

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. 001/2023

CONTRATO POR MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES

MÉDICO ESPECIALISTA I (Pediatra)

NOSOTROS: **MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES**, de cuarenta y ocho años de edad, xxxxxxxxxxxxxxxx, del domicilio de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portador de mi Documento Único de Identidad y Número de Identificación Tributaria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx; 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 NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA" o simplemente el "EL HOSPITAL" por una parte, y por la otra: **NORMA ESTELA GOMEZ RODRIGUEZ**, de cuarenta y nueve años de edad, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, del domicilio de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con Documento Único de Identidad y Numero de Identificación Tributaria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, y con Numero de la Junta de Vigilancia de la Profesión xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx; Convenimos celebrar el presente contrato conforme a las cláusulas que a continuación se especifican: 1) OBJETO DEL CONTRATO: Convenimos en celebrar el presente contrato como "Médico Especialista I", bajo la modalidad de ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL POR TURNOS DE DOCE HORAS, los cuales podrán realizar en días hábiles (lunes a viernes), fines de semana (sábados y domingos) y días de asueto o vacación, según el requerimiento del Hospital, de acuerdo a la programación de turnos realizadas. Queda convenido que dentro de cada mes, se deberá realizar OCHO TURNOS, de doce horas, salvo situaciones de caso fortuito o fuerza mayores debidamente comprobadas. Y el segundo recurso según el plan de trabajo en el horario establecido por la jefatura del servicio. Con las actividades siguientes: Brindar a cada usuario la atención médica continuada de la más alta calidad. Estar en el salón de operaciones listos para comenzar las intervenciones a la hora señalada. Cumplir lo establecido en la normativa

nacional de atención y en el Manual de Organización y de Procedimientos del Servicio o Departamento. Revisar que la historia clínica de los pacientes sea completa y de calidad, con letra clara y legible; en las primeras horas del ingreso del paciente (en los usuarios graves y en las emergencias quirúrgicas) deberá realizarse sin menoscabo de la atención o estabilización del usuario dejando constancia de su participación a través de su firma y sello personal. Interrogar y examinar a los pacientes ingresados en Consulta Externa o en Urgencia y Emergencia, revisando con posterioridad la historia clínica escrita por el Estudiante de medicina en internado rotatorio, Médico residente u otro médico según corresponda. Asentar directamente en la historia clínica y en el reporte operatorio todas las operaciones efectuadas y las incidencias ocurridas durante el acto quirúrgico certificado por su firma y sello personal. Efectuar a cada usuario una valoración diagnóstica de los problemas clínicos que detecte, utilizando el método clínico (en cada usuario individualmente), evitando la indicación de exámenes innecesarios. Pasar visita diariamente a todos y cada uno de los pacientes a su cuidado, tomando las medidas diagnósticas y terapéuticas o indicando por escrito las que se deriven del proceso evolutivo de cada uno de ellos. Participar en la visita médica a los enfermos hospitalizados de forma conjunta con el Jefe de Servicio. Prescribir los medicamentos previstos en el cuadro básico local y cuando sea imprescindible un medicamento que no esté en el cuadro básico tramitarlo personalmente con sus superiores, afín de realizar las gestiones con carácter institucional. Discutir en colectivo todos aquellos casos de diagnóstico dudoso, tanto desde el punto diagnóstico como terapéutico, urgentes y electivos, así como las indicaciones de intervenciones quirúrgicas electivas y urgentes siempre que sea posible, con el fin de lograr consenso sobre la conducta a seguir con los mismos. Informar al usuario y a sus familiares sobre los riesgos inherentes a los Procedimientos a realizar y obtener su consentimiento firmado. Informar regularmente al usuario y a sus familiares de su estado de salud y de las medidas diagnósticas y terapéuticas que se imponen o aconsejan en su caso, siguiendo los principios de ética médica. Efectuar el alta de cada usuario informando a éste o en su defecto a los familiares o acompañantes sobre los problemas de salud que se han detectado, las condiciones de salud en que el usuario queda, dejando registro en el expediente en forma explícita y con letra legible de las prescripciones a cumplir y las visitas posteriores a realizar ya sean en la consulta externa, en el Ecos Familiar o Ecos Especializado respectivo. Firmar hoja de egreso y escribir resultados en la hoja para la contra referencia o retorno al Médico coordinador de equipo comunitario de salud familiar. Procurar la realización de la necropsia de su enfermo fallecido; en caso de negativa consultar a las autoridades administrativas correspondientes (jefe inmediato superior). Las necropsias serán realizadas por el patólogo del Hospital a excepción de las médico-legales. Participar en las reuniones

