
VERSION PÚBLICA

“Estos documentos son una versión pública, en la cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa).

“También se han incorporado a los documentos las páginas escaneadas con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad.

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text "HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA" at the top, "NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR" around the inner edge, and "DIRECCION" at the bottom. In the center of the stamp is a logo with the letters "HS" and "HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA" below it.

Contratante: JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ RIVERA
Director del Hospital Nacional General de Neumología
y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE
NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"



CONTRATO NUMERO 326/2020
DE SERVICIOS PROFESIONALES
PLAN NACIONAL DE SALUD
DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES (AUXILIAR DE ENFERMERÍA)

Nosotros, JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ RIVERA, de cuarenta años de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número, y Número de Identificación Tributaria; actuando en mí carácter de Director y Representante Legal del **Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA**, de este domicilio, en adelante **"El Hospital" o "La institución Contratante"**, calidad que acredito con: Acuerdo número mil cuatrocientos setenta y tres de fecha dieciocho de agosto del año dos mil veinte, suscrito por el Titular del Ministerio de Salud, mediante el que fui nombrado como Director Médico Hospital Especializado a partir del primero de septiembre de dos mil veinte, y por otra parte **DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES**, mayor de edad , del domicilio de Rosario de Mora, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número y Número de Identificación Tributaria, en adelante **"El(La) Contratista" o "El (La) Profesional"**, y en cumplimiento a la Resolución Ministerial No. 201 de fecha 30 de agosto de 2019, suscrita por el titular del MINSAL, Resolución Número 02-2020 de fecha tres de enero de dos mil veinte, suscrita por la Dirección del Hospital; convenimos celebrar el siguiente **"Contrato de Servicios Profesionales"**, el cual estará sujeto a las cláusulas siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO. El (La) Contratista se obliga a proveer a la Institución Contratante, los SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el Centro Asistencial denominado HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR " DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA", bajo la modalidad de ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL POR TURNOS DE 12 HORAS, los cuales podrá realizar en días hábiles (lunes a viernes), fines de semana (sábados y domingos) y días de asueto o vacación, según el requerimiento del Centro Asistencial, de acuerdo a la programación de turnos realizadas. Queda convenido que dentro de cada mes, se deberá realizar entre un mínimo de cuatro y un máximo de ocho turnos, salvo

situaciones de caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobadas.

CLÁUSULA SEGUNDA: PLAZO. El plazo del presente contrato inicia el día primero de octubre de dos mil veinte y finalizará el día treinta y uno de diciembre del mismo año.

CLÁUSULA TERCERA: FUENTE DE FINANCIAMIENTO, FORMA Y TRÁMITE DE PAGO DE HONORARIOS. El Hospital pagará los servicios que preste el (la) contratista con recursos del Presupuesto Especial dos mil veinte, del Fondo General, con cargo a la Unidad Presupuestaria 02. Servicios Integrales en Salud; Línea de trabajo: 02. Atención Hospitalaria, Cifrado Presupuestario: 2020320530202211. Al (A la) contratista se pagará en concepto de Honorarios, la cantidad de **CINCUENTA Y SEIS DOLARES CON VEINTICINCO CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA (US\$ 56.25)** por cada turno de DOCE horas realizado, El pago se realizará de forma mensual por el total de turnos efectuados dentro de cada mes, a través de la Tesorería Institucional del Hospital, para ello el (la) contratista deberá presentar Factura Consumidor Final-Duplicado Cliente y el informe de actividades realizadas firmado por el jefe inmediato o coordinador a quien se reporta en el servicio, dicho informe deberá estar en armonía con lo dispuesto en la Cláusula IV. El Hospital retendrá de los honorarios el UNO POR CIENTO (1%) del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, y el DIEZ POR CIENTO (10%) del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL. El (La) contratista se obliga para con el Centro Asistencial a prestar sus servicios con las siguientes responsabilidades: a) Brindar la atención que los pacientes requieran de manera cordial y oportuna; b) Llenar los formularios de atención de acuerdo a los protocolos y normativa del Centro Asistencial; c) Llevar un control ordenado de los pacientes atendidos; d) Atender las indicaciones que recibiere de la persona responsable de coordinar los servicios que brinda; e) Elaborar los informes que se le requieran sobre los servicios brindados, f) No abandonar el servicio asignado sin el consentimiento y autorización previa de su respectivo(a) jefe o coordinador(a); g) No retirarse del establecimiento sin antes haber entregado el servicio o área de trabajo correspondiente a quien deba recibirle; h) Notificar al coordinador sobre las diligencias o procedimientos pendientes de realizar a los pacientes; i) Avisar con al menos 72 horas de anticipación, salvo excepciones debidamente justificadas, cuando se encuentre imposibilitado de cumplir sus turnos, y j) Cualquier otra actividad que sea necesaria de acuerdo a los protocolos de atención y servicios que brinda el Hospital, o que le sea requerida por el respectivo jefe o coordinador para la mejor

