

|  |                                                                      |                                                         |
|--|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIO</b><br><b>No. 05528 - 2026</b> | Página: 1 de 1<br>Fecha: 07/07/2026<br>Hora: 04:47 p.m. |
|--|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

**UNIDAD EJECUTORA:** 001078 - PROYECTO ESPECIAL DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE NACIONAL - PROVIAS NACIONAL

**FECHA:** 07/07/2026

**MOTIVO:** SERVICIO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO PARA EL PERSONAL DE LA UP-POZO REDONDO

| Sol. Adqui. | Código        | Descripción / Especificaciones Tecnicas | Meta | R.F. | Clasificador     | Cantidad | U.M.     |
|-------------|---------------|-----------------------------------------|------|------|------------------|----------|----------|
| 05521       | S070500030622 | SERVICIO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL   | 0463 | RO   | 2. 3. 2 7. 11 99 | 1.00     | SERVICIO |

Tipo Requerimiento

Bienes☐

Servicios☒

Se adjunta TDR



Firmado Digitalmente  
por: RODRIGUEZ  
PAREDES Ysaac  
Dorian FAU  
20503503639 soft  
DNI: PNOPE-29418655  
Fecha: 03/07/2026  
09:30:11



PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

Viceministerio  
de Transportes

Provia

Firmado Digitalmente por:  
ALARCON BRAVO Pablo  
Andree FAU 20503503639 soft  
DNI: PNOPE-46976477  
Fecha: 06/07/2026 10:47:47

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## **REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE PEAJE POZO REDONDO**

### **1. ÁREA USUARIA QUE REQUIERE EL SERVICIO**

La Unidad de Peaje Pozo Redondo a cargo de la Unidad Zonal XVI – Tacna – Moquegua del Proyecto Especial de Infraestructura de Transporte Nacional PROVIAS NACIONAL, ubicado en la calle Piura N°146, con RUC N°20503503639, Distrito y Provincia de Tacna, Departamento de Tacna.

### **2. DENOMINACION DE LA CONTRATACIÓN**

Servicio de Exámenes Médicos Ocupacionales para el personal de la Unidad de Peaje Pozo Redondo.

### **3. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN**

Servicio de evaluación médica ocupacional periódica para el personal que labora en la Unidad de Peaje Pozo Redondo a cargo de la Unidad Zonal XVI – Tacna – Moquegua del Proyecto Especial de Infraestructura de Transporte Nacional PROVIAS NACIONAL.

### **4. FINALIDAD PÚBLICA**

El presente servicio contribuirá en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**CERTIFICADO PRESUPUESTAL N° 001063 / ESPECIFICA DE GASTO N° 2.3.2.7.11.99 / SERVICIOS DIVERSOS**

**META POI: 0358 - 0054026 UNIDAD DE PEAJE MOVIL POZO REDONDO**

**MNEMÓNICO/META/FINALIDAD: 0463 : 00016 - 0054026 UNIDAD DE PEAJE MOVIL POZO REDONDO**

### **5. DESCRIPCION DEL SERVICIO**

Se requiere contratar los servicios de una empresa especializada en realizar exámenes médicos ocupacionales al personal de la Unidad de Peaje Pozo Redondo de la Unidad Zonal XVI – Tacna - Moquegua, Proyecto Especial de Infraestructura de Transporte Nacional PROVIAS NACIONAL.

La cantidad estimada de protocolos de exámenes médicos se encuentra detallada en la siguiente tabla, siendo este número referencial, toda vez que durante la ejecución del servicio puede variar el número de servidores con vínculo laboral, precisando que el monto total contratado no se excederá de lo solicitado.

| ITEM | DESCRIPCION                                  | CANTIDAD          |
|------|----------------------------------------------|-------------------|
| 1    | <b>SERVICIO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b> | <b>8 PERSONAS</b> |

El servicio se desarrollará de la siguiente manera:

- El proveedor del servicio, deberá designar un/a coordinador/a que tendrá a su cargo las coordinaciones con el Equipo de Salud Ocupacional de la entidad, para la supervisión de la prestación del servicio y para monitorear la asistencia a las evaluaciones médicas según programación.
- Las evaluaciones médicas serán programadas en un lapso de veinte (20) días calendarios, a razón 2 ( ) servidores atendidos como mínimo por día, en el horario de lunes a viernes desde las 08:30 a.m.



