

Requerimiento

Términos de Referencia

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Oficina de Seguros: Equipo de Referencias y Contrarreferencias
Actividad del POI:	0215100 - TRATAMIENTO DE LEUCEMIA
Denominación de la Contratación:	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL TRASLADO DE PACIENTE ONCOLÓGICO FISSAL EN CONDICIÓN ESTABLE Y ACOMPAÑANTE EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

I. FINALIDAD PÚBLICA

Adquirir los servicios de Transporte para el traslado de paciente oncológico FISSAL en condición estable y acompañante, con la finalidad de garantizar la cobertura eficiente y oportuna de las prestaciones administrativas de traslado que se brinden a los asegurados del Seguro Integral de Salud, en nuestra institución.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

2.1 Antecedentes

De acuerdo a la R.J. 008 - 2024 - SIS FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Proceso de Autorización y Financiamiento de las prestaciones administrativas en el Fondo Intangible Solidario FISSAL, en condición estable y su acompañante; que deba trasladarse a una IPRESS - OR/IPRESS-DR.

2.2 Objetivo General

Contar con el servicio de transporte de manera oportuna para que un asegurado SIS con cobertura FISSAL en condición estable Referido/Contrarreferido y su acompañante pueda trasladarse a una IPRESS-DR/IPRESS-OR.

III. ALCANCE DE LA CONTRATACIÓN

La presente contratación tiene por finalidad la prestación del servicio de transporte terrestre para el traslado de pacientes oncológicos FISSAL en condición estable, junto con un acompañante, a una IPRESS-DR/IPRESS-OR.

IV. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR

4.1 Descripción del servicio a contratar

Ítem	Cantidad	Descripción del servicio
------	----------	--------------------------

01	08	OCHO TRASLADOS IDA Y VUELTA: Dos por cada mes junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre, diciembre) considerando paciente y acompañante.
----	----	--

4.2 Actividades

- o Una vez concluida la atención por consulta externa del paciente asegurado con diagnóstico FISSAL solicita el servicio de traslado.
- o La Oficina de Seguros, solicita el requerimiento del servicio.
- o El proveedor del servicio deberá hacer llegar copia de los pasajes para el paciente y acompañante (debe estar especificado los datos del paciente, DNI, fecha, hora de viaje y destino), a fin de comunicar al paciente para que pueda apersonarse a las instalaciones de la empresa de transporte en la fecha y hora indicada.

4.3 Plan de trabajo

No corresponde.

4.4 Seguros

Los seguros obligatorios conforme a lo normado para este tipo de actividad deberán ser cobaturados en su totalidad por EL CONTRATISTA.

4.5 Reglamentos técnicos o normas metrológicas y/o sanitarias

- Contar con RUC activo.
- Entregar un Comprobante(s) de pago u otros documentos de pago debidamente autorizados por la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria - SUNAT, a nombre del Hospital Regional Honorio Delgado, descripción y/o unidad de medida en relación con el servicio prestado, además de especificar:
 - o Apellidos y nombres del paciente
 - o DNI del paciente
 - o Apellidos y nombres del acompañante
 - o DNI del acompañante

4.6 Condiciones de ejecución

- **Horario de prestación del servicio:**
 - o El servicio deberá ejecutarse de lunes a sábado, de acuerdo con el cronograma de citas médicas y tratamientos coordinados con el Equipo de Referencias y Contrarreferencias.
 - o Se deberán contemplar excepciones para atenciones médicas programadas fuera del horario regular, previa comunicación con al menos 24 horas de anticipación.
- **Puntos de partida y destino:**
 - o El proveedor recogerá al paciente y acompañante en sus instalaciones.
- **Características de los vehículos:**
 - o Vehículos en óptimas condiciones mecánicas y de limpieza, debidamente autorizados por la autoridad competente.
 - o Capacidad para transportar al paciente y su acompañante de forma segura y cómoda.
- **Coordinación del servicio:**
 - o El proveedor deberá designar un coordinador del servicio que esté disponible para la programación diaria, reprogramaciones o eventualidades.
 - o Debe existir un sistema de registro diario (físico o digital) de traslados realizados, con control de asistencia y firma de conformidad del paciente, acompañante o personal de salud.
- **Supervisión y control:**