prestación del servicio.-

CLÁUSULA QUINTA: FORMA Y LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: El (La) contratista se obliga a prestar los servicios contratados en las Instalaciones del Centro Asistencial denominado HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR “ DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”, los días lunes a viernes, fines de semana y días de asueto o vacación, según programación de turnos del Centro Asistencial, en jornadas de doce horas, estableciendo el horario según las necesidades de la institución. Los horarios podrán variar cuando circunstancias imprevistas, urgentes o emergentes así lo demanden, en aras de garantizar la salud de la población.

CLAUSULA SEXTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN. Queda expresamente prohibido al contratista, traspasar o ceder a cualquier título los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato.

CLÁUSULA SEPTIMA: MODIFICACIÓN Y PRORROGA. De común acuerdo el presente contrato podrá ser modificado en cualquiera de sus cláusulas ó prorrogado en su plazo. Las prórrogas podrán ser por el mismo período o menor del establecido en la cláusula segunda, siempre que así lo autorice la Dirección del Hospital, previa aceptación del contratista e informe favorable de la persona responsable de verificar el cumplimiento del presente contrato. -

CLÁUSULA OCTAVA: EXTINCIÓN DEL CONTRATO. - El Hospital podrá dar por finalizado de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial el presente contrato, antes de la fecha de su vencimiento, cuando los servicios del contratista dejaren de ser satisfactorios, y cuando incumpla las obligaciones estipuladas en el presente contrato y normativa que rige los servicios del Centro Asistencial.

CLÁUSULA NOVENA: MODIFICACIÓN UNILATERAL. Queda convenido por ambas partes, que cuando surjan necesidades nuevas, causas imprevistas, emergentes, u otras circunstancias, la institución contratante podrá modificar de forma unilateral el presente contrato, emitiendo al efecto la resolución correspondiente, la cual formará parte integrante del presente instrumento.-

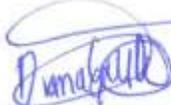
CLÁUSULA DECIMA: JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE. Ambos contratantes señalamos como domicilio especial, el de ésta ciudad a la jurisdicción de cuyos tribunales nos sometemos en caso de acción judicial.-

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: ADMINISTRADOR DE CONTRATO. La responsabilidad de verificar la buena marcha y el cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista será la **Licenciada Rosa Alba Cornejo de Olivar, Jefe de Unidad Hospitalaria en funciones, Lucha Planta Baja (UCI).**

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES. Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este contrato, serán válidas si son hechas por escrito a las siguientes direcciones El Hospital: Kilómetro ocho y medio, carretera a los Planes de Renderos, San Salvador; y El Contratista en:, correo electrónico najarrodiana1@gmail.com. Todo cambio en las direcciones indicadas deberá ser comunicado entre las partes en forma inmediata para los efectos legales correspondientes. En fe de lo cual firmamos el presente instrumento. En la ciudad de San Salvador, a los quince días del mes de octubre de dos mil veinte.



