



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"



GOBIERNO REGIONAL

Gerencia
Regional de
Salud

TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACION DE SERVICIOS DE TERCEROS (01) MEDICO CIRUJANO DENTISTA PARA BRINDAR EL SERVICIO DE ALTA BASICA ODONTOLOGICA PARA EL C.S. COCACHACRA – RED DE SALUD ISLAY

1. AREA USUARIA SOLICITANTE:

C.S. COCACHACRA - RED DE SALUD ISLAY, GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO:

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE (01) MEDICO CIRUJANO DENTISTA PARA BRINDAR EL SERVICIO DE ALTA BASICA ODONTOLOGICA PARA BRINDAR ATENCION DE ALTA BASICA ODONTOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD COCACHACRA DE LA RED DE SALUD ISLAY DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

3. FINALIDAD PÚBLICA:

GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD COCACHACRA, MEDIANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN, EN EL PRESENTE AÑO FISCAL 2026

4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO:

CONTAR CON EL SERVICIO DE 01 MEDICO CIRUJANO DENTISTA PARA BRINDAR EL SERVICIO DE ALTA BASICA ODONTOLOGICA PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL MEDIANTE EL DIAGNÓSTICO PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. ACTIVIDADES A REALIZAR:

- EJECUTAR LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO CON LAS GUÍAS DE ATENCIÓN ESTABLECIDAS.
- DESARROLLAR LOS PASOS NECESARIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.
- EJECUTAR EL TRATAMIENTO Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERE CON AYUDA DIAGNÓSTICA CORRESPONDIENTE.
- PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN, PROGRAMADOS POR EL ESTABLECIMIENTO RESPECTIVO.
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SU ESTADO DE SALUD.
- REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL, EXAMEN BUCAL Y CONSULTAS ODONTOLÓGICAS.
- ORIENTAR SOBRE PROFILAXIS ODONTOLÓGICAS.
- EN EL ÁMBITO DE LA MICRO RED DE SALUD PODRÁ PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS BRIGADAS MÓVILES CON LA FINALIDAD DE INFORMAR EDUCAR Y ATENDER A LA POBLACIÓN EN MATERIA DE SALUD BUCAL.
- CUMPLIR 150 HORAS MENSUALES DE ACUERDO A HORARIO ROTATIVO
- OTRAS ACTIVIDADES Estrictamente relacionadas con el objetivo del servicio que sean coordinadas con el responsable del área usuaria.

6. PERFIL MINIMO REQUERIDO

FORMACIÓN ACADÉMICA

NIVEL EDUCATIVO: UNIVERSITARIO

GRADO /SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO: TITULO / LICENCIATURA VALIDADO POR LA SUNEDU

OTROS:

SE REQUIERE COLEGIATURA VIGENTE.

SE REQUIERE HABILITACION VIGENTE

SE REQUIERE RESOLUCION TÉRMINO DE SERUMS OFIMÁTICA BÁSICA

EXPERIENCIA LABORAL:

- EXPERIENCIA GENERAL

www.saludarequipa.gob.pe

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Av. De La Salud S/N – Cercado / Telfs. 054-235185 054-235155 Fax: 054-247659

Cambio y Desarrollo



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"



GOBIERNO REGIONAL

Gerencia
Regional de
Salud

01 AÑO YA SEA EN SECTOR PÚBLICO Y/O PRIVADO INCLUYENDO EL SERUMS

- EXPERIENCIA ESPECÍFICA
01 AÑO EN LA FUNCIÓN O MATERIA EN EL SECTOR PÚBLICO Y/O PRIVADO

LA CUAL SERÁ ACREDITADA CON:

- CONTRATOS Y/O ORDENES DE SERVICIO CON SUS RESPECTIVAS CONSTANCIAS DE SERVICIO
- CONSTANCIA DE TRABAJO Y/O CERTIFICADOS DE TRABAJO

OTROS:

SE REQUIERE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES VIGENTE Y ACTUALIZADO (RNP).

