

| TÉRMINOS DE REFERENCIA                  |   |                |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
|---|---|----------------|-------------|--|-------------|-----------|----------------|-----------|---|---|---|--------------------|----------|----------|----------|
| ÁREA USUARIA                            | OGA – Unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos   |                |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD - POI | C0116 - ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS   |                |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| META PRESUPUESTARIA                     | 004- Administración General   |                |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| 1                                       | DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN<br>Servicio de Evaluaciones Médicas   |                |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| 2                                       | <p><b>FINALIDAD PÚBLICA, ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b></p> <p><b>2.1 Finalidad Pública:</b><br/>La contratación del Servicio de Evaluaciones Médicas, tiene la finalidad de vigilar la salud de los/las servidores/as del Ceplan en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N°29783, Ley de seguridad y salud en el trabajo y sus modificatorias con la finalidad de proteger la vida, salud y bienestar de sus trabajadores.</p> <p><b>2.2 Objetivo de la Contratación</b><br/><b>2.2.1 Objetivo General:</b> Contratar el Servicio de “Examen Médico Ocupacional” para realizar 03 tres Exámenes Médicos Ocupacionales, a fin de vigilar la salud de los/las servidores/as en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N°29783, Ley de seguridad y salud en el trabajo y sus modificatorias.</p> <p><b>2.3 Alcance y Descripción del Servicio</b><br/><b>2.3.1 Alcance:</b><br/>El servicio solicitado incluye la realización de 3 Exámenes Médicos Ocupacionales periódicos según el perfil detallado.</p> <p><b>2.3.2 Descripción del Servicio:</b><br/>a. La realización de tres (03) Exámenes Médicos Ocupacionales (periódicos según el perfil detallado que corresponda a cada servidor civil – Cuadro N°1:</p> <p style="text-align: center;"><b>CUADRO N°1: ESTIMACIÓN DEL SERVICIO DE EVALUACIONES MÉDICAS – EXAMENES MÉDICO OCUPACIONALES (EMO'S)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PERFIL</th> <th colspan="2">EMO'S</th> <th rowspan="2">TOTAL EMO'S</th> </tr> <tr> <th>PERIÓDICO</th> <th>PREOCUPACIONAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OPERATIVO</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL EMO'S</b></td> <td style="text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="text-align: center;"><b>0</b></td> <td style="text-align: center;"><b>4</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>b. El perfil y/o tipo de evaluación médica se detalla en el Protocolo de Exámenes Ocupacionales. Ver Anexo N°1- Protocolo de Exámenes Médico Ocupacionales – perfil operativo.<br/>c. La relación de servidores civiles a quienes se les realizará los Exámenes Médicos Ocupacionales se detalla en el Anexo N°2- Relación de Servidores para EMO'S.<br/>d. Las pruebas y evaluaciones que realicen dentro de los Exámenes Médicos Ocupacionales (EMO) se llevarán a cabo de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N°312-2011-MINSA y sus modificatorias y al “Protocolo de exámenes médicos ocupacionales” de CEPLAN que precisa los exámenes médicos y perfiles según el siguiente detalle:</p> | PERFIL         | EMO'S       |  | TOTAL EMO'S | PERIÓDICO | PREOCUPACIONAL | OPERATIVO | 4 | 0 | 4 | <b>TOTAL EMO'S</b> | <b>4</b> | <b>0</b> | <b>4</b> |
| PERFIL                                  | EMO'S   |                | TOTAL EMO'S |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
|   | PERIÓDICO   | PREOCUPACIONAL |             |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| OPERATIVO                               | 4   | 0              | 4           |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |
| <b>TOTAL EMO'S</b>                      | <b>4</b>  | <b>0</b>       | <b>4</b>    |  |             |           |                |           |   |   |   |                    |          |          |          |

**PROTOCOLO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES** (Según ANEXO N°1)

- e. El contratista deberá ejecutar los Exámenes Médicos Ocupacionales periódicos empleando los instrumentos del numeral **6.4.4 de la RM N°312-2011 MINSA** los mismos que son:
- Ficha clínica Ocupacional (Anexo N°02 de la **RM N°312-2011 MINSA**)
  - Ficha psicológica (Anexo N°03 de la **RM N°312-2011 MINSA**)
  - Exámenes complementarios detallados en el Anexo N°1 del Protocolo de exámenes médicos ocupacionales, al igual que sus criterios de aptitud.
- f. El contratista deberá gestionar el consentimiento informado, vinculados a la realización del examen médico ocupacional.
- g. Una vez finalizado el EMO, el centro médico deberá asignar a un profesional de la salud (médico ocupacional) para dar lectura, interpretación y entrega de los resultados de los exámenes médico-ocupacionales realizados a cada uno de los servidores en las Instalaciones de CEPLAN. Durante este proceso, el médico deberá proporcionar al servidor el formato de cargo de lectura, interpretación y entrega de exámenes médico-ocupacionales realizado, el cual deberá ser completado adecuadamente por el servidor, además deberá contar con la firma y huella digital del servidor y la firma del profesional médico que realiza la actividad.