científicas, docentes y técnico administrativas del hospital, así como en las correspondientes al servicio o departamento al cual pertenece. Participar en las actividades de los comités hospitalarios a fin de contribuir con su ayuda a evaluar la marcha y calidad de la atención médica que el hospital brinda a sus usuarios. Participar en la atención médica que se brinda en los servicios de emergencias y ambulatorios de acuerdo con las asignaciones de horas establecidas y las necesidades médicas de la institución. Realizar el llenado correcto y oportuno de todos los documentos médico-legales relacionados con la asistencia médica. Participar del proceso docente-educativo en la formación de médicos residentes y alumnos según las normas establecidas. Ser responsable de la atención integral de los usuarios bajo su cuidado, en este sentido responderá por esta atención, por lo que está facultado para solicitar a otros una actuación rápida y efectiva al ser ínter consultado. Participar en la actividad investigativa de su servicio o departamento cumpliendo lo establecido para aplicación de principios éticos en las investigaciones. Exigir el cumplimiento de trabajo al personal subordinado, exigiendo disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas. Cumplir con las normas, reglamentos, protocolos y/o procedimientos institucionales establecidos. Llevar el registro oportuno de las actividades realizadas haciendo uso de los formularios correspondientes y presentar informes con oportunidad cuando le sean solicitados. 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) PLAZO. El plazo del presente contrato será de **DOS MESES**, iniciando el **uno de enero y finalizará el día veintiocho de febrero de dos mil veintitrés**. III) FUENTE DE FINANCIAMIENTO, FORMA Y TRÁMITE DE PAGO DE HONORARIOS. El Hospital pagará los servicios que prestan la contratista con recursos del Presupuesto del dos mil veintitrés, de Fondo General, con cargo al Cifrado Presupuestario: 2023-3226-3-0202-21-1-54501. Se le pagará en concepto de Honorarios, la cantidad base mensual de **UN MIL DOSCIENTOS ONCE DOLARES CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (\$1211.43)**. Por ocho turnos al mes de DOCE HORAS realizado. El pago se realizará de forma mensual, a través de la Tesorería Institucional del Hospital con abono a cuenta o cheque, previa presentación de factura por los servicios prestados al hospital. El Hospital retendrá de los honorarios el DIEZ POR CIENTO (10%) del Impuesto sobre la Renta y demás impuesto de ley si fuere el caso. IV) OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL. La contratista se obliga para con el hospital 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 les sea requerida por el respectivo jefe o coordinador para la mejor prestación del servicio.- V) FORMA Y LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: La contratista se obliga a prestar los servicios contratados en las Instalaciones del Centro Asistencial denominado Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, los días lunes a viernes, fines de semana y días de asueto o vacación, según programación de turnos del Centro Asistencial, en jornadas de ocho y 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 períodos igual o menor del pactado, siempre que así lo autorice la Dirección del Hospital, previa aceptación de las contratistas 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 de la contratista dejare de ser satisfactorios, y cuando incumplan las obligaciones estipuladas en el presente contrato y normativa que rige los servicios del Hospital. 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. Se aplicará la Ley de Servicio Civil y demás leyes aplicable sobre la materia. Ambos contratantes señalamos como domicilio especial, el de ésta ciudad a la jurisdicción de cuyos tribunales nos sometemos en caso de acción judicial.- XI) ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO. La responsabilidad de verificar la buena marcha y el cumplimiento de las obligaciones

contractuales del contratista, será la Jefatura de Departamento de Pediatría del Hospital. 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: salida a San Miguel, Barrio La Esperanza, Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión; y Los Contratista en la misma dirección del Hospital. 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 este contrato de COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES. En la ciudad de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, a los tres días del mes de enero del año dos mil veintitrés.

