



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.



**BASES PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAS
NATURALES Y/O JURIDICAS POR ASOCIACIÓN EN
PARTICIPACIÓN**

PROCESO DE SELECCIÓN

AP N° 03-2022-HMLO/ULCP

**CONTRATACIÓN POR ASOCIACION EN
PARTICIPACION**

**CONVOCATORIA PÚBLICA DE PERSONAS NATURALES
Y/O JURIDICAS DE ASOCIACIÓN EN PARTICIPACIÓN
PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD,
MÉDICOS DE APOYO, COMPLEMENTARIOS Y OTROS
EN EL HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS**



PROCESO DE SELECCIÓN AP N° 03-2022-HMLO/ULCP

CONVOCATORIA PÚBLICA DE PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS DE ASOCIACIÓN EN PARTICIPACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MÉDICOS DE APOYO, COMPLEMENTARIOS Y OTROS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

Contratar personas naturales y/o jurídicas bajo la modalidad de asociación en participación para los treinta y un (31) servicios de salud en el Hospital Municipal Los Olivos, en virtud a lo establecido en la DIRECTIVA N°002-2022-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos", según el siguiente cuadro:

N° de Ítem	Especialidad	N° de Ítem	Especialidad
1	Anestesiología	17	Neumología
2	Cardiología	18	Neurocirugía
3	Cirugía Cardiovascular	19	Neurología
4	Cirugía de Cabeza y Cuello	20	Nutrición
5	Cirugía General	21	Oftalmología
6	Cirugía Pediátrica	22	Otorrinolaringología
7	Cirugía Plástica	23	Pediatría
8	Dermatología, Dermoestética y Podología	24	Psicología
9	Endocrinología	25	Psiquiatría
10	Gastroenterología	26	Radiología, Tomografía, Mamografía y Ecografía
11	Geriatría	27	Reumatología y Densitometría ósea
12	Ginecología y Obstetricia y Ecografía Ginecológica	28	Traumatología Y Ortopedia
13	Hematología	29	Urología
14	Medicina Física y Rehabilitación, Terapia de Lenguaje y Terapia Física	30	Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica y Banco de Sangre
15	Medicina Interna y Medicina General	31	Carnet de Sanidad
16	Nefrología		

1.2. BASE LEGAL

Ley N° 26887, Ley General de Sociedades.

Ordenanza Municipal Los Olivos N° 127-CDLO y sus modificatorias, a través de la cual se crea el Hospital Municipal los Olivos y emite su Estatuto.

Resolución Directoral N°204-2021/HMLO, que aprueba LA DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos".

CAPÍTULO II: ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE SELECCIÓN N° 03-2022		
ETAPA	CRONOGRAMA	LUGAR
PUBLICACIÓN DE CONVOCATORIA Y BASES	06/06/2022	PORTAL WEB DEL HMLO





REGISTRO DE PARTICIPANTES	Del 07/06/2022 al 11/06/2022	CORREO: hmlo.procesos@hospitalmunilosolivos.gob.pe
FORMULACION DE CONSULTAS	07/06/2022	CORREO: hmlo.procesos@hospitalmunilosolivos.gob.pe
ABSOLUCION DE CONSULTAS	08/06/2022	PORTAL WEB DEL HMLO (de corresponder)
INTEGRACION DE BASES	09/06/2022	PORTAL WEB DEL HMLO (de corresponder)
PRESENTACION DE PROPUESTAS (físico)	10/06/2022 De 8:00 – 17:00 horas 11/06/2022 De 8:00 – 13:00 horas	Mesa de partes del HMLO, sito en av. Naranjal 318 Los Olivos – Lima – Lima.
APERTURA DE SOBRES Y EVALUACION DE PROPUESTAS	13/06/2022 AL 15/06/2022	PORTAL WEB DEL HMLO
PUBLICACIÓN DEL RESULTADO FINAL	15/06/2022	PORTAL WEB DEL HMLO

2.1. PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA

La publicación de la convocatoria se efectúa conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.1 de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos" y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases.

2.2. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes es gratuito y se realiza conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.2 de LA DIRECTIVA y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases, mediante la emisión del correo electrónico, por parte de los participantes, al correo institucional siguiente: hmlo.procesos@hospitalmunilosolivos.gob.pe en horario ininterrumpido durante las fechas señaladas en el cronograma, adjuntando: el ANEXOS 03 SOLICITUD DE REGISTRO EN EL CONCURSO y ANEXO 7 FICHA DE REGISTRO DE PARTICIPANTE, de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos".

