquier momento por el Hospital para informar o asesorar en asuntos concernientes al Informe Final presentado, en el caso de desenlace de un proceso de arbitraje o solución de controversias o cuando el Hospital lo requiera, incluso después del periodo de ejecución del servicio.

ANEXO N° 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 Nº 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 Nº 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 N° 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:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL (S/)
TOTAL	

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

Vigencia de la Oferta:.....Días Cal.

Forma de Pago: 03 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