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

- La Entidad programará hasta un máximo de tres oportunidades al servidor para asistir a realizarse sus exámenes médicos ocupacionales - EMO, de no asistir a ninguno de ellos, tanto la Entidad como el proveedor, no estará obligado a realizar los exámenes a dicho personal.
- En caso de sospecha de gestación o gestación confirmada la servidora no realizará radiografía de tórax y se continuará con las demás evaluaciones que pueda realizar.
- El Contratista deberá contar con un sistema Web o plataforma virtual, brindará acceso a plataforma virtual mediante usuario y contraseña. Asimismo, debe cumplir con requisitos mínimos que permitan al médico Ocupacional de PROVÍAS NACIONAL:
  - ✓ Visualizar los datos de los servidores de Provías NACIONAL que fueron atendidos en un plazo no mayor a las 48 horas.
  - ✓ Descarga de datos de ficha e historia médica ocupacional, certificado de aptitud médico ocupacional, evaluación osteomuscular, visual, psicológica y resultados de exámenes auxiliares, todo lo señalado de acuerdo a Resolución Ministerial N° 312-2011-MINSA. Adicionalmente debe contar con el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional para legajo, el cual deberá contener la aptitud laboral sin diagnósticos.
  - ✓ El Certificado de Aptitud Médico Ocupacional debe indicar: Apto, No Apto y Apto con Restricciones.
  - ✓ Los archivos de los exámenes médicos ocupacionales deberán ser remitidos a manera de archivo electrónico al Equipo de Salud Ocupacional de la institución, al correo electrónico del Médico Ocupacional ([rmendoza@pvn.gob.pe](mailto:rmendoza@pvn.gob.pe)) con copia al Enfermero Ocupacional ([lpuris@pvn.gob.pe](mailto:lpuris@pvn.gob.pe)) y ([onunez@pvn.gob.pe](mailto:onunez@pvn.gob.pe))
  - ✓ Brindar la disponibilidad de acceso a los exámenes médico ocupacionales mediante plataforma virtual o página web por un periodo de hasta 10 años.
- Si como parte de la evaluación, algún trabajador resulta observado, el centro médico ocupacional (proveedor del servicio) deberá contactarse vía telefónica con el servidor y comunicarle la observación, asimismo, remitirá por correo electrónico notificando la observación correspondiente a la persona evaluada y al Médico Ocupacional de la entidad ([rmendoza@pvn.gob.pe](mailto:rmendoza@pvn.gob.pe)) con copia al Licenciado de Enfermería ([lpuris@pvn.gob.pe](mailto:lpuris@pvn.gob.pe)) y ([onunez@pvn.gob.pe](mailto:onunez@pvn.gob.pe))
- El examen clínico se hará de acuerdo al Documento Técnico "Protocolo de Exámenes Médico Ocupacionales". Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA.

#### **MEDIDAS DE CONTROL:**

El área responsable de las medidas de control que coordinará con el proveedor será la Oficina de Administración de la unidad zonal Tacna Moquegua, a través del Médico Ocupacional y/o Enfermero Ocupacional y/o Administrador de la unidad zonal Tacna Moquegua.

#### **CONSIDERACIONES ADICIONALES:**

- ✓ Si alguno de los servidores considerados para el examen no acude en las fechas programadas inicialmente, el proveedor en coordinación con el médico y/o enfermero ocupacional de PROVÍAS Nacional, y/o Administrador de la unidad zonal Tacna Moquegua, acordarán una reprogramación para los servidores pendientes de evaluación.





PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

Viceministerio  
de Transportes

Provias Nacional

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

- ✓ El proveedor, deberá mantener los ambientes en óptimas condiciones sanitarias de seguridad y salud; contar con ambientes e implementos necesarios para los servicios de higiene personal.
- ✓ El proveedor, se encargará a través de un médico ocupacional de la entrega de los resultados a todos los servidores evaluados.
- ✓ La entidad, proporcionará la información necesaria para la ejecución del servicio después de la visita previa a las instalaciones del proveedor y la firma del acta de inicio del servicio, luego de eso, se procederá a enviar la relación de servidores para la evaluación correspondiente con el perfil de puesto y datos personales (Nombres y apellidos, DNI, perfil ocupacional).