**3.2 Plan de trabajo**

- a. El contratista deberá presentar un **plan de trabajo** para cubrir el servicio requerido, en el que debe detallar los plazos, metodologías, procedimientos y/o técnicas que se emplearán para llevar a cabo los Exámenes Médicos Ocupacionales, considerando los exámenes detallados en el Anexo N°1 del presente documento, incluyendo su respectiva lectura, interpretación y entrega de resultados.
- b. El contratista deberá contar con una plataforma virtual o sistema web en el que el/la profesional de salud de la entidad podrá acceder a los resultados de los exámenes dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas de realizado el examen médico ocupacional individual.
- c. Para ejecutar el servicio de exámenes médicos ocupacionales, el contratista deberá presentar previamente:

**c.1. Equipamiento Estratégico**

**Requisitos:**

El proveedor deberá contar con el equipo estratégico e instrumentos de moderna tecnología, buena calidad y en perfecto estado operativo, necesario para brindar apropiadamente el servicio según el siguiente detalle:

| <b>ACTIVIDAD</b>               | <b>EQUIPO/TEST</b>                    | <b>DOCUMENTACIÓN</b><br>(realizado por un profesional universitario especializado en <b>mantenimiento/calibración</b> ) |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| <b>ESPIROMETRÍA</b>            | • Espirómetro                         | • Certificados de calibración vigente (anual)<br>• Certificado de calibración biológica (6 meses)                       |
| <b>AUDIOMETRÍA</b>             | • Audiómetro<br>• Cabina Audiométrica | • Certificados de calibración vigentes (anual)  |
| <b>ELECTRO<br/>CARDIOGRAMA</b> | • Electrocardiógrafo                  | • Certificado de mantenimiento vigente (anual)  |
| <b>OFTALMOLOGÍA</b>            | • Test de Agudeza Visual.             | - No aplica   |

|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de Color.</li> <li>• Test de Visión Estereoscópica</li> </ul>  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
|---|--|--|---|-----------|-------------|--------|--------------------|-------------|--|-----------------------------------|-----|--|--|-------------|-----------------|---|-------------|-----------------|-------------------------------|-------------|---|---------------------------------|--|-----------------|
|   | <b>LABORATORIO</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrífuga de Tubos.</li> <li>• Centrífuga para hematocritos.</li> <li>• Microscopio Binocular/Trinocular.</li> <li>• Analizador Hematológico.</li> <li>• Analizador Bioquímico.</li> <li>• Refrigeradora.</li> <li>• Baño María.</li> <li>• Hemoglobinómetro.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de mantenimiento vigente (anual) según detalle: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Centrífuga de Tubos</li> <li>– Centrífuga para hematocritos</li> <li>– Microscopio Binocular/Trinocular</li> <li>– Analizador Hematológico</li> <li>– Analizador Bioquímico</li> <li>– Refrigeradora</li> <li>– Baño María</li> <li>– Hemoglobinómetro</li> </ul> </li> </ul>   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
|   | <b>RADIOLOGIA</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Rayos X para Radiografía de Tórax fijo con generador aproximado no menor de 300 mA a 125 KV.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licencia de Operación expedida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) vigente.</li> <li>• Informe de Límites y Condiciones de la Licencia de Operación.</li> <li>• Certificado de calibración vigente (Anual).</li> <li>• En caso, que el servicio sea tercerizado, presentar convenio o contrato vigente con la empresa que brinde el servicio, el equipo de Rayos X debe estar <b>dentro</b> de la empresa, Los dos Informes del Instituto Peruano de Energía Nuclear: Licencia de Operación y el Informe de Límites y Condiciones de la Licencia de Operación y el Control de Calidad vigente.</li> </ul> |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
|   | <p>h. La relación de equipos se deberá detallar en el plan de trabajo referido en este punto 3.2.</p> <p>i. El proveedor deberá contar con el equipamiento estratégico en óptimas condiciones para prestar el servicio solicitado.</p> <p><b>3.3 Otras obligaciones:</b></p> <p>3.3.1 Presentar Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidades. (Obligatorio)</p> <p>3.3.2 Presentar Declaración Jurada de Intereses</p> |  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 3   | RESULTADO ESPERADO   | <p><b>Cronograma del Servicio:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Responsable</th> <th>Plazos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Plan de Trabajo</td> <td>Contratista</td> <td>02 día hábiles a partir del día siguiente de notificada la orden del servicio.</td> </tr> <tr> <td>2. Aprobación del Plan de trabajo</td> <td>OGA</td> <td>01 día hábil a partir del día siguiente de presentado el Plan de trabajo por el contratista.</td> </tr> <tr> <td>3. Servicio de examen médico ocupacional</td> <td>Contratista</td> <td>06 días hábiles</td> </tr> <tr> <td>4. Lectura, Interpretación y entrega de EMO</td> <td>Contratista</td> <td>03 días hábiles</td> </tr> <tr> <td>5. Presentación de Entregable</td> <td>Contratista</td> <td>03 días hábiles, una vez concluida la entrega de Exámenes médico-ocupacionales.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tiempo de Duración del Servicio</td> <td>15 días hábiles</td> </tr> </tbody> </table> |   | Actividad | Responsable | Plazos | 1. Plan de Trabajo | Contratista | 02 día hábiles a partir del día siguiente de notificada la orden del servicio. | 2. Aprobación del Plan de trabajo | OGA | 01 día hábil a partir del día siguiente de presentado el Plan de trabajo por el contratista. | 3. Servicio de examen médico ocupacional | Contratista | 06 días hábiles | 4. Lectura, Interpretación y entrega de EMO | Contratista | 03 días hábiles | 5. Presentación de Entregable | Contratista | 03 días hábiles, una vez concluida la entrega de Exámenes médico-ocupacionales. | Tiempo de Duración del Servicio |  | 15 días hábiles |
| Actividad                                   | Responsable  | Plazos   |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 1. Plan de Trabajo                          | Contratista  | 02 día hábiles a partir del día siguiente de notificada la orden del servicio.   |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 2. Aprobación del Plan de trabajo           | OGA  | 01 día hábil a partir del día siguiente de presentado el Plan de trabajo por el contratista.   |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 3. Servicio de examen médico ocupacional    | Contratista  | 06 días hábiles  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 4. Lectura, Interpretación y entrega de EMO | Contratista  | 03 días hábiles  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| 5. Presentación de Entregable               | Contratista  | 03 días hábiles, una vez concluida la entrega de Exámenes médico-ocupacionales.  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |
| Tiempo de Duración del Servicio             |  | 15 días hábiles  |   |           |             |        |                    |             |  |                                   |     |  |  |             |                 |   |             |                 |                               |             |   |                                 |  |                 |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p><b>El entregable del servicio debe realizarse como máximo a los 15 días hábiles, luego de ser notificado.</b></p> <p>a. El contratista deberá entregar la documentación de los Exámenes médicos ocupacionales dentro de los 03 días hábiles posteriores como máximo al término de la totalidad de Exámenes Médicos Ocupacionales requeridos por CEPLAN, la cual consistirá en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dos (2) copias del informe médico ocupacional individual.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Certificado de aptitud laboral.</li> <li>o Informe Médico para el Trabajador (Resumen).</li> <li>o Consentimiento Informado para examen médico ocupacional.</li> <li>o Ficha de la historia ocupacional del trabajador.</li> <li>o Ficha Médico Ocupacional (Anexo N°02-RM N°312-2011/MINSA).</li> <li>o Resultado de exámenes individuales según perfil del trabajador.</li> <li>o Ficha Psicológica (Anexo N°03-RM N°312-2011/MINSA).</li> </ul> </li> <li>- <b>Carpeta virtual con los accesos necesarios para descargar los expedientes completos en formato PDF.</b></li> <li>- <b>Carpeta virtual con una (1) base de datos en Excel.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o La base de datos en excel debe contener lo detallado en Anexo N°2</li> </ul> </li> <li>- <b>Informe final en el que se consigne la siguiente información:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informe estadístico respecto a las patologías identificadas.</li> <li>➤ Principales patologías comunes.</li> <li>➤ Principales patologías de origen ocupacional, si las hubiera.</li> <li>➤ Las recomendaciones con los resultados que servirá como parte de la mejora continua en la implementación de las medidas de prevención.</li> <li>➤ Formatos de cargo de lectura, interpretación y entrega de EMO al servidor.</li> <li>➤ Excel en el que figure los resultados detallados de EMO realizados a los servidores, de acuerdo con lo indicado líneas arriba.</li> </ul> </li> </ul> <p>Los expedientes deberán estar firmados por el Médico auditor y el Médico Ocupacional responsable del Centro de Salud Ocupacional.</p> |
| 4 | REQUERIMIENTO DEL PROVEEDOR Y DE SU PERSONAL | <p><b><u>Habilitación:</u></b><br/>El proveedor deberá contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberá contar con acreditación vigente del servicio de apoyo al médico ocupacional por parte de la DIGESA- Dirección General de Salud Ambiental.</li> <li>• Deberá contar con Licencia Municipal de Funcionamiento y autorización de MINSA.</li> <li>• El postor debe contar con código IPRESS en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) con estado activo. (Categoría I-3)</li> <li>• No estar impedido para contratar con el estado.</li> <li>• Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores de resultar necesario.</li> </ul> <p><b><u>Acreditación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de Certificado de acreditación vigente del servicio de apoyo al médico ocupacional.</li> <li>• Copia de Licencia Municipal de Funcionamiento.</li> <li>• Copia de Resolución de autorización de MINSA</li> <li>• Copia de Registro Nacional de Institución Prestadora de Servicios de Salud (RENIPRESS) (Categoría I-3)</li> </ul> <p><b><u>Formación Académica del Personal Clave:</u></b><br/>El staff del proveedor deberá contar con la formación académica y experiencia, según el siguiente detalle:</p>   |