ADJUNTAR CARTA DE AUTORIZACIÓN CCI.

SE REQUIERE CONTAR CON REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES (RUC) VIGENTE.

DECLARACIÓN JURADA PARA COMPRAS Y/O SERVICIOS MENORES A 8 UITs

DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM.

DECLARACIONES JURADAS DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA.

DECLARACIÓN DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO. DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN DEL ESTADO

FOTOCOPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (VIGENTE).

SE REQUIERE FORMATO DE COTIZACIÓN DE SERVICIOS

*PARA LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO EL CONTRATISTA, UNA VEZ ADJUDICADA LA PLAZA DEBERÁ CONTAR CON:

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SCTR.

*TODA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A EXCEPCIÓN DE LOS FORMATOS ENTREGADOS, SERÁN EN COPIA SIMPLE Y FOLIADA DE ATRÁS HACIA DELANTE".

7. LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

EL SERVICIO SE REALIZARÁ EN EL CENTRO DE SALUD DE COCACHACRA - RED DE SALUD ISLAY, GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA.

8. PERIODO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO:

EL SERVICIO SE PRESTARÁ EN UN PLAZO DE 60 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO

9. FORMA DE PAGO

EL PAGO SE REALIZARÁ EN SOLES DE FORMA PARCIAL, PREVIA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL LOCADOR.

LOS EFECTOS DE PAGO DE LAS CONTRAPRESTACIONES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA, SE DEBERÁ CONTAR COMO MÍNIMO CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

COPIA DE ORDEN DE SERVICIO

CONFORMIDAD DE SERVICIO

COMPROBANTE DE PAGO (RECIBO POR HONORARIOS).

SUSPENSIÓN DE 4TA CATEGORÍA DE CORRESPONDER

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL CCI.

LOS PAGOS SE REALIZARÁN DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

PRIMER ENTREGABLE: PRESENTACIÓN DE INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS 30 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO.

SEGUNDO ENTREGABLE: PRESENTACIÓN DE INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS 60 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO

FORMA DE PAGO		PARCIAL
PRIMER INFORME	30 DÍAS CALENDARIO	S/ 6,400.00

SEGUNDO INFORME	60 DIAS CALENDARIO	S/ 6,400.00
TOTAL		S/ 12,800.00

EL PAGO SE REALIZARÁ EN SOLES, A LA ENTREGA DE CADA INFORME, SEGÚN CORRESPONDA, PREVIA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROVEEDOR, EMITIENDO SU RECIBO POR HONORARIO Y SUSPENSIÓN DE 4TA CATEGORÍA, PARA REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE

10. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

LA CONFORMIDAD DEL SERVICIO SERÁ OTORGADA POR EL ÁREA USUARIA, SIENDO ESTA REMITIDA AL DIRECTOR DE LA OFICINA EJECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS, PREVIO INFORME DE LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS, CUMPLIDAS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 05 DÍAS CALENDARIOS CONTABILIZADOS AL DÍA SIGUIENTE DE FINALIZAR EL SERVICIO

11. PENALIDAD POR MORA:

EN CASO DE RETRASO INJUSTIFICADO DEL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES OBJETO DEL CONTRATO, LA ENTIDAD LE APLICA AUTOMÁTICAMENTE UNA PENALIDAD POR MORA POR CADA DÍA DE ATRASO QUE LE SEA IMPUTABLE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO.

12. ANTICORRUPCIÓN Y ANTI SOBORNO

A LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO, EL CONTRATISTA DECLARA Y GARANTIZA NO HABER OFRECIDO, NEGOCIADO, PROMETIDO O EFECTUADO NINGÚN PAGO O ENTREGA DE CUALQUIER BENEFICIO O INCENTIVO ILEGAL, DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA, A LOS EVALUADORES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN O CUALQUIER SERVIDOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

ASIMISMO, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A MANTENER UNA CONDUCTA PROBA E ÍNTEGRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, Y DESPUÉS DE CULMINADO EL MISMO EN CASO EXISTAN CONTROVERSIAS PENDIENTES DE RESOLVER, LO QUE SUPONE ACTUAR CON PROBIDAD, SIN COMETER ACTOS ILÍCITOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE.

