

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. 35/2020
CONTRATO POR MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES (AUXILIAR DE FARMACIA)

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 Número _____ / Número 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 **JAQUELINE JAHAIRA CONTRERAS VENTURA**, de veintiséis años de edad, Estudiante, del domicilio de Anamoros, Departamento de La Unión, portadora de mi Documento Único de Identidad número _____ y Tarjeta de Identificación Tributaria número _____

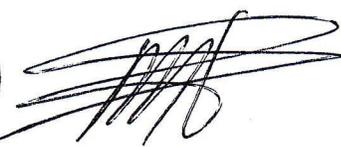
que en lo sucesivo se denominará "LA CONTRATISTA", convenimos celebrar el presente contrato: **I) OBJETO DEL CONTRATO:** Convenimos en celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales para ejercer como "Auxiliar de Farmacia" con las actividades siguientes: Recibir medicamentos en almacén, para ser llevado a la bodega de farmacia. Revisar medicamentos en bodega de farmacia comparando la cantidad recibida con la anotada en libros, para luego ser distribuidas en las diferentes Áreas de Farmacia. Llevar control de materia prima que se utiliza en el área de preparados magistrales. Recibir las requisiciones y/o recetas de medicamentos provenientes de los servicios, verificando su correcta autorización de acuerdo a normas establecidas, consultando a la jefatura inmediata, en caso de duda o casos especiales. Efectuar entregas de medicamentos a pacientes con base a recetas, previa orientación del uso y cuidados del mismo, elaborando y completando la etiqueta de despacho. Efectuar entrega de medicamentos de uso delicado como

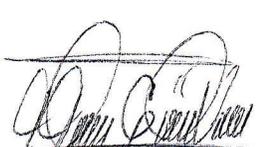
antirretrovirales, narcóticos y estupefacientes entre otros según norma. Realizar despachos de pedidos de medicamentos provenientes de los servicios de forma oportuna, para que los pacientes reciban su tratamiento a la hora y cantidad indicada. Verificar la caducidad de los medicamentos antes de ser despachados, para brindare seguridad al paciente que los consume. Efectuar notificaciones oportunas a la jefatura inmediata sobre casos de desabastecimientos de medicamentos en el área, para su pronta adquisición, así como también sobre los casos de demanda insatisfecha, a fin contribuir a que exista un adecuado stock de medicamentos en Farmacia. Controlar y mantener en buen estado los medicamentos para que estos no se deterioren por manejo inadecuado. Colaborar en la realización de inventario de forma semestral para el control adecuado de los medicamentos. Digitar en los diferentes programas o sistemas informáticos, las recetas o requisiciones de medicamentos despachados. Efectuar registro de sus actividades en libros y tabuladores correspondientes, para el adecuado control de medicamento. Clasificar diariamente las recetas dispensadas por servicio y número total para facilitar su control y efectuar el descargo de las mismas en el sistema establecido. Mantener limpio y ordenado el área de trabajo. Cumplir con otras funciones de su competencia que le sean asignadas por la jefatura inmediata. II) **PRECIO Y FORMA DE PAGO:** El Sueldo Mensual por el servicio objeto del presente contrato asciende a la suma de **TRESCIENTOS DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$300.00)**, el cual será pagado por el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima al final de mes, por medio de cheque, se le descontara un diez por ciento de renta, III) **MONTO TOTAL DEL CONTRATO:** El monto total del contrato asciende a la cantidad de **MIL DIECISEIS DOLARES CON TRECE CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$1,016.13)**, el cual será pagadero por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, al final del mismo, por medio de cheque u otro medio idóneo que estime el Hospital. Se le hará el descuento de ley. IV) **PLAZO:** El plazo del presente contrato, **inicia el veinte de julio y finaliza el treinta y uno de octubre del año dos mil veinte**, en el horario establecido en el plan mensual de Servicio de Farmacia. 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 **2020-3226-3-02-02-21-1-54399**, 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 deberá la contratista cumplir con los controles de entrada y salida de sus labores. VIII)



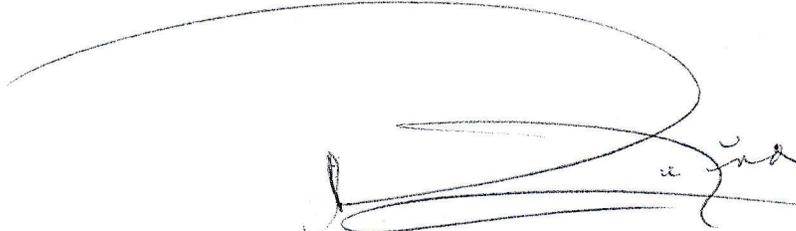
MODIFICACIONES Y PRORROGA: De común acuerdo o de forma unilateral, cuando el interés público lo hiciera necesario, sea por necesidades nuevas causas imprevistas u otras circunstancias, el presente contrato podrá ser modificado o prorrogado en su plazo de conformidad a la ley. En tales casos el contratante emitirá a correspondiente resolución, la cual se relacionará en el instrumento modificatorio. **IX) CONDICION 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, bonos y otros beneficios establecidos en leyes similares; ni de los beneficios establecidos en la LEY DE ASUETOS, 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, Ley de Adquisiciones y Contrataciones y otras normas afines. Las partes contratantes hemos convenido que el primero de nosotros tendrá facultad para dar por terminado este contrato cuando así lo necesite el nosocomio ó 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, ratificamos su contenido. En fe de lo cual firmamos este contrato de COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES. Santa Rosa de Lima, a los veinte días del mes de julio del año dos mil veinte.




Dr. Marcelino Humberto Mejia Canales
El contratante


Jaqueline Jahaira Contreras Ventura
La Contratista




En la ciudad de Santa Rosa de Lima, a las trece horas y quince minutos del día veinte 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 identifico por medio de su Documento Único de Identidad Numero

y 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 legitima 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 **JAQUELINE JAHAIRA CONTRERAS VENTURA**, de veintiséis años de edad, Estudiante, del domicilio de Anamoros, Departamento de La Unión, persona a quien conozco en razón de este acto e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número _____ y Tarjeta de Identificación Tributaria número _____

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 dos folios útiles y leído que se lo hube en un solo acto sin interrupción, ratifican su contenido y firmamos. **DOY FE.**