**a. La evaluación médica comprende:**

- **Evaluación general al Servidor:** Para obtención de datos de filiación, antecedentes familiares, historia ocupacional, hábitos, aficiones, resumen de antecedentes de orden médico, actividades laborales, los factores de riesgo del puesto de trabajo, tiempo de exposición y daño potencial a la salud.
- **Examen Físico:**  
El examen físico general comprende:
  - Control de funciones vitales en reposo (incluye control de peso, talla, perímetro abdominal y de tórax)
  - Evaluación médica general
  - Aplicación de Ficha Osteomuscular
  - Índice de masa corporal (IMC, índice de grasa corporal, redondeado al centésimo)
  - Índice de Cintura / Cadera
  - Evaluación Regional: Cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis y extremidades
  - Evaluación Neurológica (pares craneales)
  - Evaluación de Piel y faneras.

Registrarlo acorde a la Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA en el Anexo N° 02, Ficha Médico Ocupacional.

- **Evaluación Psicológica Ocupacional**  
El examen psicológico, será realizado por un Psicólogo colegiado, con especialidad o estudios en Psicología Laboral y/o Ocupacional. La evaluación comprende:
  - Consulta psicológica
  - Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, emocionales y factores de riesgo asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes.
  - Test de Yoshitake para evaluar la fatiga subjetiva en el ambiente laboral.

Registrarlo acorde a la Resolución Ministerial N° 312-2011-MINSA en el Anexo N° 03, Ficha Psicológica Ocupacional, firmado y sellado por el Psicólogo.

- **Evaluación Oftalmológica**  
La evaluación de la agudeza visual y otros problemas oftalmológicos será evaluada por el Médico Oftalmólogo, el cual deberá sellar y firmar al término de la evaluación de cada paciente. La evaluación comprende:



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Proviás Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

- Agudeza Visual (cerca y lejos), exploración externa del ojo, visión de colores (Test de Ishihara), prueba de estereopsis, presión ocular, Test de Amsler, fondo de ojo sin dilatación.

- **Exámenes por Imágenes**

Radiografía de tórax postero anterior, que se adjuntará al Informe correspondiente según OIT, emitido, firmado y sellado por el Médico Radiólogo.

- **Exámenes de Laboratorio (Se detallan en anexo)**

Realizados en ayunas, los resultados de los exámenes serán consignados con los rangos normales referenciales del laboratorio; firmado y sellado por el Médico Patólogo.

- **Evaluación de Función Pulmonar:**

Se realizará un examen de espirometría, los resultados serán consignados con los rangos referenciales del centro médico, firmado y sellado por el Médico Neumólogo.

- **Evaluación Complementaria Específica**

Se realizarán exámenes de Electrocardiograma, Prueba de esfuerzo graduada (mujeres y varones mayores de 40 años), Audiometría.

b. El proveedor deberá informar a los servidores presencialmente de sus resultados para lo cual:

- Debe programar una sesión de informe de resultados, en un plazo no mayor a 2 días posteriores a la culminación de la evaluación médica ocupacional realizada a cada servidor.
- El Contratista debe hacer entrega de copia impresa de resultados completos de pruebas realizadas a los trabajadores y el certificado de aptitud médica ocupacional en un sobre cerrado, el cual debe llevar el nombre de cada trabajador.
- El Proveedor deberá resolver cualquier consulta o informe que le solicite PROVIAS Nacional a través de correos autorizados.

c. La evaluación médica ocupacional requerida se realizará al personal CAP y CAS de PROVIAS NACIONAL, según género y edad, conforme al siguiente detalle:

| PERSONAL                                         | HOMBRES<br>≥ 40 años | HOMBRES<br><40 años | MUJERES<br>≥40 años | MUJERES<br><40 años | TOTAL |
|--------------------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|
| PERSONAL ADMINISTRATIVO Y<br>OPERATIVO CAP Y CAS | 02                   | --                  | 05                  | 01                  | 08    |

d. El proveedor deberá informar al personal de PROVIAS NACIONAL antes del inicio de las pruebas las características de éstas. El material informativo será entregado previamente a la entidad para su distribución en medios digitales.

e. El proveedor considerará en sus costos los insumos y materiales para efectuar los exámenes.

f. El proveedor deberá contar con estacionamiento para un mínimo de 10 vehículos.

g. El proveedor contará con dos surtidores de agua operativos como mínimo y vasos descartables para el personal, de manera permanente durante la ejecución del servicio.

h. El proveedor deberá contar con personal de salud debidamente entrenado y capacitado para la toma del examen y manejo de los equipos necesarios.