| Item | Profesional   | Formación Académica   | Experiencia  |
|------|---|---|--|
| a.   | Médico ocupacional (Director médico del Centro de Salud Ocupacional.) | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina, con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente o Medicina del Trabajo o con Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, para brindar el servicio a nivel nacional.  | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de cinco (5) años.<br>Experiencia específica comprobable como Director Médico Ocupacional en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.  |
| b.   | Médico evaluador  | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de medicina, con especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente o Medicina del Trabajo ó con diplomado o maestría en Seguridad y Salud Ocupacional o Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.   | Experiencia mínima de 2 años   |
|      | Médico Auditor y/o ocupacional  | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina, con especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente o Medicina del Trabajo ó con diplomado o maestría en Seguridad y Salud Ocupacional o Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, y registro de auditor médico, para brindar el servicio a nivel nacional | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de cinco (5) años.<br>Experiencia específica comprobable como Médico auditor y ocupacional en el sector público o privado, mínima de tres (3) años. |
|      | Médico Cirujano (Neumólogo)   | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina con especialidad en <b>Neumología</b> , para brindar el servicio a nivel regional.   | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable médico en la especialidad (neumología, otorrinolaringología,                                |
|      | Médico Cirujano (Otorrinolaringólogo)                                 | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria  |  |