2.3. FORMULACION Y ABSOLUCION DE CONSULTAS

La formulación de consultas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.3. de LA DIRECTIVA y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases, mediante la emisión del correo electrónico, por parte de los participantes, al correo institucional siguiente: hmlo.procesos@hospitalmunilosolivos.gob.pe, en horario ininterrumpido durante las fechas señaladas en el cronograma, adjuntando: el ANEXO 05 FORMULACION DE CONSULTAS, de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos".

La absolución de consultas se efectúa conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.3 de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos" y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases.

2.4. INTEGRACION DE BASES

La Integración de Bases se efectúa conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.4 de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos" y en la fecha señalada en el cronograma.

2.5. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS





Presentación de propuestas se realiza de manera presencial por parte de los participantes, conforme a lo establecido en el numeral 5.5.2.5 de la DIRECTIVA N°002-2021-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos" y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases en la fecha y hora señalada en el cronograma.

La propuesta por parte del participante debe ser presentada en **UN SOLO SOBRE CERRADO POR CADA ITEM**, en mesa de partes del Hospital Municipal Los Olivos, sito en Av. Naranjal 318 Los Olivos – Lima – Lima.

2.5.1 Rotulado del sobre:

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS Av. naranjal 318, Los Olivos – Lima – Lima. Att.: Comisión Evaluadora Permanente
PROCESO DE SELECCIÓN AP N° [.....]
Denominación de la convocatoria: [.....]
[NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR] [RUC] [N° DE ITEM / ITEM]

Las declaraciones juradas, formatos o formularios adjuntos a la presente convocatoria, **deben estar debidamente firmados y sellado por el postor.** Los demás documentos deben **ser visados por el postor.**

(En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin, y para el caso de persona natural únicamente por este).

2.5.2 Documentación obligatoria:

- Declaración jurada de cumplimiento de Requisitos Exigidos (Anexo 2 - Directiva).
- Declaración jurada de no estar impedido para contratar con el Estado (Anexo 6 - Directiva).
- Propuesta Económica (Anexo 8 - Directiva)
- Declaración jurada de datos del postor. (Anexo 1 - Bases)
- Declaración jurada de plazo y alcance de la contratación. (Anexo 2 - Bases)
- Declaración Jurada de no tener deudas con el HMLO. (Anexo 3 - Bases)
- Declaración Jurada del personal que brindará el servicio. (Anexo 4 - Bases)
- Ficha curricular del personal integrante del equipo en caso de ser persona jurídica (además deberán presentar Currículum Vitae, copia DNI, habilidad profesional vigente, Registro Nacional de Especialidad o constancia de egreso de especialidad (de requerir), SERUMS/SECIGRA), en el caso de Médicos Generales presentar Título de Médico Cirujano y Colegiatura. (Anexo 5 - Bases)
- Declaración Jurada donde se garantice que los profesionales (en caso de resultar postulante ganador) contarán con seguro complementario de trabajo y riesgo (SCTR).
- Relación de Procedimientos Ofertados por el postor. (Anexo 6 - Bases)
- Relación del equipamiento y mobiliario ofertado por el postor, (incluyendo certificado de calibración y/o mantenimiento según corresponda). (Anexo 7 - Bases)
- Registro Nacional de Proveedores (RNP)





- m) En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o si actúa a través de representante, copia literal del poder, debidamente registrado en registros públicos.
- n) En caso de persona jurídica, copia de la vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto inscrito en registros públicos, esta debe tener una antigüedad de emisión no mayor a 90 días calendario, y documento de identidad del representante.

La Comisión Evaluadora Permanente verifica que los postores presenten todos los documentos requeridos en las presentes bases, en caso de no haber incluido un documento o alguno de los documentos presentados no cumpla con la formalidad exigida, la propuesta será considerada como no admitida, y no podrá ser materia de evaluación.

2.6. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Será conforme a lo establecido en la DIRECTIVA N°002-2022-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos".

Todas las propuestas admitidas serán evaluadas de conformidad a los factores de evaluación objetivos y razonables, señalados en las presentes bases.

La propuesta ganadora tendrá como máximo un puntaje de cien (100) puntos y como mínimo setenta (70) puntos.