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

- i. Los Informes respecto de la evaluación y diagnóstico de los resultados deberán ser suscritos por el Especialista que corresponda.
- j. El proveedor deberá entregar una bata descartable a cada paciente para realizar el circuito de su evaluación. No se permitirá que más de una persona utilice la misma bata.
- k. El proveedor deberá contar con una infraestructura y distribución adecuada: ambientes amplios, ventilados y en óptimas condiciones de asepsia, limpieza, higiene y seguridad.
- l. El día de la atención será coordinado con el servicio de Salud Ocupacional de la Oficina de Recursos Humanos, la atención deberá iniciar preferentemente entre las 7:00 y 9:00 horas. Las coordinaciones de la atención de los/as servidores/as se realizarán desde los correos [lpuris@pvn.gob.pe](mailto:lpuris@pvn.gob.pe) y/o [rmendoza@pvn.gob.pe](mailto:rmendoza@pvn.gob.pe)
- m. El proveedor deberá realizar los exámenes médicos al personal de la Entidad, en sus instalaciones (único local o sede).
- n. La entrega y lectura de resultados deberá ser realizada por un médico ocupacional del proveedor, la misma que será de forma personalizada, previa coordinación con el servicio de Salud Ocupacional de la Oficina de Recursos Humanos. El contratista deberá entregar directamente a cada servidor una copia del examen a modo de informe médico de resumen con copia de los exámenes auxiliares realizados, así como la copia de la Aptitud Médico Ocupacional, se les deberá explicar los hallazgos y recomendaciones, así como de ser necesario interconsulta con otras especialidades. Al finalizar, deberá entregar para la firma del servidor la Constancia de entrega de Certificado de Aptitud Médico Ocupacional y resultado.

## **DOCUMENTOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

El ganador de la buena pro deberá presentar los siguientes documentos para la suscripción del contrato:

- ✓ Copia simple de licencia de funcionamiento vigente, emitido por la Municipalidad correspondiente.
- ✓ Copia simple de licencia de Operación vigente del equipo de Rayos X emitida por Instituto Peruano de Energía Nuclear -IPEN.
- ✓ Copia de los certificados de calibración vigente de los siguientes equipos: audiómetro, equipo de rayos X y electrocardiógrafo, emitidos por un laboratorio acreditado por INACAL o por centro especializado.
- ✓ Copia de Certificado de mantenimiento vigente del equipo electrocardiógrafo.
- ✓ Copia del certificado de inspección técnica de seguridad emitida por Defensa Civil.
- ✓ Evidencia de la adecuada señalización de seguridad, así como de materiales peligrosos en el establecimiento de salud.
- ✓ Evidencia de que los ambientes cuentan con puntos de alcohol en gel.

## **6. ENTREGABLE**

El contratista presentará su entregable a través de mesa de partes de Trámite Documentario de PROVIAS NACIONAL, conforme al siguiente detalle:



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

| Entregable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Plazo                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PRIMER ENTREGABLE:</b><br/>Elaborar un (01) informe detallado según numeral 4, que contenga:</p> <p>- Un (01) informe inicial con el listado del personal evaluados hasta la fecha, original firmado de la entrega de informes de los Certificados de Aptitud, los resultados de los exámenes de laboratorio, informe radiológico, Carnet de bolsillo especificando el grupo sanguíneo (de los que se hayan realizado) y el Informe Médico Ocupacional, este se entregará en copia encarpetado y en sobre a cada trabajador por un Médico del contratista.</p> <p>El informe debe seguir el siguiente esquema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Datos generales del paciente: Nombre, edad, sexo, puesto de trabajo</li> <li>Anamnesis Médica Ocupacional</li> <li>Antecedentes personales y familiares</li> <li>Resultados de cada especialidad y por prueba practicada</li> <li>Hallazgos importantes</li> <li>Recomendaciones específicas.</li> <li>Declaración de aptitud (APTO, APTO CON RESTRICCIONES, NO APTO)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Como máximo a los quince (15) días calendario después de culminado el último día de evaluación.</p> |
| <p>- Un (01) informe final completo del personal evaluados hasta la fecha, estadístico en físico y digital, que resuma la situación de salud ocupacional de los trabajadores con indicadores y recomendaciones por cada puesto de trabajo, comprendiendo los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Número de trabajadores evaluados</li> <li>Distribución por sexo, evaluados</li> <li>Distribución de enfermedades por dependencias u oficinas de PROVIAS NACIONAL</li> <li>Distribución de trabajadores evaluados por grupos etarios (edad).</li> <li>Resultados estadísticos y análisis de los exámenes de laboratorio, el cual deberán incluir los valores normales de su laboratorio.</li> <li>En los hallazgos radiográficos y ecográficos se deberá agrupar los hallazgos por importancia diagnóstica.</li> <li>Dependiendo de los hallazgos por dependencia, elaborarán recomendaciones y sugerencias de medidas de control.</li> </ol> <p>Remitir copias de los resultados de las evaluaciones realizadas para la Historia Clínica de cada trabajador a cargo de la Oficina de Recursos Humanos, los diagnósticos, los resultados de las pruebas de laboratorio exámenes auxiliares, así como las recomendaciones que deberán ser entregadas con los Informes Médicos en medios digitales (en una memoria USB).</p> <p>Los formatos individuales que serán parte del informe se detallan a continuación:</p> | <p>Como máximo a los quince (15) días calendario después de culminado el último día de evaluación.</p> |