DR. JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ RIVERA
DIRECTORA HOSPITAL SALDAÑA
CONTRATANTE



DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
CONTRATISTA



En la ciudad de San Salvador, a las ocho horas con cincuenta minutos del día quince de octubre de dos mil veinte. Ante mí, PATRICIA AZUCENA GAETAN LÓPEZ, Notario, del domicilio de Rosario de Mora, comparece **JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ RIVERA**, de cuarenta años de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número, y Número de Identificación Tributaria; actuando en mí carácter de Director y Representante Legal del **Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “ DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”**, de este domicilio, en adelante **"El Hospital" o “La institución Contratante”**, cuya personería al final relacionaré, y por otra parte **DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES**, mayor de edad de edad, del domicilio de Rosario de Mora, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número cero cinco dos cinco

tres ocho ocho cinco-cinco y Número de Identificación Tributaria cero seis uno uno-dos nueve cero ocho nueve cinco -uno cero uno-dos, en adelante **"El(La) Contratista" o "El(La) Profesional"**, y **ME DICEN:** Que en cumplimiento al Acuerdo Número a la Resolución Ministerial No. 201 de fecha 30 de agosto de 2019, suscrita por el titular del MINSAL, y Resolución Número 02-2020 de fecha tres de enero de dos mil veinte, suscritas por el director del Hospital han celebrado un **"Contrato de Servicios Profesionales"**, cuyas cláusulas son del tenor literal siguiente: **I) OBJETO DEL CONTRATO:** El (La) Contratista se obliga a proveer a la Institución Contratante, los SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el Centro Asistencial denominado HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR " DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA", bajo la modalidad de ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL POR TURNOS DE 12 HORAS, los cuales podrá realizar en días hábiles (lunes a viernes), fines de semana (sábados y domingos) y días de asueto o vacación, según el requerimiento del Centro Asistencial, de acuerdo a la programación de turnos realizadas. Queda convenido que dentro de cada mes, se deberá realizar entre un mínimo de cuatro y un máximo de ocho turnos, salvo situaciones de caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobadas. **II) PLAZO:** El plazo del presente contrato inicia el día primero de octubre de dos mil veinte y finalizará el día treinta y uno de diciembre del mismo año. **III) FUENTE DE FINANCIAMIENTO, FORMA Y TRÁMITE DE PAGO DE HONORARIOS.** El Hospital pagará los servicios que preste el (la) contratista con recursos del Presupuesto Especial dos mil veinte, del Fondo General, con cargo a la Unidad Presupuestaria 02. Servicios Integrales en Salud; Línea de trabajo: 02. Atención Hospitalaria, Cifrado Presupuestario: 2020320530202211. Al (A la) contratista se pagará en concepto de Honorarios, la cantidad de **CINCUENTA Y SEIS DOLARES CON VEINTICINCO CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA (US\$ 56.25)** por cada turno de DOCE horas realizado, El pago se realizará de forma mensual por el total de turnos efectuados dentro de cada mes, a través de la Tesorería Institucional del Hospital, para ello el (la) contratista deberá presentar Factura Consumidor Final-Duplicado Cliente y el informe de actividades realizadas firmado por el jefe inmediato o coordinador a quien se reporta en el servicio, dicho informe deberá estar en armonía con lo dispuesto en la Cláusula IV. El Hospital retendrá de los honorarios el UNO POR CIENTO (1%) del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, y el DIEZ POR CIENTO (10%) del Impuesto sobre la Renta.**IV) OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL:** El (La) contratista se obliga para con el Centro Asistencial a prestar sus servicios con las siguientes responsabilidades: a) Brindar la atención que los pacientes requieran de manera cordial y oportuna; b) Llenar los formularios de atención de