AUNADO A ELLO, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A ABSTENERSE DE OFRECER, NEGOCIAR, PROMETER O DAR REGALOS, CORTESÍAS, INVITACIONES, DONATIVOS O CUALQUIER BENEFICIO O INCENTIVO ILEGAL, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A FUNCIONARIOS PÚBLICOS, SERVIDORES PÚBLICOS, LOCADORES DE SERVICIOS O PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL ÁREA USUARIA, DE LA DEPENDENCIA ENCARGADA DE LA CONTRATACIÓN, ACTORES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN Y/O CUALQUIER SERVIDOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, CON LA FINALIDAD DE OBTENER ALGUNA VENTAJA INDEBIDA O BENEFICIO ILÍCITO. EN ESA LÍNEA, SE OBLIGA A ADOPTAR LAS MEDIDAS TÉCNICAS, ORGANIZATIVAS Y/O DE PERSONAL NECESARIAS PARA ASEGURAR QUE NO SE PRACTIQUEN LOS ACTOS PREVIAMENTE SEÑALADOS.

ADICIONALMENTE, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DENUNCIAR OPORTUNAMENTE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES LOS ACTOS DE CORRUPCIÓN O DE INCONDUCTA FUNCIONAL DE LOS CUALES TUVIERA CONOCIMIENTO DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CON LA ENTIDAD CONTRATANTE.

TRATÁNDOSE DE UNA PERSONA JURÍDICA, LO ANTERIOR SE EXTIENDE A SUS ACCIONISTAS, PARTICIPACIONISTAS, INTEGRANTES DE LOS ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN, APODERADOS, REPRESENTANTES LEGALES, FUNCIONARIOS, ASESORES O CUALQUIER PERSONA VINCULADA A LA PERSONA JURÍDICA QUE REPRESENTA; COMPROMETIÉNDOSE A INFORMARLES SOBRE LOS ALCANCES DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

FINALMENTE, EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN ESTA CLÁUSULA, DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, OTORGA A LA ENTIDAD CONTRATANTE EL DERECHO DE RESOLVER TOTAL O PARCIALMENTE EL CONTRATO. CUANDO LO ANTERIOR SE PRODUZCA POR PARTE DE UN PROVEEDOR ADJUDICATARIO EL INCUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE CLÁUSULA CONLLEVARÁ QUE SEA EXCLUIDO. EN NINGÚN CASO, DICHAS MEDIDAS IMPIDEN EL INICIO DE LAS ACCIONES CIVILES, PENALES Y ADMINISTRATIVAS A QUE HUBIERA LUGAR.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"



Gerencia
Regional d
Salud

GOBIERNO REGIONAL

13. RESOLUCIÓN DE CONTRATO

CUALQUIERA DE LAS PARTES PUEDE RESOLVER; TOTAL O PARCIAL EL CONTRATO DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 68.1 DEL ARTÍCULO 68 DE LA LEY N° 32069, LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS. DE ENCONTRARSE EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO, LAS PARTES PROCEDEN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 122 DEL REGLAMENTO.

14. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 81.3 DE LA LEY, EN CASO DE DISPUTAS ENTRE LA ENTIDAD Y EL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, LAS PARTES PACTAN LA CONCILIACIÓN COMO MECANISMO DE SOLUCIÓN DE LAS CONTROVERSIAS.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD ISLAY

Dr. Humberto M. Araujo Vega
Director Ejecutivo
C.M.P. 85983 R.N.A. A11020

RED DE SALUD ISLAY
MICRO RED COCACHACRA
CENTRO DE SALUD COCACHACRA

Lic. Fiorela Lilian Manchego Ramírez
JEFE DE LA MICRORED COCACHACRA
CEP. 79922 / DNI: 45823737