|  |  |                                 |   |   |
|--|--|---------------------------------|---|---|
|  |  |                                 | de Medicina con especialidad en <b>Otorrinolaringología</b> , para brindar el servicio a nivel regional.  | radiología, oftalmología, cardiología) en el sector público o privado, mínima de un (1) año.  |
|  |  | Médico Cirujano (Radiólogo)     | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina con especialidad en <b>Radiología</b> , para brindar el servicio a nivel regional.   |   |
|  |  | Médico Cirujano (Oftalmólogo)   | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina con especialidad en <b>Oftalmología</b> , para brindar el servicio a nivel regional. |   |
|  |  | Médico Cirujano (Cardiólogo)    | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de Medicina con especialidad en <b>Cardiología</b> , para brindar el servicio a nivel regional.  |   |
|  |  | Enfermero/a                     | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de enfermería, para brindar el servicio a nivel regional.  | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como enfermero/a en el sector público o privado, mínima de dos (2) años. |
|  |  | Psicólogo/a                     | Un (1) profesional titulado y habilitado de la carrera universitaria de psicología, para brindar el servicio a nivel regional   | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como psicólogo/a en el sector público o privado, mínima de dos (2) años. |
|  |  | Tecnólogo Médico en Laboratorio | Un (1) profesional técnico de la carrera de tecnología médica titulado por un instituto público o privado, para brindar el servicio a nivel regional.                 | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como tecnólogo/a médico/a en laboratorio en el sector                    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | público o privado, mínima de dos (2) años.   |
|  | Tecnólogo Médico en Radiología             | Un (1) profesional técnico de la carrera de tecnología médica titulado por un instituto público o privado, para brindar el servicio a nivel regional, el mismo que deberá contar con la autorización del Instituto Peruano de Energía Nuclear para la prueba funcional o complementaria (Rayos X). | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como tecnólogo/a médico/a en radiología o rayos X en el sector público o privado, mínima de dos (2) años. |
|  | Técnico/a en enfermería                    | Un (1) profesional técnico en enfermería titulado por un instituto público o privado, para brindar el servicio a nivel regional.   | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como enfermero/a en el sector público o privado, mínima de dos (2) años.                                  |
|  | Técnico/a en Fisioterapia y Rehabilitación | Un (1) profesional técnico/a en fisioterapia y rehabilitación titulado por un instituto público o privado, para brindar el servicio a nivel regional.  | Experiencia general comprobable en el sector público o privado, mínima de tres (3) años.<br>Experiencia específica comprobable como técnico/a en fisioterapia y rehabilitación en el sector público o privado, mínima de dos (2) años.   |
| <p><b><u>Acreditación:</u></b></p> <p>La formación Académica se acreditará con copia simple de certificados o constancias u otros documentos, según corresponda.</p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <p><b><u>Capacitación:</u></b></p> <p>El staff del contratista deberá contar con la formación académica según el siguiente detalle:</p> <p>Capacitaciones y/o cursos vinculados a seguridad y salud en el trabajo, salud ocupacional, riesgos laborales u otros vinculados con un mínimo de veinticuatro (24) horas lectivas.</p> <p><b><u>Acreditación:</u></b></p> |  |  |  |


|   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
|   |                             | <p>Se acreditará con copia simple de certificados o constancias u otros documentos, según corresponda.</p> <p><b><u>Experiencia:</u></b><br/>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 20,000.00 (veinte mil y 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Servicios de Laboratorio, Servicio de Exámenes Médicos Ocupacionales, Servicios de aplicación de pruebas y Servicios Médicos Generales.</p> <p><b><u>Acreditación:</u></b></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p><b><u>Otros Aspectos Considerados</u></b></p> <p>El personal contratista que realice los exámenes médicos-ocupacionales deberá contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de identificación</li> <li>• Equipos de protección personal completo (De requerirse: Uso de mascarillas, guantes.).</li> <li>• Contar con equipos calibrados cuyos certificados deberán adjuntarse.</li> <li>• El Contratista deberá adoptar las medidas de seguridad y procedimientos de seguridad para llevar a cabo los EMO's de los trabajos con el fin de evitar accidentes, haciéndose responsable de los daños que se puedan ocasionar en el desarrollo del servicio.</li> </ul> <p>Lo antes mencionado será validado por los servidores que acudan a su evaluación a través de una encuesta de cumplimiento y satisfacción del servicio.</p> |
| 5 | CONDICIONES DE CONTRATACIÓN | <p><b><u>5.1 Modalidad De Pago</u></b><br/>El contrato se rige por la modalidad de Suma Alzada.</p> <p><b><u>5.2 Seguros aplicables: (obligatorio)</u></b><br/>Deberá de contar con Seguro Complementario Todo Riesgo (SCTR)</p> <p><b><u>5.3 Garantía:</u></b><br/>De conformidad con el artículo 60 de la Ley N.º 32069 y el artículo 227 del Reglamento, para la presente contratación menor, no se exigirá garantía de fiel cumplimiento.</p> <p><b><u>5.4 Gestión de Riesgos</u></b><br/>Las PARTES realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato/orden de servicio u compra y los documentos que lo conforman, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación .El área usuaria evaluará al contratista mediante la conformidad del servicio con la presentación de un informe.</p>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 6 | LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN                       | <p><b>6.1 Lugar:</b><br/>El servicio de ejecución de los exámenes médico-ocupacionales debe realizarse en las instalaciones del contratista, el mismo que deberá contar con infraestructura, permisos, acreditaciones, personal y equipamiento necesario para llevar a cabo las evaluaciones médicas ocupacionales, a fin de brindar el servicio requerido.<br/>La lectura, interpretación y entrega de exámenes médico-ocupacionales deberá realizarse de forma presencial, en las instalaciones de CEPLAN, ubicada en la Av. Avenida Canaval Moreyra 480, Interior 2101, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima – Perú.</p> <p><b>6.2 Plazo:</b><br/>El plazo de ejecución del servicio será de 15 días hábiles, e inicia desde el día siguiente de notificada la orden de servicio.<br/><br/>Para la conformidad se registrará la fecha de notificación el mismo día de remitido.</p>  |
| 7 | MEDIDAS DE CONTROL                               | <p><b>7.1 Áreas que supervisan:</b> La prestación del servicio será supervisado por la Unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos.</p> <p><b>7.2 Áreas que coordinarán con el proveedor:</b> Coordinará con los servidores civiles de la Unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos, y las demás Unidades Funcionales de la Oficina General de Administración.</p> <p><b>7.3 Área que brindará la conformidad:</b> Será otorgada por la Unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos.</p> <p>Nota: La conformidad debe emitirse dentro de un plazo máximo de cinco (05) días desde la recepción del entregable, salvo que se necesiten pruebas adicionales o si se trata de consultorías, en cuyo caso el plazo es de quince (15) días. La recepción de los bienes no se considera como conformidad.<br/>Asimismo, son aplicables las disposiciones correspondientes a la conformidad establecidas en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.</p>   |
| 8 | FORMA Y CONDICIONES DE PAGO                      | <p>El pago se realizará a través del Código de Cuenta Interbancaria del proveedor, CONTRA PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN del entregable.</p> <p>Entregables:<br/>La entrega del Plan de Trabajo (con el sustento correspondiente) al inicio del servicio, como también el resumen del informe final (en el que se indica sólo la relación de servidores evaluados, detallando apellidos y nombres, fecha de evaluación, número del informes y cantidad de folios, estadística), será enviado al médico ocupacional del servicio de SST del CEPLAN de la entidad para su validación correspondiente, una vez validado, el documento será presentado por Mesa de Partes virtuales CEPLAN (<a href="mailto:mesadepartsvirtual@ceplan.gob.pe">mesadepartsvirtual@ceplan.gob.pe</a>), dirigido al Jefe de la Oficina General de Administración.</p> <p>La entrega del informe final completo, por tratarse de contenido confidencial, serán entregados en medio físico y digital al médico en salud ocupacional OGA de CEPLAN de forma presencial (Av. Canaval Moreyra 480 – Interior 2101- San Isidro).</p> <p>Los pagos se efectuarán en una (1) armada al término del servicio realizado, previa presentación del informe de actividades y el comprobante de pago correspondiente.</p> |
| 9 | PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DEL PRODUCTO/ENTREGABLE | <p>La presentación de (los) entregable(s) se realizará a través del correo electrónico <a href="mailto:mesadepartsvirtual@ceplan.gob.pe">mesadepartsvirtual@ceplan.gob.pe</a> dirigida al CEPLAN requirente del servicio, con copia a la Unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos, en el horario vigente de recepción de documentos. Los entregables (documentos) deberán estar en formato pdf foliados, visados y firmados de manera manuscrita o electrónica, según los plazos establecidos de</p>   |