**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA.-</b> Formato donde se registra Filiación y Antecedentes Personales y Familiares.</li> <li>• <b>CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL.-</b> Suscrito por el Médico Ocupacional del Establecimiento.</li> <li>• <b>INFORME DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL.-</b> Suscrito por el médico responsable y con visto bueno de la Dirección del Establecimiento.</li> <li>• <b>FICHA DE EVALUACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA.-</b> Debe ser realizada por Médico General o Especialista. Incluye Aptitud de espalda, Flexibilidad y fuerza de abdomen, cadera, muslos, abdomen Lateral. Rangos articulares, hombros, codos, muñecas y tobillos.</li> <li>• <b>FICHA EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA.-</b> Realizada por médico especialista comprende: Agudeza visual, campos visuales (podrá ser realizado por confrontación), visión de colores, presión ocular (podrá medirse sin dilatación).</li> <li>• <b>FICHA EVALUACIÓN AUDIOMÉTRICA.-</b> Realizada por médico especialista comprende: Examen otoscopio, Audiometría bilateral, resultado clínico y % de deterioro o menoscabo, de ser el caso.</li> <li>- <b>FICHA EVALUACIÓN PULMONAR.-</b> Realizada por médico especialista comprende: Examen de Espirometría y resultado clínico.</li> <li>- <b>FICHA DE EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA.-</b> Realizada por odontólogo o cirujano dentista.</li> <li>• <b>LECTURA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, INFORME RADIOGRÁFICO</b> (Se aceptará que Placas Radiológicas puedan ser presentadas en memoria USB, dentro del Plazo estipulado, siempre y cuando la calidad de la Imagen sea buena y validada por el Médico Radiólogo).</li> <li>• <b>FICHA CON RESULTADOS DE LABORATORIO.</b></li> <li>• <b>FICHA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR.-</b> Realizada por médico especialista, Comprende: Examen físico, Electrocardiograma de reposo, prueba de esfuerzo, de ser el caso.</li> <li>• <b>INFORME ECOGRÁFICO.-</b> Realizado por Médico General Ecografista y/o Radiólogo.</li> <li>• <b>EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ÚNICA.-</b> Realizada por profesional en Psicología Clínica, Comprende: Datos de filiación, Puesto al que postula. Instrumentos de evaluación mínima.</li> </ul> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

El informe en físico será entregado por el contratista en consulta médica al trabajador (se programará una lectura individual de resultados). Todos los informes deberán estar firmados por un Médico Ocupacional.

Los originales serán entregados al Médico Institucional de PROVIAS NACIONAL para su registro y archivo. (En medio digital) en una memoria USB.

1. La ficha médico ocupacional, el certificado de aptitud y la ficha psicológica ocupacional serán entregados según los formatos establecidos en la Resolución Ministerial N° 312-2011-MINSA.
2. Base de datos de todos los hallazgos de todos los trabajadores en medio magnéticos (Excel) en USB.
3. La facturación con el detalle de cada examen realizado por cada trabajador (Excel). Una sola Boleta de facturación.

## 7. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El servicio será realizado en un plazo máximo de 35 días calendario, contados a partir de la fecha que indique la Oficina de Administración de la unidad zonal Tacna Moquegua mediante acta de inicio del servicio, este plazo incluye la toma de exámenes y la entrega de informes individuales y grupales.





