

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el 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 N° 1 para la publicación de la información oficiosa).

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
CONTRATO No. 36/2019
FONDO GENERAL

PROCESO 55

**CONTRATO POR MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES
(MEDICO RESIDENTE I)**

NOSOTROS: MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES; de cuarenta y cuatro años de edad, Doctor en _____ del domicilio _____, Departamentc _____, portador de mi Documento Único de Identidad Numero _____ y Numero de Identificación Tributaria _____ actuando en nombre y representación del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, en mi carácter de Director Titular, según Acuerdo Ejecutivo número SEISCIENTOS TREINTA Y UNO, de fecha quince de agosto del año dos mil diecinueve; emitido por la Doctora Ana del Carmen Orellana Bendek en su calidad de Ministra de Salud, y sobre la base de lo dispuesto en los artículos seis inciso ultimo y sesenta y siete del Reglamento General de Hospitales, vigente, Artículo ochenta y tres de las Disposiciones Generales del Presupuesto y Artículo diecisiete de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, disposiciones legales que me conceden facultades para comparecer en actos como el presente y que en el transcurso de este instrumento me denominaré "EL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA, o simplemente el HOSPITAL" por una parte, y por la otra:, y por la otra **FLOR ESTEFANY MELGAR REYES,** de veintisiete años de edad, Doctora _____ del domicilio _____, Departamento _____, portadora de mi Documento Único de Identidad número _____ con Tarjeta de Identificación Tributaria número _____ y numero de Junta de Vigilancia de la Profesión Médica _____

que en lo sucesivo se denominará "LA CONTRATISTA", convenimos celebrar el presente contrato: I) **OBJETO DEL CONTRATO:** Convenimos en celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales para ejercer como "Medico Residente I" con las actividades siguientes: Realizar evaluación completa al ingreso de cada paciente asignado a su servicio y escribir una historia clínica; establecer plan de diagnostico y tratamiento siguiendo lo establecido en las guías terapéuticas; conocer el estado, evolución y resultado de los exámenes de laboratorio y gabinete y estar alerta a los cambios de la condición del paciente e informar al médico tratante o al Residente de mayor jerarquía; establecer una buena relación médico paciente, manteniéndolo a él y a su familia informado de toda evolución y pronóstico; responder oportunamente al llamado del personal médico o paramédico ante situaciones de emergencia en los pacientes ingresados en los servicios; gestionar prontamente las inter consultas indicadas a sus pacientes; registrar diariamente en el expediente clínico la evolución, planes terapéuticos, indicaciones y procedimientos diagnósticos necesarios, deberá incluir sello y firma de responsable; elaborar el resumen de alta de sus pacientes dentro de las veinticuatro horas después del egreso el cual debe ser avalado por el médico de staff; asistir regularmente a las sesiones clínicas y académicas

programadas; para visita con el agregado de planta y/o con el médico residente de segundo o tercer año, según estos lo consideren necesario y cumplir con las indicaciones que estos hagan; realizar procedimientos en el servicio bajo la instrucción y supervisión del agregado del servicio, docente del programa o por residentes o estudiantes de mayor jerarquía; velar porque los pacientes ingresados tengan sus indicaciones al día, notas de evolución diarias y exámenes de laboratorio y gabinete completos, o sugerir algunos que hagan falta; asumir los roles de primero o segundo ayudante cuando se trate de cirugías mayores, de ambulatoria o en algunos casos de cirugía mayor que requieran hospitalización; no abandonar el Hospital durante el día o el turno a menos que sea autorizado por su jefe inmediato y siempre que existan motivos justificados; realizar turnos asignados de acuerdo a la distribución establecida; colaborar con el médico residente de segundo y tercer año durante los turnos en el manejo de pacientes delicados. Tal servicio será prestado durante el plazo y forma establecida en el presente contrato, pudiendo la Institución contratante todas las gestiones de control en los aspectos material, técnicos, financiero, salvaguardar los intereses que persigue. **II) PRECIO Y FORMA DE PAGO:** El Sueldo Mensual por el servicio objeto del presente contrato asciende a la suma de **NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE DOLARES CON QUINCE CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA(\$ 969.15)**, el cual será pagado por el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima al final de mes, por medio de cheque. **III) MONTO TOTAL DEL CONTRATO:** El monto total del contrato asciende a la cantidad de **DOS MIL NOVECIENTOS SIETE DOLARES CON CUARENTA Y CINCO CENTAVOS DE DOLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$2,907.45)**, el cual será pagadero por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, al final del mismo, por medio de su recibo. Se le hará el descuento de ley. **IV) PLAZO:** El plazo del presente contrato será de **TRES MESES**, en el horario establecido en el plan anual administrativo, el cual inicia **uno de octubre al treinta y uno diciembre del año dos mil diecinueve**, en el horario establecido en el plan mensual de Servicio de Médicos Residentes. **V) LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Los servicios objetos del presente contrato serán prestados en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, según el plan de trabajo en el horario establecido por la jefatura del servicio. **VI) OBLIGACIONES DE LA INSTITUCION CONTRATANTE:** EL CONTRATANTE hace constar que el importe del presente contrato se hará con FONDO GENERAL, cifrado presupuestario 2019-3226-3-21-1-54501, **VII) CADUCIDAD:** EL CONTRATANTE podrá dar por finalizado el presente contrato antes de la fecha convenida con LA CONTRATISTA por el déficit de Fondos Financieros de la Institución o por el incumplimiento la CONTRATISTA en el desempeño de las actividades establecidas en el presente contrato, y para efectos de este último caso deberá el contratista cumplir con los controles de entrada y salida a sus labores. **VIII) MODIFICACIONES Y PRORROGA:** De común acuerdo o de forma unilateral, cuando el interés público lo hiciere necesario, sea por necesidades nuevas causas imprevistas u otras circunstancias, el presente contrato podrá ser modificado o prorrogado en su plazo de conformidad a la ley. En tales casos el contratante emitirá a correspondiente resolución, la cual se relacionará en el instrumento modificadorio. **IX) CONDICION ESPECIAL:** En virtud de la naturaleza del presente contrato, la contratista no gozará de los derechos que establecen las leyes tales como Seguro