|    |                |   |
|----|----------------|---|
|    |                | <p>presentación de productos/entregables; asimismo, si el precitado entregable es firmado digitalmente (firma digital RENIEC), bastará con una sola firma.</p> <p>Si el día de entrega del producto/entregable establecido en los presentes Términos de Referencia, coincide con un día no laborable, se correrá la fecha de entrega hasta el siguiente primer día hábil, sin que sea sujeto de penalidad.</p> <p><b>OBSERVACIONES AL ENTREGABLE/PRODUCTO:</b></p> <p>De existir observaciones, la Dependencia de Encargada de las Contrataciones comunica al contratista, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar.</p> <p>El plazo de subsanación no será mayor del 30% del plazo del entregable correspondiente. Subsanadas las observaciones dentro del plazo otorgado, no corresponde la aplicación de penalidades.</p>  |
| 10 | PENALIDAD      | <p><b>10.1 Penalidad Por Mora:</b></p> <p>Se aplicará penalidad por mora, conforme al siguiente detalle:</p> <p>"En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:</p> $Penalidad\ diaria = \frac{0.10 \times monto}{F \times plazo}$ <p>Donde F tiene los siguientes valores:<br/>Para bienes y servicios: F = 0.40</p> <p>Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato, componente o ítem que debió ejecutarse o, en caso de que estos involucren entregables cuantificables en monto y plazo, al monto y plazo del entregable que fuera materia de retraso".</p> <p><b>10.2 OTRAS PENALIDADES:</b></p> <p>No Aplica.</p> <p><b>Nota:</b> La suma de la aplicación de las penalidades por mora y otras penalidades no debe exceder el 10% del monto vigente del contrato o, de ser el caso, del ítem correspondiente. La entidad contratante considera las particularidades de las otras penalidades y señala el plazo y forma en que se notifica al contratista el supuesto.</p> |
| 11 | OTROS ASPECTOS | <p><b>11.1 Confidencialidad</b></p> <p>El profesional a contratar deberá guardar reserva de toda la información de carácter administrativa, organizativa, técnica entre otros, a que tenga acceso en virtud de los servicios que prestará.</p> <p><b>11.2 Responsabilidad Por Vicios Ocultos</b></p> <p>El contratista tiene un plazo máximo de un año por responsabilidad por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los servicios ofertados.</p> <p><b>11.3 Resolución Contractual</b></p>   |