- o Debe existir un sistema de registro diario (físico o digital) de traslados realizados, con control de asistencia y firma de conformidad del paciente, acompañante o personal de salud.
- **Supervisión y control:**
 - o El servicio será supervisado por el Equipo de Referencias y Contrarreferencias del Hospital Honorio Delgado.
 - o El incumplimiento de rutas, horarios o condiciones del servicio será sujeto a penalidades contractuales establecidas.
- **Seguridad y contingencias:**
 - o El proveedor deberá contar con pólizas de seguro vigentes (SOAT y seguro contra accidentes personales).
 - o Debe garantizar la asistencia inmediata en caso de averías, accidentes o emergencias durante el traslado.

4.7 Equipamiento, permisos, entre otros recursos que el contratista necesite para ejecutar la contratación (de corresponder)

- Contar con el Registro Único de Contribuyentes (RUC).
- Tener la inscripción vigente en el capítulo bienes del Registro Nacional de Proveedores (RNP)
- No estar en el registro de proveedores inhabilitados para contratar con el Estado.
- No encontrarse suspendido para contratar con el Estado.

4.8 Sistemas de entrega

No corresponde.

4.9 Prestaciones accesorias a la prestación principal

No corresponde.

4.10 Lugar y plazo de prestación del servicio

4.10.1 Lugar

El proveedor recogerá al paciente y acompañante en sus instalaciones.

4.10.2 Plazo

El servicio de traslado se debe realizar en un plazo máximo de 24 horas, de realizado su requerimiento.

V. RECURSOS A SER PROVISTOS POR EL CONTRATISTA

5.1 Equipamiento

A. Equipamiento estratégico

Vehículos tipo bus, adecuados para transporte ambulatorio

B. Otro equipamiento

No corresponde.

5.2 Infraestructura estratégica

No corresponde.

5.3 Personal

No corresponde.

VI. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

6.1 Otras obligaciones

No corresponde.

6.2 Adelantos

No corresponde.

6.3 Subcontratación

El proveedor no podrá subcontratar a terceros.

6.4 Confidencialidad

La información técnica y otros proporcionados por el hospital, son de carácter confidencial.

6.5 Propiedad intelectual

No corresponde.

6.6 Medidas de control durante la ejecución contractual

No corresponde.

6.7 Conformidad de la prestación

La recepción y el acta de conformidad del servicio deben incluir la firma de coordinación de la Oficina de Seguros. Se dará la conformidad del servicio cuando el proveedor cumpla con el requerimiento de traslado.

6.8 Forma de pago

Se realizará el PAGO en contraprestación a cada traslado realizado con un plazo máximo de 15 días. Una vez emitida la conformidad del servicio, previa presentación de la factura en la que se debe consignar lo siguiente:

- o Factura a nombre del **HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**.
- o Servicio prestado detallado donde se especifique descripción, cantidad, precio unitario y precio total.
- o Especificar nombres y apellidos completos, documento de identidad del asegurado y acompañante.

Así mismo, el pago se realizará por medio de depósito en cuenta bancaria para lo cual deberá indicar su N° de CCI (Código de Cuenta Interbancario)

6.9 Modalidad De Pago

Será realizado a precios unitarios.

6.10 Fórmula de reajuste

No corresponde.

6.11 Otras penalidades aplicables

Penalidades de acuerdo a la normatividad vigente.

6.12 Responsabilidad por vicios ocultos

No corresponde.

6.13 Condiciones de los consorcios

No corresponde.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

No corresponde.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL III REGIONAL "FRANCISCO DELGADO"

 Beth Barrientos Mantari
 Coordinadora de Referencia, Contrareferencia y Seguimiento
 D.P. 074668 R.N.A. 210795