2.6.1. Factores de Evaluación:

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje se considera lo siguiente:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<p>A. OFERTA DE PARTICIPACIÓN</p> <p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el porcentaje de participación ofertada para el HMLO. (Propuesta Económica)</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante documento que contiene la Propuesta Económica (Anexo 8 - Directiva).</p>	<p>Se debe utilizar la siguiente fórmula de evaluación:</p> $P_i = \frac{i \times PMP}{m}$ <p>Donde: P_i = Puntaje de la propuesta a evaluar. i = Propuesta Económica a evaluar. m = Propuesta económica más alta. PMP = Puntaje máximo de la propuesta económica.</p> <p style="text-align: center;">60 puntos</p>
<p>B. EXPERIENCIA DEL PERSONAL PROPUESTO</p> <p><u>Criterio:</u></p> <p>Se evaluará en función al tiempo de experiencia laboral del personal propuesto en la especialidad correspondiente. (media aritmética)</p> <p>De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado.</p>	<p>Más de 7 años: 20 puntos</p> <p>Más de 6 hasta 7 años: 15 puntos</p> <p>Más de 3 hasta 5 años: 10 puntos</p>





FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<p><u>Acreditación:</u> Mediante la presentación de copia simple de contratos de trabajo, constancias o certificados.</p>	
<p>C. EQUIPOS MEDICOS</p> <p><u>Criterio:</u> Se evaluará en base a la antigüedad de los equipos médicos ofertados por el postor. (media aritmética)</p> <p><u>Acreditación:</u> Mediante copia simple de Orden de Compra, Factura, Carta de Garantía del fabricante o cualquier otro documento que acredite fehacientemente la antigüedad del equipo ofertado.</p>	<p>Más de 4 hasta 7 años: 10 puntos</p> <p>Más de 2 hasta 4 años: 15 puntos</p> <p>Hasta 2 años: 20 puntos</p>

2.7. PUBLICACIÓN DEL RESULTADO FINAL

Los resultados obtenidos serán difundidos a través del portal web del HMLO, los cuales son definitivos y en última instancia, sin lugar a impugnaciones ni reclamos.

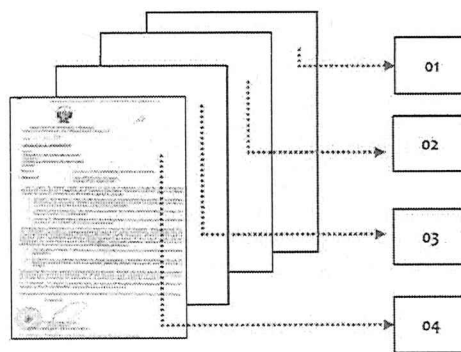
En el supuesto de que exista empate entre dos (2) o más propuestas, el ganador será el postor que obtenga mayor puntaje en el factor de evaluación B. EXPERIENCIA DEL PERSONAL PROPUESTO; en caso persista el empate, la determinación del ganador se realiza por el Comité de Evaluación Permanente, a través de sorteo, en presencia de los postores correspondientes.

2.8. PUBLICACIÓN DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA

Los resultados obtenidos serán difundidos en la página web del HMLO, los cuales son definitivos, según lo establecido en el numeral 7.3.1 de LA DIRECTIVA, y según lo indicado en el **CAPITULO II** de las presentes Bases.

2.9. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

Toda la propuesta debe de ser presentada debidamente enumerada (foliadas), de atrás hacia adelante como se muestra en la imagen:



2.10. DECLARACIÓN DE PROCESO DESIERTO





En caso de que no se presenten postores al procedimiento de selección o que habiéndose presentado no cumplan con los requisitos mínimos establecidos en los Términos de Referencia y las bases, se declarará desierto el procedimiento de selección.

En este supuesto, la Comisión de Evaluación Permanente emite un informe a la Dirección General, detallando la situación del Proceso de Selección, quien traslada el mismo a la Dirección Médica y Epidemiología, a fin que solicite la nueva convocatoria del mismo si correspondiese.

2.11. CANCELACIÓN DEL PROCESO

La Entidad puede cancelar el proceso de selección, en cualquier momento previo a la adjudicación, mediante resolución emitida por la Gerencia de Administración, previo informe técnico emitido por la Dirección Médica y Epidemiología debidamente motivado, basado en razones de fuerza mayor o caso fortuito o cuando desaparezca la necesidad de contratar.

La Entidad no incurre en responsabilidad por el solo hecho de actuar de conformidad con el presente numeral, respecto de los proveedores que hayan presentado ofertas.