|       |   |
|-------|---|
|       | <p>Cualquiera de las partes podrá resolver, total o parcialmente, la Orden de Servicio o Contrato, conforme a lo establecido en el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N.º 32069 – Ley General de Contrataciones Públicas. En caso la resolución total o parcial de la orden de servicio y/o contrato sea promovida por la Entidad, esta deberá contar con un informe sustentatorio emitido por el área usuaria. Con dicho sustento, se remitirá la respectiva Resolución Jefatural, la cual será notificada al contratista por correo electrónico. Posteriormente, se dará inicio al procedimiento de pago correspondiente a la parte ejecutada del servicio, deduciendo los gastos incurridos y aplicando las penalidades que correspondan, siempre en base al informe de conformidad emitido por el área usuaria. Si la resolución es solicitada por el contratista, este deberá presentar una carta formal exponiendo los motivos de su decisión de resolución total o parcial del servicio contratado. El Área Usuaria emitirá un informe donde acepte o deniegue la propuesta; de ser aceptada procederá a efectuar el cálculo del servicio efectuado. Con ello, la Unidad Funcional de Abastecimiento determina el procedimiento de pago de la proporción ejecutada, considerando la aplicación de penalidades y gastos que correspondan, y comunicará al proveedor la aceptación de la solicitud, adjuntando resolución.</p> <p>Nota: Por la implementación progresiva de la Plataforma Digital para las Contrataciones Públicas (PLADICOP), las notificaciones durante la ejecución del contrato se realizarán al correo electrónico previsto en la orden de servicio y/o contrato y surten efectos desde su recepción.</p> <p><b>11.4 Cláusula De Anticorrupción y Antisoborno</b><br/> EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores. Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas <a href="https://denuncias.servicios.gob.pe/">https://denuncias.servicios.gob.pe/</a></p> <p><b>11.5 Cláusula de Solución de Controversia:</b><br/> Todas las controversias que surjan entre las partes sobre la validez, nulidad, interpretación, ejecución, terminación o eficacia, se resuelven mediante conciliación, conforme lo dispuesto en el numeral 81.3 del artículo 81 de la Ley 32069. El procedimiento conciliatorio será regulado mediante el numeral 330.2 del artículo 330 del Reglamento.</p> |
| FIRMA | FIRMA   |

## ANEXO 1. PROTOCOLO DE EXAMENES MÉDICO OCUPACIONALES

|  <b>PROTOCOLO DE EXAMENES MÉDICO OCUPACIONALES CEPLAN</b> |   | C-PROT.EMO-02   |                  |                  |                  |                  |        |           |
|--|---|---|------------------|------------------|------------------|------------------|--------|-----------|
| N°   | TIPO DE EXAMENES  | DESCRIPCIÓN   | PERSONAL PROPIO  |                  |                  |                  |        |           |
|  |   |   | ADMINISTRATIVO   |                  | OPERATIVO        |                  | RETIRO |           |
|  |   |   | Pre-Occup        | Periódico        | Pre-Occup        | Periódico        | Admin. | Operativo |
| 1  | CAMO  | Certificado de Patitudo médico ocupacional  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
| 2  | EXAMEN MEDICO GENERAL Y EXAMEN FISICO (Realizado por Médico: RM N° 004-2014 /MINSa) | HISTORIA CLINICA<br>Antecedente:<br>Antecedente personales y familiares, Hábitos nocivos<br>Historia Ocupacional (10 años de antigüedad)<br>Prueba de Equilibrio , Aplicación de cuestionario nórdico<br>Exámen Físico:<br>Funciones vitales: Fr cardiaca, Fr. Respiratoria, T°, Sat O2, PA, Talla, Peso, IMC, P. Abdominal, P. Cadera, Índice cintura y cadera.<br>Evaluación clínica integral por aparatos y sistemas | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
| 3  | EVALUACIÓN OSTEOMIOARTICULAR (Médico: RM N° 004-2014/MINSa)                         | Evaluación Osteoarticular reducida, aptitud de espalda, rangos articulares. Y<br>Evaluación Osteoarticular Adaptada de RM N°313-2011-MINSa (NTS N° 090-MINSa/DIGESA)  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
| 5  | ESPECÍFICO  | PSICOCENSOMÉTRICO   | ---              | ---              | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---    | ---       |
| 6  | EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA  | AGUDEZA VISUAL  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
|  |   | PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (TEST DE LA MOSCA)  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
|  |   | DISCRIMINACION DE COLORES (TEST ISHIHARA)   | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
|  |   | *TONOMETRÍA   | ---              | ---              | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---    | ---       |
| 7  | RAYOS X, PERSONAL CON ACREDITACION OIT TOMA DE TOMA PLACAS                          | RADIOGRAFIA DE TORAX PA (TOMA Y LECTURA OIT)<br>RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA.  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
| 8  | ESPIROMETRIA REALIZADA X LICENCIADO(A), ACREDITACION ALAT                           | ESPIROMETRIA (INTERPRETACION METODOLOGIA ALAT)  | X                | X                | X                | X                | ---    | ---       |
| 9  | AUDIOMETRIA REALIZADA X LICENCIADO(A), ACREDITACION CAOHC                           | AUDIOMETRIA (INTERPRETACION Klockhoff Adaptada)   | ---              | ---              | X                | X                | ---    | X         |
| 10   | CARDIOLOGIA   | ELECTROCARDIOGRAMA  | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---    | ---       |
| 11   | EVALUACION PSICOLOGICA  | APTITUD POR COMPETENCIAS  | X                | X                | X                | X                | ---    | ---       |
|  |   | MINIMENTAL TEST   | X                | X                | X                | X                | ---    | ---       |
|  |   | PERSONALIDAD  | X                | X                | X                | X                | ---    | ---       |
|  |   | ESTRÉS  | X                | X                | X                | X                | X      | X         |
|  |   | AUDIT   | ---              | ---              | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---    | ---       |
| 12   | LABORATORIO   | SOMNOLENCIA (TEST DE EPWORTH)   | ---              | ---              | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---    | ---       |
| GRUPO Y FACTOR   |   | X   | ---              | X                | ---              | ---              | ---    |           |
| HEMOGRAMA COMPLETO (INCLUYE PLAQUETAS)   |   | X   | X                | X                | X                | X                | X      |           |
| GLUCOSA BASAL  |   | X   | X                | X                | X                | ---              | ---    |           |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA  |   | X   | X                | X                | X                | ---              | ---    |           |
| UREA Y CREATININA  |   | X <sup>(a)</sup>  | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---              | ---    |           |
| PSA  |   | X <sup>(a)</sup>  | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | X <sup>(a)</sup> | ---              | ---    |           |
| 13   | EXAMENES ESPECÍFICOS  | PERFIL LIPIDICO (CT, HDL, LDL, TG VLDL)<br>EXAMEN COMPLETO DE ORINA<br>DROGAS (MARIHUANA Y COCAINA)   | X                | X                | X                | X                | ---    | ---       |

