

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. 027/2020

**CONTRATO POR MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES
(AUXILIAR DE SERVICIOS)**

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 mí 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**", por una parte, y por la otra la señora **DINA ARACELY SALVADOR SALVADOR**, de veintiséis años de edad, de oficios domésticos, del domicilio de Santa Rosa De Lima, departamento de La Unión, con Documento Único de Identidad número _____ y Numero de Identificación Tributaria _____ que en lo

sucesivo se denominará "**EL CONTRATISTA**", convenimos celebrar el presente contrato: **I) OBJETO DEL CONTRATO:** Convenimos en celebrar el presente contrato como "Auxiliar de Servicio" con las actividades siguientes: Hacer limpieza y aseo del área, mobiliario, accesorios y utensilios bajo su responsabilidad; Recoger ropa sucia y trasladarla a la lavandería; Llevar pedidos al almacén o a los diferentes servicios asignados; Limpiar y desinfectar sillas de ruedas, carros, mesas de noche y camas para pacientes; Lavar y llevar depósitos de basura en el depósito correspondiente; Lavar los depósitos de basura y colocarlos en su respectivo lugar; Lavar los baños, lavamanos, servicios sanitarios según procedimiento establecido y con su respectivo equipo de protección; Hacer limpieza general inmediata cuando los médicos hayan terminado sus curaciones al paciente, en áreas críticas o consultorios; Recoger y dejar bacines, orinales patos completamente limpios y ordenados; Mantener en el lugar asignado sillas de ruedas y carros de traslado de pacientes; Retirar de los servicios médicos informes del estado de pacientes y llevarlos al Departamento de Información; Colaborar con las enfermeras en el

ingreso y egreso de pacientes; Realizar otras tareas que le encomiende el jefe inmediato relacionado con el servicio. 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 **TRESCIENTOS DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$300)**, 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 **UN MIL QUINIENTOS DOLARES LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$1,500)**, el cual será pagadero por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, al final del mismo, por medio de cheque. **IV) PLAZO:** El plazo del presente contrato será del uno al treinta y uno de mayo del año dos mil veinte, en el horario establecido en el plan anual administrativo. **V) LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Los servicios objetos del presente contrato serán prestados en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, en el horario establecido en el plan administrativo de Auxiliares de Servicios del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, y cuando sea necesario realizar diligencias a otras Instituciones tendrá derecho a transporte según tarifa establecida. **VI) OBLIGACIONES DE LA INSTITUCION CONTRATANTE:** EL CONTRATANTE hace constar que el importe del presente contrato se hará con FONDO GENERAL, cifrado presupuestario 2020-3226-3-0202-21-1-54399. **VII) CADUCIDAD:** EL CONTRATANTE podrá dar por finalizado el presente contrato antes de la fecha convenida con EL CONTRATISTA por el déficit de Fondos Financieros de la Institución o por el incumplimiento del 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 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 modificadorio. **IX) MODIFICACION UNILATERAL:** Queda convenido por ambas partes que cuando el interés público lo hiciere necesario, sea por necesidades nuevas causas imprevistas u otras circunstancias, El Contratante podrá modificar de forma unilateral el presente contrato, emitiendo al efecto la resolución correspondiente, la que formará parte integrante del presente contrato se entiende que no será modificable de forma sustancial el objeto del mismo, que en caso que se altere el equilibrio financiero del presente contrato en detrimento del contratista, este tendrá derecho a un ajuste de precios y en general que toda modificación será enmarcada dentro de los parámetros de la razonabilidad y buena fe. **X) CONDICIÓN ESPECIAL,** En virtud de la naturaleza del presente contrato, el 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 SUETOS, LICENCIAS Y VACACIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS Y ADEMÁS LE SERÁ APLICABLE

ASUETOS, 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 la contratista deberá cumplir con los deberes, prohibiciones y obligaciones establecidas en la Ley de Servicio Civil, Ley de Ética Gubernamental, Ley Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento, Reglamento General de Hospitales, y otras leyes 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. **XI) 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 el presente contrato en la ciudad de Santa Rosa de Lima, a los veintitrés días del mes de julio del dos mil veinte.



Dr. Marcelino Humberto Mejia Canales

HOSPITAL

Dina Aracely Salvador Salvador

CONTRATISTA



En la ciudad de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, a las doce horas del día veintitrés 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 me denominaré "EL HOSPITAL, por una parte, y por la otra la **DINA ARACELY SALVADOR SALVADOR**, de veintiséis años de edad, de oficios domésticos, del domicilio de Santa Rosa De Lima, departamento de La Unión, persona a quien conozco en razón de este acto e identifico por medio su Documento Único de Identidad número y Numero de Identificación Tributaria

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.**