acuerdo a los protocolos y normativa del Centro Asistencial; c) Llevar un control ordenado de los pacientes atendidos; d) Atender las indicaciones que recibiere de la persona responsable de coordinar los servicios que brinda; e) Elaborar los informes que se le requieran sobre los servicios brindados, f) No abandonar el servicio asignado sin el consentimiento y autorización previa de su respectivo(a) jefe o coordinador(a); g) No retirarse del establecimiento sin antes haber entregado el servicio o área de trabajo correspondiente a quien deba recibirle; h) Notificar al coordinador sobre las diligencias o procedimientos pendientes de realizar a los pacientes; i) Avisar con al menos 72 horas de anticipación, salvo excepciones debidamente justificadas, cuando se encuentre imposibilitado de cumplir sus turnos, y j) Cualquier otra actividad que sea necesaria de acuerdo a los protocolos de atención y servicios que brinda el Hospital, o que le sea requerida por el respectivo jefe o coordinador para la mejor prestación del servicio.- **V) FORMA Y LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** El (La) contratista se obliga a prestar los servicios contratados en las Instalaciones del Centro Asistencial denominado HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR “ DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”, los días lunes a viernes, fines de semana y días de asueto o vacación, según programación de turnos del Centro Asistencial, en jornadas de doce horas, estableciendo el horario según las necesidades de la institución. Los horarios podrán variar cuando circunstancias imprevistas, urgentes o emergentes así lo demanden, en aras de garantizar la salud de la población. **VI) PROHIBICIÓN DE CESIÓN:** Queda expresamente prohibido al contratista, traspasar o ceder a cualquier título los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato. **VII) MODIFICACIÓN Y PRORROGA:** De común acuerdo el presente contrato podrá ser modificado en cualquiera de sus cláusulas ó prorrogado en su plazo. Las prórrogas podrán ser por el mismo período o menor del establecido en la cláusula segunda, siempre que así lo autorice la Dirección del Hospital, previa aceptación del contratista e informe favorable de la persona responsable de verificar el cumplimiento del presente contrato.- **VIII) EXTINCIÓN DEL CONTRATO:-** El Hospital podrá dar por finalizado de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial el presente contrato, antes de la fecha de su vencimiento, cuando los servicios del contratista dejaren de ser satisfactorios, y cuando incumpla las obligaciones estipuladas en el presente contrato y normativa que rige los servicios del Centro Asistencial. **IX)MODIFICACIÓN UNILATERAL:** Queda convenido por ambas partes, que cuando surjan necesidades nuevas, causas imprevistas, emergentes, u otras circunstancias, la institución contratante podrá modificar de forma unilateral el presente contrato, emitiendo al efecto la resolución correspondiente, la cual formará parte integrante del presente instrumento.- **X) JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN**

APLICABLE:. Ambos contratantes señalamos como domicilio especial, el de ésta ciudad a la jurisdicción de cuyos tribunales nos sometemos en caso de acción judicial.-

XI) ADMINISTRADOR DE CONTRATO: La responsabilidad de verificar la buena marcha y el cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista será la Licenciada Rosa Alba Cornejo de Olivar, Jefe de Unidad Hospitalaria en funciones, Lucha Planta Baja (UCI). **XII)**

NOTIFICACIONES: Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este contrato, serán válidas si son hechas por escrito a las siguientes direcciones El Hospital: Kilómetro ocho y medio, carretera a los Planes de Renderos, San Salvador; y El Contratista en: Todo cambio en las direcciones indicadas deberá ser comunicado entre las partes en forma inmediata para los efectos legales correspondientes.”. - Yo el suscrito Notario DOY FE: a) Que dichas firmas son auténticas por haber sido puestas de sus puños y letras a mi presencia por los otorgantes, al pie del anterior documento, del cual reconocen los conceptos vertidos en el mismo. b) De ser legítima y suficiente la personería con que actúa el primero de los comparecientes, por haber tenido a la vista: El acuerdo numero mil cuatrocientos setenta y tres de fecha dieciocho de agosto de dos mil veinte, suscrito por el Titular del MINSAL mediante el que fue nombrado como Director Médico Hospital Especializado del **Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA** a partir del primero de septiembre de dos mil veinte. “*****”. Así se expresaron los comparecientes, a quienes expliqué los efectos legales de este instrumento que consta de CUATRO hojas útiles y leído que les fue por mí en un sólo acto sin interrupción, ratificaron su contenido y firmamos. -DOY FE.