CAPÍTULO III: DEL CONTRATO

3.1. DE LA FIRMA DEL CONTRATO

Para la firma del contrato se seguirá el procedimiento y los plazos establecidos de acuerdo a la DIRECTIVA N°002-2022-HMLO/GAF "Lineamientos para la Contratación de Asociación y Participación en el Hospital Municipal de los Olivos" numeral 5.5.2.9. Suscripción del Contrato.

3.2. DOCUMENTOS PARA FIRMA DE CONTRATOS:

Para personas jurídicas:

- Copia literal de partida de inscripción en Registros Públicos (S.A.C., S.A.S., S.C.R.L., S.C.L. y E.I.R.L.), con una antigüedad no mayor a noventa (90) días calendario.
- Vigencia de Poder del Representante Legal que suscribirá el contrato, con una antigüedad no mayor a noventa (90) días calendario.
- Copia de Documento Nacional de Identificación (DNI) del representante legal.
- Ficha RUC.
- Hojas de Vida documentadas del equipo de trabajo, propuesto en la oferta.

Para personas naturales:

- Copia de Documento Nacional de Identificación (DNI)
- Ficha RUC.
- Hojas de Vida documentadas del equipo de trabajo, propuesto en la oferta.

3.3. DE LA DURACION DEL CONTRATO

El contrato tendrá una vigencia de 730 días calendario, el mismo que podrá ser prorrogado de conformidad con lo establecido en las presentes Bases.

3.4. DE LA PARTICIPACIÓN

El postor en su oferta económica podrá establecer un porcentaje de participación, la cual deberá favorecer al HMLO con un porcentaje mínimo del 30% del total de ingreso facturado.

3.5. DE LA TARIFA Y LA RECAUDACIÓN DE SU PAGO

El postor designado se obliga a brindar los servicios objeto del contrato de asociación en participación, conforme con las tarifas aprobadas y modificadas por el HMLO.

El Tarifario de los Procedimientos del HMLO será anexado a las presentes bases, según lo establecido en los Términos de Referencia.



En caso alguna de las partes solicite la modificación de alguna de las tarifas, esto se determinará en un procedimiento en las cuales las partes se pondrán de acuerdo y se suscribirá una adenda que evidencie el resultado de lo pactado.

El HMLO es el encargado de recaudar los ingresos producto del servicio de manera mensual y de efectuar la distribución de la participación correspondiente al Asociado según el porcentaje de su establecido contractualmente, salvo expresa modificación del proceso por parte del HMLO.

3.6. DE LA CULMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato culmina vencido el plazo o con la resolución contractual, conforme a lo establecido en las presentes Bases.

El contrato se puede prorrogar hasta que el Hospital Municipal de Los Olivos culmine con el proceso derivado de una nueva convocatoria pública de Asociación en Participación y se suscriba el contrato correspondiente.

CAPÍTULO IV: EJECUCIÓN DEL CONTRATO

4.1. DE LOS APORTES DEL HMLO

De acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia por cada servicio, HMLO brinda las siguientes condiciones:

1. El HMLO tiene un conjunto de signos distintivos que lo hacen identificable y que le ha permitido el posicionamiento como un agente reconocido de servicios de salud del distrito y la ciudad.
2. El HMLO se compromete a otorgar al Asociado estos signos distintivos con la finalidad de que ellos puedan elaborar publicidad de las prestaciones que van a realizar.
3. Un espacio de área, el cual será acondicionado por el Asociado, considerando que el Asociante, por razones de estricta necesidad, previa comunicación por carta simple y aceptación del Asociado, podrá reubicar el lugar de la prestación del servicio a un ambiente equivalente dentro de la misma HMLO, señalando un plazo razonable para ello. En caso el asociado no acepte la reubicación, será causal de resolución contractual de pleno derecho.
- 4.. Servicios básicos.
5. Procedimiento de emisión de tickets y sistema de recaudación.
6. Sistema de Atención de reclamos y denuncias, el cual se rige bajo el Decreto Supremo 002-2019-SA.

4.2. INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La Dirección Médica y Epidemiología del HMLO es la responsable de suscribir el Acta de Instalación y Acta de Inicio del Servicio, dentro de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, contados desde el día siguiente de la suscripción del Contrato.

4.3. DE LAS OBLIGACIONES

4.3.1 Obligaciones del Asociado

- Cumplir a cabalidad con la prestación del servicio establecido en el Contrato
- Cumplir con el horario de atención y prestación del servicio a los usuarios y pacientes.
- Brindar mantenimiento preventivo y correctivo, así como el orden y limpieza del ambiente del espacio de área en uso.
- Se encuentra prohibido de realizar servicios, actividades, actos y procedimientos diferentes al servicio material del contrato.





