

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
CONTRATO No. 033/2020

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

NOSOTROS: MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES, de cuarenta y cuatro años de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de Pasaquina, Departamento de La Unión, portador de mi Documento Único de Identidad Numero _____ y Numero de Identificación Tributaria

actuando en mi carácter de Director y Representante Legal del **Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión**, de este domicilio, en adelante "**El Hospital**" o "**La institución Contratante**", calidad que acredito con: 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 y sesenta y siete del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, 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 "EL HOSPITAL" por una parte, y por la otra y **ALEYDA MARIA SORTO DI-MAJO**, de veintiocho años de edad, Doctora en medicina, del domicilio de La Unión, departamento de La Unión, con Documento Único de Identidad número _____ y Tarjeta de Identificación Tributaria número

_____ / Numero de Vigilancia de la Profesión Médica numero

sucesivo se denominará "LA CONTRATISTA", convenimos celebrar el presente contrato conforme a las cláusulas que a continuación se especifican: **I) OBJETO DEL CONTRATO:** Convenimos en celebrar el presente contrato como "Médico Residente Becario 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 diagnóstico 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 prescrito; responder oportunamente al llamado del personal médico o paramédico ante situaciones de

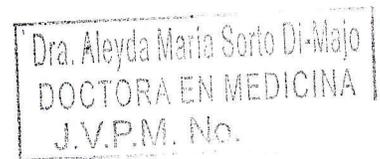
emergencia en los pacientes ingresados en los servicios; gestionar prontamente las interconsultas indicadas a sus pacientes; registrar diariamente en el expediente clínico la evolución, planes terapéuticos, indicaciones y procedimientos diagnósticos necesarios, deberá incluir sello y firma de responsable; 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; realizar procedimientos en el servicio bajo la instrucción y supervisión del agregado del servicio, 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 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) **MONTO TOTAL DEL CONTRATO:** El monto total del contrato asciende a la cantidad de **SETECIENTOS OCHENTA Y UN DOLARES CON CINCUENTA Y SIETE CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$781.57)**, III) **FORMA DE PAGO:** El pago de los honorarios se realizará a través de la Tesorería Institucional de Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, por medio de Cheque u otra forma idónea que el hospital disponga, en forma mensual, siendo el salario mensual novecientos sesenta y nueve dólares con quince centavos (\$969.15). Se le descontará a los empleados el 10% de Impuesto sobre la Renta. IV) **PLAZO:** El plazo del presente contrato será del siete al treinta y uno de julio del año dos mil veinte. 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 2020-3226-3-0202-21-1-54501, 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 de la CONTRATISTA en el desempeño de las actividades establecidas en el presente contrato, y para efectos de este último caso deberán cumplir con los controles de entrada y salida a sus labores. VIII) **MODIFICACIONES Y PRÓRROGA:** De común acuerdo o de

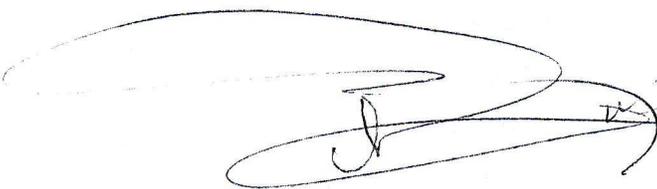
forma unilateral, cuando el interés público lo hiciera necesario, sea por necesidades nuevas causas imprevistas u otras circunstancias, el presente contrato podrá ser modificado o prorrogado en su plazo de conformidad a la ley. En tales casos el HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA emitirá a correspondiente resolución, la cual se relacionará en el instrumento modificatorio. **IX) CONDICIÓN ESPECIAL:** En virtud de la naturaleza del presente contrato, la contratista no gozará de los beneficios que establecen las leyes tales como Seguro Social, AFP, aguinaldos, y otros beneficios establecidos en leyes similares; ni de los beneficios establecidos en la LEY DE SUETOS, LICENCIAS Y VACACIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS. No obstante, a lo anterior la 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. Es convenido y sabido de las partes, que el Hospital carece de recursos financieros para brindar estos beneficios a favor de la parte contratista pero que se harán las gestiones necesarias a efecto de tener la autorización para el pago de las cotizaciones respectivas, por lo que por este medio la contratista exonera al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, y al suscrito Director ante cualquier hecho o incidente que se suscite en el ejercicio de las funciones a desarrollar. En fe de lo cual firmamos este contrato de COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES. En la ciudad de Santa Rosa de Lima, a los nueve días del mes de julio del año dos mil veinte.




DR. MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES
Director del Hospital


DRA. ALEYDA MARIA SORTO DI- MAJO
Contratista







En la ciudad de Santa Rosa de Lima, a las ocho horas del día nueve de julio del año dos mil veinte.- 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 en Medicina, del domicilio de Pasaquina, Departamento de La Unión, persona a quien conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad Numero

/ Numero de Identificación Tributaria

actuando en nombre y representación del

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima en su carácter de Director Titular, Personería que Doy fe de ser legítima y suficiente por haber tenido a la vista: 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 y sesenta y siete del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, Artículo diecisiete de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, disposiciones legales que le conceden facultades para comparecer en actos como el presente y que en el transcurso de este instrumento se denominara **"EL CONTRATANTE"**, y por la otra parte **ALEYDA MARIA SORTO DI-MAJO**, de veintiocho años de edad, Doctora en medicina, del domicilio de La Unión, departamento de La Unión, persona a quien conozco en razón de este acto e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número _____ y Tarjeta de Identificación Tributaria número _____

y Numero de Vigilancia de la Profesión Médica numero _____ 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 **AUTENTICAS** 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. **DOY FE.**