**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## **8. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO**

Se realizará en las instalaciones del proveedor.

## **9. CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La conformidad será emitida por la Oficina de Administración de la unidad Zonal Tacna Moquegua, con visto bueno de la jefatura zonal, la misma que se otorgará en un plazo máximo de siete (07) días contabilizados desde el día siguiente de recibido el entregable.

## **10. MODALIDAD DE PAGO**

Precio Unitarios

## **11. FORMA DE PAGO**

PROVIAS NACIONAL efectuará el pago de la contraprestación pactada en una sola armada, luego de la presentación de los dos entregables solicitados, en un plazo de diez (10) días hábiles luego de otorgada la conformidad del servicio.

## **12. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

El plazo máximo de responsabilidad por vicios ocultos es de un (01) año contado a partir de emitida la conformidad.

## **13. PENALIDAD**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, PROVIAS NACIONAL 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 a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para bienes y servicios: F = 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato, componente o ítem que debió ejecutarse o, en caso que estos involucren entregables cuantificables en monto y plazo, al monto y plazo del entregable que fuera materia de retraso.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobada. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso, la calificación del retraso como justificado por parte de la entidad contratante no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo.



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Proviás Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

#### **14. DISPOSICIONES DE GESTIÓN DE RIESGOS**

LAS PARTES realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato 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.

#### **15. RESOLUCION DE CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver 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 procederán de acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

#### **16. CLAUSULA ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

A la suscripción del 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 de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar.



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Proviás Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## 17. CLAUSULA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante CONCILIACIÓN, cuando se haya pactado y arbitraje.

## 18. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

De presentarse hechos generadores de atraso, el contratista puede solicitar ampliación de plazo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de finalizado el hecho generador del atraso o paralización. La entidad debe resolver dicha solicitud y notificar su decisión al contratista dentro de doce (12) días hábiles, contabilizados desde el día siguiente de recibida la solicitud.

El contratista deberá cumplir con la Confidencialidad y Reserva Absoluta en el manejo de información y documentación a la que tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación del servicio, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

En tal sentido, EL CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad en materia de seguridad de la información. Dicha obligación comprende la Información que se entrega, así como la que se genera durante la ejecución de las prestaciones y la información producida una vez que se haya concluido las prestaciones.

Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos y demás documentos e información compilados o recibidos por el contratista.

El contratista se compromete a mantener en reserva y a no revelar a terceros sin previa autorización de PROVIAS NACIONAL, toda información que le sea suministrada por ésta última y/o sea obtenida durante las actividades a desarrollarse durante el procedimiento de pruebas serológicas o moleculares, excepto en cuanto resulte necesario para el cumplimiento del contrato.

El contratista se compromete a mantener en reserva y a no revelar a terceros sin previa autorización de PROVIAS NACIONAL, toda información que le sea suministrada por ésta última y/o sea obtenida durante las actividades a desarrollarse durante el procedimiento de pruebas serológicas o moleculares, excepto en cuanto resulte necesario para el cumplimiento del contrato.

*Documento Firmado Digitalmente*

**SR. YSAAC DORIAN RODRIGUEZ PAREDES**

Técnico Administrativo de Peajes I  
Unidad de Peaje Pozo Redondo  
PROVIAS NACIONAL

**Elaborado por:**

**YSAAC DORIAN RODRIGUEZ PAREDES  
TECNICO ADMINISTRATIVO DE PEAJES I  
UP POZO REDONDO**

*Documento Firmado Digitalmente*

**ING. PABLO ANDREE ALARCON BRAVO**

Jefe (e) Zonal  
Unidad Zonal XVI Moquegua - Tacna  
PROVIAS NACIONAL

**Aprobado por:**

**ING. PABLO ANDREE ALARCON BRAVO  
JEFE (E) ZONAL  
UNIDAD ZONAL XVI MOQUEGUA - TACNA**



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## **II. REQUISITOS DE CALIFICACION**

### **A. CAPACIDAD LEGAL**

#### Requisitos

- ✓ Registro de Acreditación de Servicios de Salud Ocupacional otorgado por DIGESA.
- ✓ Categorización del Ministerio de Salud como establecimiento de salud Nivel I-3 o superior.