Social, AFP, aguinaldos, bonos y otros beneficios establecidos en leyes similares; ni de los beneficios establecidos en la LEY DE SUETOS, LICENCIAS Y VACACIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS Y ADEMÁS LE SERÁ APLICABLE LO REGULADO EN LA LEY DEL SERVICIO CIVIL. No obstante, a lo anterior el contratista deberá cumplir con los deberes, prohibiciones y obligaciones establecidas en la Ley de Servicio Civil, Ley de Ética Gubernamental y otras normas legales afines. Las partes contratantes hemos convenido que el primero de nosotros tendrá facultad para dar por terminado este contrato por cualquier motivo legal, lo cual será notificado personalmente, con la debida anticipación. **X) DOMICILIO ESPECIAL.** Las partes contratantes hemos convenido que para efectos legales, señalamos como domicilio especial, el de esta ciudad a cuyos tribunales, nos sometemos. Así nos expresamos los comparecientes, quienes enterados y consientes de los términos y efectos legales del presente contrato, por convenir así a los intereses nuestros representados, ratificamos su contenido. En fe de lo cual firmamos este contrato de COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES. Santa Rosa de Lima, a los treinta días del mes de septiembre del año dos mil diecinueve.



[Handwritten signature of Marcelino Humberto Mejía Canales]

DR. MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES
EL CONTRATANTE

[Handwritten signature of Dra. Flor Estefany Melgar Reyes]

DRA. FLOR ESTEFANY MELGAR REYES
LA CONTRATISTA

Dra. Flor Estefany Melgar Reyes
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 1865

[Handwritten signature of Notary Saul Velásquez Umaña]



En la ciudad de Santa Rosa de Lima, a las ocho horas y cuarenta minutos del día treinta de septiembre del año dos mil diecinueve. Ante mí, **SAUL VELASQUEZ UMAÑA**, Notario, de este domicilio, comparece por una parte **MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES**; de cuarenta y cuatro años de edad, Doctor del domicilio Departamento portador de mi Documento Único de Identidad Numero y Numero de Identificación Tributaria actuando en nombre y representación del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, en mi carácter de Director Titular, según Acuerdo Ejecutivo número SEISCIENTOS TREINTA Y UNO, de fecha quince de agosto del año dos mil diecinueve; emitido por la Doctora Ana del Carmen Orellana Bendek en su calidad de Ministra de Salud, y sobre la base de lo dispuesto en los artículos seis inciso último y sesenta y siete del Reglamento General de Hospitales, vigente, Artículo ochenta y tres de las Disposiciones Generales del Presupuesto y Artículo diecisiete de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública,

disposiciones legales que me conceden facultades para comparecer en actos como el presente y que en el transcurso de este instrumento me denominaré "EL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA, o simplemente el HOSPITAL" y por la otra parte, y por la otra parte FLOR ESTEFANY MELGAR REYES, de veintisiete años de edad, Doctora del domicilio Departamento persona a quien conozco en razón de este acta e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número , con Tarjeta de Identificación Tributaria número de Junta de Vigilancia de la Profesión Médica ; actuando en su calidad personal y quien en el transcurso de este Instrumento se denominara "LA CONTRATISTA", y me presentan el documento que antecede, otorgado en esta ciudad, este mismo día y por medio del cual declaran los comparecientes que han celebrado un contrato de **SERVICIOS PROFESIONALES** manifestando los otorgantes, que por este medio reconocen todos los conceptos que contiene el documento anterior con todas las condiciones y obligaciones que en el referido documento se determinan, y **ME DICEN:** Que las firmas que aparecen en el anterior documento y que son ilegibles; son suyas, y como tal las reconocen como propias, así como también reconocen como propios los conceptos y obligaciones que contiene el referido documento. Por lo que yo EL NOTARIO, **DOY FE:** Que dichas firmas son **AUTÉNTICAS** por haber sido puestas ante mí presencia de sus puños y letras y que se leen en la forma antes dicha. Así se expresaron los comparecientes a quienes expliqué los efectos legales de esta acta Notarial que consta de un folio útil y leído que se lo hube en un solo acto sin interrupción, ratifican su contenido y firmamos