- Acondicionar el espacio de área destinado a las prestaciones de la especialidad pactadas en el contrato.
- No variar, ni modificar las condiciones físicas de la infraestructura, incluyendo toma eléctrica, sistema de agua y desagüe entre otros, excepto los aprobados por el Asociante.
- Cumplir con las disposiciones que establezca el Asociante sobre diseño, colores, carteles u otros elementos que identifiquen al Hospital Municipal Los Olivos.
- No realizar ningún tipo de actividad relacionada al proceso de recaudación o devolución de dinero dentro de las instalaciones del Hospital Municipal Los Olivos, salvo acuerdo expreso en el contrato.
- Libera al Asociante de cualquier responsabilidad que se genere como consecuencia de actos o comportamientos desplegados de manera unilateral, sin la autorización expresa y por escrito del Hospital Municipal Los Olivos y en los cuales, esté no haya tenido injerencia alguna.
- Asumir y responder con su propio patrimonio, por las multas o infracciones que pudieran imponerle las autoridades administrativas a cargo de la supervisión de las actividades de los servicios prestados por el asociado, tales como SUSALUD, SUNAFIL u otros.
- Asumir la responsabilidad del personal a su cargo para la prestación del servicio, independientemente del régimen laboral por el cual contratará a su personal y/o trabajadores.
- A asumir total, directa y exclusivamente la responsabilidad y costas, costos y pagos que se pudieran generar como consecuencia de procedimientos administrativos, procesos administrativos o penales que se deriven de la ejecución o inejecución de sus obligaciones.
- No efectuar acto publicitario propio o de terceros dentro de las instalaciones, ni utilizar su logo, imagen y nombre sin conocimiento y autorización del Hospital Municipal Los Olivos.
- Finalizado el contrato, el asociado deberá devolver el espacio de área dentro del plazo de un (01) día calendario, caso contrario deberá pagar una indemnización ascendente a S/100 (cien soles y 00/100), por cada día de retraso.
- Brindar las facilidades para la ejecución de las supervisiones programadas y/o inopinadas a cargo del personal del Hospital Municipal Los Olivos, dentro del marco de sus competencias.
- Realizar únicamente actividades que se encuentren relacionadas con la prestación del servicio contratado
- Las demás obligaciones que se establezcan de manera expresa en el contrato, bases y/o términos de referencia
- Es obligación del Asociado la implementación y mantenimiento del ambiente otorgado para su uso, lo cual incluye pintado.

4.3.2. Obligaciones del Asociante

- Entregar a El Asociado de forma mensual el porcentaje correspondiente a su participación de El servicio brindado.





- Entregar a El asociado el espacio de área que se señale contractualmente, salvo que la atención del servicio objeto de contratación no se preste dentro de un establecimiento de salud o se realice de manera remota.
- Garantizar la operatividad de los espacios comunes del Hospital Municipal Los Olivos.
- Realizar las supervisiones y monitoreo para el cumplimiento adecuado de los contratos.

4.4. DE LAS PENALIDADES

4.4.1. Régimen de penalidades

El régimen de penalidades no constituye un fin en sí mismo, sino que tiene como objetivo desincentivar la comisión por parte del Asociado, de conductas consideradas como no deseadas o no deseables. Las bases podrán facultativamente establecer medidas promotoras que impliquen la reducción o incluso exención de penalidades, en virtud de lo establecido en el numeral 8.4 de la presente Directiva.

4.4.2. Tipos de penalidades a imponer en caso de incumplimiento

Las penalidades se establecen de acuerdo a la gravedad del incumplimiento y serán según la escala establecida en los Términos de Referencia de cada Contratación.

4.4.3. Procedimiento para la aplicación de penalidades

Para la aplicación de las penalidades por incumplimiento, se aplicará el siguiente procedimiento:

La Dirección Médica y Epidemiología del HMLO identifican el incumplimiento contractual y/o de cualquier otra obligación establecida en los documentos normativos del HMLO y con motivo de la emisión del informe de conformidad describe tal incumplimiento identificando las penalidades que deben ser cobradas.

4.4.4. La Gerencia de Administración y Finanzas, a través de la Unidad correspondiente, es la encargada de ejecutar la penalidad impuesta al Asociado, a través de su cobro y/o retención de su participación contractual, de corresponder, debiendo informar ello a la Dirección Médica y Epidemiología.