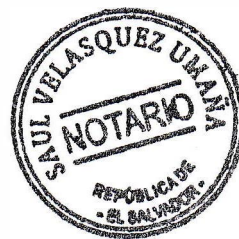
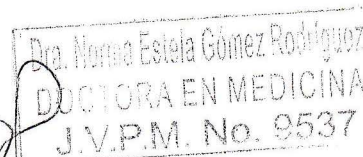
DR. MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES

Director del Hospital



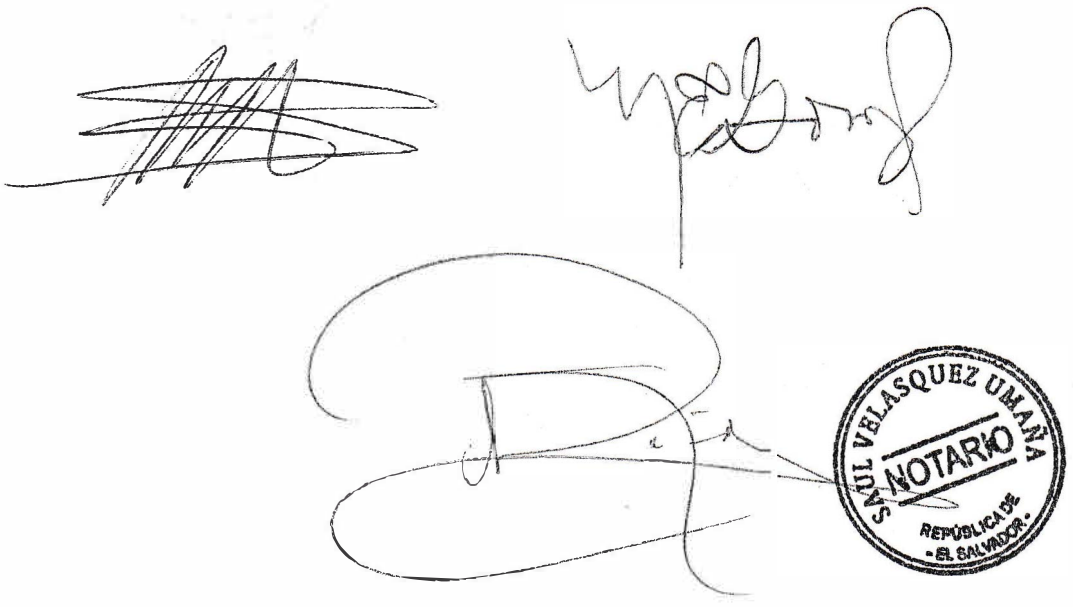
DRA. NORMA ESTELA GOMEZ RODRIGUEZ

Contratista



En la ciudad de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, a las siete horas del día tres de enero del año dos mil veintitrés. Ante mí, **SAUL VELASQUEZ UMAÑA**, Notario, de este domicilio, comparece por una parte **MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES**, de cuarenta y ocho años de edad, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, del domicilio de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, persona a quien conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad y Número de Identificación Tributaria XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, 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 HOSPITAL", y por la otra parte **NORMA ESTELA GOMEZ RODRIGUEZ**, de cuarenta y nueve años de edad, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, del domicilio de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, persona a quien conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad y Número de Identificación Tributaria XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, y con Numero de la Junta de Vigilancia de la Profesión XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX; 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 tres folios útiles y leído que se lo hube en un solo acto sin interrupción, ratifican su contenido y firmamos. DOY FE.



The image shows three handwritten signatures in black ink. The top-left signature is a scribble of several horizontal lines. The top-right signature is a cursive name, likely 'Norma Estela Gomez Rodriguez'. The bottom signature is a large, stylized cursive signature. To the right of the bottom signature is a circular notary seal. The seal contains the text: 'SANTO VELASQUEZ UMANA', 'NOTARIO', and 'REPUBLICA DE EL SALVADOR'.