Perfil Administrativo (EMO bianual) / Perfil Operativo (EMO anual)

(a) Mayor de 40 años

(b) Choferes (Perfil Operativo)

(c) Varones mayores de 40 años

**ANEXO 2. RELACIÓN DE SERVIDORES PARA EXAMENES MÉDICO OCUPACIONALES.**

| CENTRO DE LABORES                                    | ORGANO                            | CARGO   | APELLIDOS Y NOMBRES             | EMO                 | DNI      |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|----------|
| CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO - CEPLAN | OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN | CHOFER  | CUZCANO CUETO CESAR AUGUSTO     | OPERATIVO PERIÓDICO | 09974280 |
| CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO - CEPLAN | OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN | CHOFER  | TRUJILLO VILLODAS LENNER        | OPERATIVO PERIÓDICO | 09121307 |
| CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO - CEPLAN | OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN | CHOFER  | CAMARGO CASTILLO EDUARDO FRANCO | OPERATIVO PERIÓDICO | 43656647 |
| CENTRO NACIONAL DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO - CEPLAN | OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN | ESPECIALISTA EN GESTIÓN PATRIMONIAL Y ALMACÉN | LOPEZ GONZALES JAVIER           | OPERATIVO PERIÓDICO | 22999219 |

### ANEXO 3. CONTENIDO DE MATRIZ EXCEL

|  |  |
|--|--|
| Datos del EMO<br>(Detallar cada Item)  | Lugar donde se realizó el EMO / Fecha de EMO/ N° de Historia Clínica/<br>Tipo de EMO (Pre Ocupacional/Periódico/Retiro) / Perfil de EMO<br>(Administrativo / Operativo)                |
| Datos de Trabajo<br>(Detallar cada Item)   | Órgano/ Unidad Orgánica/ Puesto de Trabajo/ Modalidad de Trabajo<br>(Teletrabajo total, Teletrabajo parcial, Trabajo Presencial)   |
| Datos del Servidor<br>(Detallar cada Item)   | Apellido paterno/ Apellido Materno/ Nombres completos/ N° DNI/<br>Sexo/ Edad/Teléfono/Celular /Lugar de procedencia  |
| Antecedentes<br>(Detallar cada Item)   | Antecedentes patológicos familiares / patológicos personales/<br>Alergias/ Antecedentes de enfermedad o accidente laboral.   |
| Diagnósticos<br>(Detallar Antecedentes<br>Diagnósticos declarados por los<br>servidores) | Detallar antecedentes de diagnósticos personales y tratamiento   |
| Funciones Vitales<br>(Detallar resultados de cada<br>examen)                             | Frecuencia Cardíaca / Frecuencia Respiratoria/ Presión Arterial/<br>Temperatura.   |
| Diagnóstico de FV  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Antropometría<br>(Detallar resultados de cada<br>examen)                                 | Peso / Talla/ IMC/ Perímetro abdominal/ Perímetro de cadera/ ICC<br>(índice Cintura Cadera)  |
| Diagnóstico de Antropometría   | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Examen físico General  | Detallar revisión por Aparatos y Sistemas  |
| Diagnóstico de Examen físico<br>general  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Exámen físico Musculo esquelético<br>(Detallar resultados de cada<br>examen)             |  |
| Diagnóstico ME   | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Evaluación Oftalmológica   | Agudeza Visual (Cerca y lejos) / Campo Visual/ Test de Ishihara/ Test<br>de profundidad/ Tonometría  |
| Diagnóstico Oftalmológico  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Audiometría  | Detallar valores de resultados   |
| Diagnóstico Audiológico  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Espirometría   | Detallar valores de resultados   |
| Diagnóstico Espirométrico  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Radiografía  | Radiografía de Toras PA / Radiografía Lumbosacra   |
| <i>Diagnóstico Radiográfico</i>  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Resultado de exámenes de<br>laboratorio (hemograma)                                      | Detallar los resultados (valores) de Hemoglobina, hematocrito,<br>leucocitos, segmentados, abastionados, linfocitos, monocitos,<br>eosinófilos, basófilos, recuento total y Plaquetas. |
| <i>Diagnóstico de Hm completo</i>  | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Examen de Glucosa y Hemoglobina<br>Glicosilada   | Detallar valores de: glucosa basal y hemoglobina Glicosilada   |
| Grupo y Factor Sanguíneo.  | Detallar resultado   |
| <i>Diagnóstico de Examen de glucosa y<br/>Hemoglobina Glicosilada</i>                    | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen   |
| Perfil lipídico  | Detallar valores de: Coleterol Total / HDL/LDL/TG/VLDL   |

