

## TERMINOS DE REFERENCIA

<b>1.DENOMINACION DE LA CONTRATACION</b>	<b>CONTRATACION DE UN MÉDICO PSIQUIATRA PARA EL DPTO. DE SALUD MENTAL.</b>
<b>2.FINALIDAD PUBLICA</b>	Fortalecer la operatividad y la gestión institucional
<b>3.ANTECEDENTE</b>	El HRDT, como establecimiento de salud de nivel III-I que desarrolla de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de salud. Pr lo que el Departamento de Salud Mental del HRDT, inmersa en estas atenciones, requiere de personal para el manejo y gestión propias del Departamento.
<b>4.OBJETIVOS DE LA CONTRATACION</b>	<b>GENERAL:</b> Realizar atenciones a pacientes con problemas de salud mental.
	<b>ESPECIFICOS:</b> Cumplir con la responsabilidad y eficiencia las atenciones a su cargo, correcto registro y cumplir con otras funciones asignadas por la jefatura.
<b>5.CANTIDAD</b>	<b>(01) MÉDICO PSIQUIATRA</b>
<b>6.CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE LA EJECUCION DEL SERVICIO</b>	
<p><b>DESCRIPCION DEL SERVICIO A CONTRATAR:</b>            Contar con Médico psiquiatra en modalidad de Locación de servicios para el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo.</p> <p><b>PERIODO DEL SERVICIO:</b>            El servicio se desarrollará en un plazo de 90 días calendario (03 entregable)</p> <p><b>PERFIL DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO</b></p> <p><b>A. Formación Académica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perfil mínimo:</b> Título profesional de Médico psiquiatra/Habilitación profesional.</li> <li>• <b>Cursos y/o capacitaciones en:</b> Discapacidad, pensión de invalidez.</li> </ul> <p><b>B. Experiencia General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia mínima de 03 año en instituciones públicas incluidos 2 años en trabajo hospitalario.</li> </ul> <p><b>C. Experiencia Específica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia y conocimiento en normas vigentes sobre Salud Mental (sector público y privado)</li> </ul> <p><b>ALCANCES DEL SERVICIO</b>            El profesional seleccionado tendrá que desarrollar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar interconsultas médicas (16)</li> <li>- Realizar atenciones de consulta externa (30)</li> <li>- Realizar certificados de Discapacidad/Incapacidad (04)</li> <li>- Realizar turnos de visita Hospitalaria (08)</li> </ul> <p><b>MEDIDAS DE CONTROL DURANTE EJECUCION CONTRACTUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De acuerdo a los criterios del jefe del Departamento de Salud Mental, Respecto a los avances de los servicios y resultados requeridos en función a las áreas competentes.</li> </ul> <p><b>COFIDENCIALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener en reserva la información de cada expediente de trabajo bajo su cargo, debiéndole lealtad a la institución bajo los principios de la Ley de contrataciones del estado en su accionar en el desarrollo de las actividades de ejecución del servicio.</li> </ul> <p><b>PRODUCTOS Y PLAZOS:</b>            Después de notificada la orden de servicio.</p>	





- **1er. entregable:**  
Informe de actividades que se indican en la descripción de **ALCANCES DEL SERVICIO**
  
- **2do. entregable:**  
Informe de actividades que se indican en la descripción de **ALCANCES DEL SERVICIO**
  
- **3er. entregable:**  
Informe de actividades que se indican en la descripción de **ALCANCES DEL SERVICIO**

**FORMA DE PAGO:**

El monto del servicio en cada entregable incluirá 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 previo a la presentación del entregable, en la oficina de logística del HRDT conforme al siguiente detalle:

- Informe de actividades realizadas.
- Conformidad de actividades realizadas.
- Recibo por honorarios electrónico, de ser el caso adjuntar la constancia de suspensión de rentas de 4ta categoría. (Formulario 1609 autorizado por la SUNAT)
- Abono en cuenta CCI, la cual se efectuará una vez presentando el entregable por el locador y previa conformidad del área usuaria.

**HONORARIOS**

- Oferta del proveedor

**LUGAR DE PRESTACIÓN**

- Departamento de Salud Mental – HRDT

**TIEMPO DE PRESTACIÓN**

- 03 meses

**CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio estará a cargo del jefe del Departamento de Salud Mental del HRDT.

**PRESENTAR**

- Ficha de afiliación a seguro (SIS, ESSALUD, EPS, etc.)
- Registro Nacional de Proveedores (RNP)
- Habilitación RUC
- Solicitud simple de Autorización de abono en cuanta con N° de CCI del banco