Las penalidades se establecen de acuerdo a la gravedad del incumplimiento y serán según la escala establecida en los Términos de Referencia del Servicio.

4.5. CAUSALES DE RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

4.5.1. El Asociante puede resolver de pleno derecho el Contrato, siempre que ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- a) Cuando el Asociado reincida en el incumplimiento de una misma obligación, dentro de un periodo de tres (03) meses.
- b) Cuando el Asociado paralice los servicios objeto del contrato, de tres (03) días o turnos consecutivos, según programación, sin justificación previa ante la Dirección Médica del HMLO.
- c) Cuando el Asociado reduzca la atención programada para la prestación de los servicios objeto del contrato.
- d) Cuando incurra en negligencia médica determinada por autoridad administrativa competente o judicial.
- e) Cuando haya realizado cobros indebidos por prestaciones médicas y/o cualquier tratamiento monetario directa o indirectamente con el usuario. f) Por denuncia o reclamo





efectuados ante autoridad competente, sobre hechos constitutivos de un ilícito penal relacionado con el objeto del contrato suscrito con el Asociado.

- f) Por existencia de sentencia judicial firme por delito en contra del Asociado o del personal a su cargo.
- g) Por falta de inicio de operaciones, de acuerdo a lo establecido en las presentes bases.
- h) Cuando el personal que brinda la prestación del servicio, no posee registro de especialista y/o no se encuentre habilitado.
- i) Por cualquier otra causal establecida en el contrato.
- j) Cuando se haya cobrado por concepto de penalidades un monto acumulado mayor a 15 UIT de las participaciones mensuales del Asociado.

4.5.2. El Asociado puede resolver el contrato en los casos en que el Asociante incumpla injustificadamente con:

- a) El pago correspondiente por su participación como Asociado de tres (03) meses consecutivos.

4.5.3. Cualquiera de las partes puede resolver el Contrato de pleno derecho, si por caso fortuito, fuerza mayor o por mandato normativo general, imposibilite de manera definitiva la continuación de la ejecución del Contrato, sin culpa de las partes.

4.5.4. El Contrato de Asociación en Participación se extinguirá cuando se presenten cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Incapacidad física o mental permanente del Asociado, debidamente comprobada.
- b) Fallecimiento del Asociado, en caso de ser persona natural, se deberá acreditar con el Acta de Defunción; y, tratándose de una Empresa Individual de Responsabilidad Limitada, con el Registro de inscripción del fallecimiento del Titular, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Ley N° 21621, siempre y cuando no se formalice la transferencia inter vivos o mortis causa a los sucesores dentro del plazo de treinta (30) días hábiles.
- e) Disolución o extinción de la persona jurídica.

4.6. PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Si alguna de las partes falta al cumplimiento de sus obligaciones, la parte perjudicada puede requerir mediante carta notarial, para que en un plazo no mayor a cinco (05) días calendario, cumpla sus obligaciones, bajo apercibimiento que el contrato quede resuelto.

En los supuestos de las causales de resolución establecidas en los numerales 5.5.1. y 5.5.3. la Dirección Médica y Epidemiología, en el plazo máximo de cinco (05) días hábiles, comunica al Asociado vía Carta Notarial y/o comunicación electrónica. Asimismo, la Dirección Médica y Epidemiología del HMLO realiza el inventario de los bienes del Asociado y gestiona la devolución del espacio de área en el plazo indicado en el Contrato, remitiéndose el cargo de la notificación de carta de Resolución Contractual a la Gerencia de Administración y Finanzas para que realice la liquidación del contrato.

4.7. CULMINACIÓN DEL CONTRATO PARA RETRIBUCIÓN PORCENTUAL

Cuando se esté próximo al vencimiento de un contrato, corresponde a la Dirección Médica y Epidemiología, recabar información respecto del rendimiento del asociado, así como, la necesidad del servicio e incidencias y reclamos ocurridos, a fin de determinar la renovación del contrato o la finalización del mismo a su vencimiento.



Si de evaluación respectiva, la Dirección Médica y Epidemiología, decide no renovar el contrato, deberá comunicar a EL ASOCIADO en el plazo no menor de quince (15) días calendario anteriores al vencimiento del contrato, la decisión de culminar la relación contractual al vencimiento del plazo.

4.8. DE LA PRESENTACIÓN DE PRODUCTO PARA LA CONFORMIDAD Y REPARTO DE PARTICIPACIONES

El Asociado, deberá presentar un Informe de actividades al final de cada mes, con la producción realizada en dicho periodo, detallando las atenciones realizadas según sus actividades objeto del contrato.