|  |  |
|--|--|
| <i>Diagnóstico de Perfil Lipídico</i>                      | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen                       |
| Examen de Orina  | Detallar valores de Análisis físico, químico y citológico                |
| <i>Diagnóstico de Examen de Orina</i>                      | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen                       |
| Examen de laboratorio                                      | PSA/ Urea/ Creatinina  |
| <i>Diagnóstico de Examen</i>                               | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen                       |
| Psicocensométrico  | Detallar los resultados del examen                                       |
| Electrocardiograma   | Detallar los diagnósticos encontrados en el examen                       |
| Evaluación Psicológica                                     | Detallar los resultados de cada examen                                   |
| Diagnóstico psicológico                                    | Detallar los diagnósticos encontrados                                    |
| Diagnósticos específicos divididos por aparatos y sistemas | Detalla los diagnósticos por aparatos y sistemas encontrados en el EMO   |
| Comentarios/observaciones                                  | Indicar las observaciones encontradas en el EMO                          |
| Condición / Aptitud  | Indicar la Aptitud del servidor (apto, apto con restricciones y no apto) |
| Detalle de la Restricción                                  | Especificar el detalle de la restricción                                 |
| Recomendación al trabajador                                | Detallar las recomendaciones dirigidas al servidor                       |
| Recomendación a la empresa                                 | Detallar las recomendaciones dirigidas a la entidad                      |

ANEXO 4: CRITERIOS DE APTITUD

| ALTERACIONES  | Copia de Criterios de aptitud_REVO  | CRITERIOS DE APTITUD MEDICA |     |     |     |                |     |     |     |              |     |     |     |
|---|---|-----------------------------|-----|-----|-----|----------------|-----|-----|-----|--------------|-----|-----|-----|
|   |   | Restricción en EL TRABAJO   |     |     |     |                |     |     |     |              |     |     |     |
|   |   | Administrativo(OFP)         |     |     |     | Area Operativa |     |     |     | Contratistas |     |     |     |
|   |   | Ap                          | AcR | NAp | Obs | Ap             | AcR | NAp | Obs | Ap           | AcR | NAp | Obs |
| Neurológicas  | Enfermedades vasculares (no controladas por especialista)   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Desordenes motores origen central (E.Epilepsia), sin control y/o autorización por especialista          |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Lesiones expansivas del SNC   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Secuelas Enfermedad cerebro vascular  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Traumatismo craneoencefalico con secuela  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Convulsiones  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Cefalea Intensa   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Vértigo   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Alteración del equilibrio   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Alteraciones de la agudeza visual sin corrección  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Somnolencia u otras alteraciones del estado de conciencia, por enfermedad o como efecto adverso a los medicamentos. |   |                             |     | X   |     |                | X   |     |     |              | X   |     |     |
| Patologías Metabólicas  | Hiperglucemia > 110   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Diabetes Mellitus tipo 2 (no Insulino dependiente) NO controlado  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | DM 2 sin evaluación por especialidad  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Diabetes Insulino dependiente   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 32  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Patologías Cardiovasculares   | Índice de masa corporal < 18 asociado comorbilidades.   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Índice de masa corporal < 18 asociado comorbilidades.   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Enfermedad endocrinológicas sin evaluación por especialista   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | 0 Arritmia, sin tratamiento ni evaluación/ autorización por cardiólogo.                                 |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Hipertensión arterial no controlada   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Antecedente de enfermedad Coronaria   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Bloqueos AV de segundo grado Mobitz II  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Bloqueo AV de tercer grado  |   |                             |     | X   |     |                | X   |     |     |              | X   |     |     |
| Paciente portador de marcapaso sin autorización por cardiólogo  |   |                             |     | X   |     |                | X   |     |     |              | X   |     |     |
| Patologías Respiratorias  | Asma bronquial con crisis severa hasta un periodo de 2 años previos al examen de aptitud                |                             |     |     | X   |                |     | X   |     | X            |     |     |     |
|   | Asma que requiera uso de broncodilatadores de forma constante   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     | X            |     |     |     |
|   | EPOC con exaerbadones o cualquier grado de disnea   |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Paciente oxígeno dependiente  |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Patologías Auditivas  | Espirometría: restrictivo/ obstructivo moderado-severo sin evaluación por especialidad                  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Hipoacusia que comprometa bandas conversacionales (2000, 1000, 500 Hz). Y que el promedio supere 40 db. |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Condición que pueda ocasionar comienzo repentino de vértigo   |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Patologías Visuales   | Pérdidas en las frecuencias agudas (3000 y 4000 Hz) SIEMPRE que estén asociadas a vértigo               |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Ceguera temporal o permanente   |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Patologías Osteomusculares  | Alteración de agudeza visual no corregida   |                             | X   |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Alteración de la percepción de colores y/o profundidad  |                             | X   |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Atrofia muscular  |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Deformidades tipo congénito /adquirido  |                             | X   |     | X   |                |     | X   | X   |              |     | X   | X   |
| Otras   | Alteraciones articulares con limitación al movimiento.  |                             | X   |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Ausencia de miembro parcial – completo que afecte funcionalidad.  |                             | X   |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Patologías vertebromedulares  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Acrofobia / Claustrofobia   | X                           |     |     |     |                |     | X   |     |              |     | X   | X   |
|   | Gestante  | X                           |     |     |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Menor de edad   |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Trastornos psiquiátrico.  |                             |     | X   |     |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
| Patologías sin levantamiento de información ni evaluación por especialidad  | Patologías sin levantamiento de información ni evaluación por especialidad                              |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Audit positivo  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Examen psicológico no apto  |                             |     |     | X   |                |     | X   |     |              |     | X   |     |
|   | Test epworth positivo   |                             | X   |     |     |                |     | X   |     |              |     | X   | X   |

Ap: Apto  
 AcR: Apto con Restricción  
 NAp: No Apto  
 Obs: Observado (Deberá levantar observación para definir Aptitud)