El Director Médico de la HMLO, validará el informe de producción del Asociado, contrastándolo con el reporte de producción generado por el HMLO. De existir inconsistencias, el asociado tendrá un plazo de dos (03) días hábiles para subsanarlas.

El Director Médico de la HMLO da la conformidad en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, posteriores a la entrega del Informe de Actividades, o de ser el caso, de la subsanación del mismo, con ello EL ASOCIADO emite su comprobante de pago y EL ASOCIANTE transfiere la participación a EL ASOCIADO en el plazo de diez (10) días hábiles.



ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores
COMISION EVALUADORA PERMANENTE - HMLO
Presente.-

Asunto: Convocatoria N° [.....] Especialidad: [.....]

Yo [.....] con DNI/CE N° [.....] y domicilio legal en [.....], en el distrito de [.....], provincia de [.....], departamento de [.....], representante de [.....], poder debidamente inscrito en la Partida Registral N° [.....] de la Zona Registral N° [.....] Sede [.....], DECLARO BAJO JURAMENTO, que los siguientes datos de la empresa que represento son verdaderos:

Nombre, Denominación o Razón Social:			
Objeto Social:			
Domicilio Legal: Dirección completa – Distrito - Provincia - Departamento			
RUC:	Teléfono(s):		
Partida Electrónica N°:			
Correo electrónico:			

La empresa que represento, de ser designada, se compromete a cumplir íntegramente con el servicio de [SEÑALAR DE ACUERDO A LA CONVOCATORIA], el cual será brindado con la debida diligencia, con los estándares de calidad y cumpliendo las normas sectoriales pertinentes y las directivas emitidas por el Hospital Municipal Los Olivos, con el único objetivo de brindar una atención de calidad y oportuna a la población usuaria.

Agradeciendo la atención que brinde a mi representada, me despido de usted.

Atentamente,

[Consignar ciudad y fecha]

.....
Firma
Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda



*Este anexo debe ser remitido dentro de la propuesta.

*La información consignada estará protegida por la Ley N.° 29733 - Ley de protección de datos personales y la Ley N° 26842 - Ley General de Salud; dicha información no implicará algún perjuicio para el declarante.



ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO Y ALCANCE DE LA CONTRATACIÓN

Señores
COMISION EVALUADORA PERMANENTE - HMLO
Presente.-

Asunto: Convocatoria N° [.....] Especialidad: [.....]

Por medio de la presente, Yo [.....], identificado/a con DNI/CE N.º [.....], representante legal de la empresa [.....] con R.U.C. N° [.....] y domicilio legal en [.....], con poder debidamente inscrito en la Partida Registral N° [.....] de la Zona Registral N° [.....] Sede [.....], DECLARO BAJO JURAMENTO, que se tiene pleno conocimiento del plazo de prestación del servicio de [.....] el cual es de [.....] días calendario, así como del alcance del mismo, el cual nos comprometemos a cumplir.

[Consignar ciudad y fecha]

.....
Firma
Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda



*Este anexo debe ser remitido dentro de la propuesta

*La información consignada estará protegida por la Ley N.º 29733 - Ley de protección de datos personales y la Ley N° 26842 - Ley General de Salud; dicha información no implicará algún perjuicio para el declarante.



ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS CON HMLO

Señores
COMISION EVALUADORA PERMANENTE - HMLO
Presente.-

Asunto: Convocatoria N° [.....] Especialidad: [.....]

Por medio de la presente, Yo [.....], identificado/a con DNI/CE N° [.....], representante legal de la empresa [.....] con R.U.C. N° [.....] y domicilio legal en [.....], con poderes debidamente inscritos en la Partida Registral N° [.....] de la Zona Registral N° [.....] Sede [.....], DECLARO BAJO JURAMENTO, no tener deuda alguna con el Hospital Municipal Los Olivos.

[Consignar ciudad y fecha]

.....
Firma
Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda



*Este anexo debe ser remitido dentro de la propuesta.

*La información consignada estará protegida por la Ley N.° 29733 - Ley de protección de datos personales y la Ley N° 26842 - Ley General de Salud; dicha información no implicará algún perjuicio para el declarante.

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PERSONAL QUE BRINDARÁ EL SERVICIO

Señores
COMISION EVALUADORA PERMANENTE - HMLO

Presente.-

Asunto: Convocatoria N° [.....] Especialidad: [.....]

yo [.....] con [.....] n° [.....] y domicilio legal en [.....], en el distrito de [.....], provincia de [.....], departamento de [.....], representante legal de (para personas jurídicas) [.....], que habiendo postulado al servicio de [.....] en el Hospital Municipal Los Olivos, DECLARO BAJO JURAMENTO, que el staff de profesionales presentados en el expediente para la suscripción del contrato, brindarán atención, según se menciona:

STAFF DE PROFESIONALES			
N°	OCUPACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI O CE
1			
2			
3			
4			

De resultar favorecido con la buena pro, previa firma del contrato, me comprometo a remitir para evaluación y aceptación de la Dirección Médica y Epidemiología la documentación siguiente:

- Hoja de Vida documentada
- Copia de DNI.
- Declaración jurada de no tener antecedentes policiales, judiciales y/o penales.
- Habilidad Profesional vigente
- Registro Nacional de Especialidad (De corresponder)
- Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente al momento de la presentación de la oferta.

Asimismo, me comprometo a informar documentariamente a la Dirección Médica y Epidemiología, sobre **cambios** dentro del STAFF mencionado líneas arriba. Además, acepto que toda adición de personal dentro del STAFF se llevará a cabo previa evaluación y aceptación de la Dirección Médica y Epidemiología, anexando los documentos listados en el párrafo precedente

Del mismo modo, me comprometo a cubrir íntegramente con el horario establecido y brindar una atención de calidad y oportuna a la población usuaria.



.....
Firma
Nombres y Apellidos del Representante legal

*Este anexo debe ser remitido dentro de la propuesta



ANEXO N°5
FICHA DE RESUMEN CURRICULAR

1. DATOS PERSONALES

PUESTO	
DNI N°	
Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento Dia/Mes/Año	
Dirección	
Distrito	
Estado Civil	
Teléfono celular	
Teléfono fijo	
Correo electrónico	

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados en la etapa de la evaluación curricular. Cuando el postulante no adjunte documentos necesarios será declarado como NO APTO

2. FORMACION ACADEMICA

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL ALCANZADO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		AÑOS DE ESTUDIO	QUE DOCUMENTO TIENE QUE SUSTENTE LO SEÑALADO
				DESDE	HASTA		
FORMACION ACADÉMICA							

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM





3. DIPLOMADO O CURSOS DE ESPECIALIZACION

DIPLOMADO O ESPECIALIZACIÓN O POSTGRADO EN:	INSTITUCIÓN DONDE RECIBIÓ EL DIPLOMADO O ESPECIALIZACIÓN O POSTGRADO	AÑO QUE REALIZÓ EL DIPLOMADO O ESPECIALIZACIÓN O POSTGRADO	HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN DEL DIPLOMADO O ESPECIALIZACIÓN O POSTGRADO	QUE DOCUMENTO TIENE QUE SUSTENTE LO SEÑALADO

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM

OTROS DATOS

Se encuentra Usted Colegiado	Código de colegio médico	Pertenece Usted al Cuerpo de Gerentes Públicos?
se encuentra Usted Habilitado	Registro Nacional de Especialidad	AÑO SERUM/SECIGRA

4. EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR CON AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO AFINES A LAS FUNCIONES DEL SERVICIO SOLICITADO, INICIANDO POR LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE).

EMPRESA Y/O INSTITUCION	UNIDAD ORGANICA / AREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DE LA FUNCION	DESCRIPCIONES DE LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO D/M/A	FECHA DE TERMINO D/M/A	AÑOS	MESES	DÍAS	Que documento tiene que sustente lo señalado
TOTAL DE AÑOS DE EXPERIEN							0	0	0	

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM

FECHA:





ANEXO N° 6 PROCEDIMIENTOS OFERTADOS			
CODIGO CPMS (de corresponder)	PROCEDIMIENTO(*)	PRECIO PROPUESTO (**)	OBSERVACIONES

* Deben incluir como minimo los descritos en el numeral VI. SERVICIOS de los Terminos de Referencia.
 ** Se refiere al precio al público. Tendran validez de propuesta de modificación de tarifa y seran revisados y definidos por el Hospital Municipal Los Olivos.

CPMS: Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud





ANEXO Nº 7
RELACION DEL EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO OFERTADO POR EL POSTOR

EQUIPO / MOBILIARIO	MARCA	Nº SERIE	ANTIGÜEDAD EN AÑOS	FECHA ULTIMA CALIBRACION Y/O MANTTO (*)	ESTADO DE CONSERVACION

(*) Adjuntar copia de certificado de calibración y/o mantenimiento.