#### Acreditación:

- ✓ Copia simple de registro de acreditación de Servicio de Salud Ocupacional otorgada por DIGESA.
- ✓ Copia simple de Resolución Directoral de Categorización de Establecimiento de Salud, Nivel I-3 o superior.

### **B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**

#### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 10,000.00 (DIEZ MIL Y 00/100 SOLES), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los quince (15) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computa desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el ANEXO 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 5,500.00 (CINCO MIL QUINIENTOS Y 00/100 SOLES), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los quince (15) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computa desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran servicios similares a los siguientes: Servicio de Evaluaciones Médicas ocupacionales y/o servicios de laboratorio y/o servicios de exámenes médicos y/o servicio de toma de muestras en entidades públicas y/o privadas.

#### Acreditación:

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, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso el postor sustente su experiencia en la especialidad mediante contrataciones realizadas con privados, para acreditarla debe presentar de forma obligatoria lo indicado en el numeral (ii) del presente párrafo; no es posible que acredite su experiencia únicamente con la presentación de contratos u órdenes de compra con conformidad o constancia de prestación.

### **C. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL**

#### **C.1. EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE**

##### Requisito:

1. Médico con Especialidad en Otorrinolaringología, cantidad mínima uno (01)
2. Médico con Especialidad en Radiología, cantidad mínima uno (01)



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

3. Médico con Especialidad en Oftalmología, cantidad mínima uno (01)
  4. Médico con Especialidad en Cardiología, cantidad mínima uno (01)
  5. Médico con Especialidad en Anatomía Patológica o Clínica, cantidad mínima uno (01)
  6. Médico con Especialidad en Neumología, cantidad mínima uno (01)
  7. Médico con Especialidad o Maestría en Medicina Ocupacional, cantidad mínima uno (01)
  8. Médico Cirujano, cantidad mínima uno (01)
  9. Licenciado(a) en Enfermería y/o técnico en Enfermería, cantidad mínima tres (03)
  10. Licenciado(a) en Psicología, cantidad mínima uno (01)
  11. Licenciado(a) en Nutrición, cantidad mínima uno (01)
  12. Técnico en Laboratorio, cantidad mínima tres (03)
  13. Coordinador responsable de la prestación del servicio, cantidad mínima uno (01)
- Deberá acreditar dos (02) años de experiencia en el ejercicio profesional para cada personal clave.

Acreditación:

- ✓ 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.

De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado.

## **C.2. CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE**

### **C.2.1 FORMACIÓN ACADÉMICA**

Requisitos:

1. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Otorrinolaringología
2. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Radiología
3. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Oftalmología
4. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Cardiología
5. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Anatomía Patológica o Clínica
6. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad en Neumología.
7. Título profesional de Médico Cirujano con Especialidad o Maestría en Medicina Ocupacional
8. Título profesional de Médico Cirujano
9. Título profesional de Licenciado (a) en Enfermería y/o Título técnico en Enfermería
10. Título profesional de Licenciado (a) en Psicología
11. Título profesional de Licenciado (a) en Nutrición
12. Título Técnico en Laboratorio
13. Coordinador responsable de la prestación del servicio: Profesional con estudio técnico o universitario.

Acreditación:

El TÍTULO PROFESIONAL y/o TÍTULO TÉCNICO será verificado por los evaluadores en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: <https://enlinea.sunedu.gob.pe/> o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link: <https://titulosinstitutos.minedu.gob.pe/>, según corresponda.



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

El postor debe señalar los nombres y apellidos, DNI y profesión del personal clave, así como el nombre de la universidad o institución educativa que expidió el grado o título profesional requerido.

En caso el TÍTULO PROFESIONAL y/o TÍTULO TÉCNICO no se encuentre inscrito en los referidos registros, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.

En caso se acredite estudios en el extranjero del personal clave, debe presentarse adicionalmente copia simple del documento de la revalidación o del reconocimiento ante SUNEDU, del grado académico o título profesional otorgados en el extranjero, según corresponda.

### **C.2.2 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE**

#### Requisitos:

Médico Cirujano: Diplomado en ecografía no menor de 36 créditos académicos.

#### Acreditación:

Se acreditará con copia simple de CONSTANCIA y/o CERTIFICADO y/o DIPLOMA.

### **C.3. EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO**

#### Requisitos:

- ✓ Un (01) Equipamiento de Rayos X: EQUIPO ESTACIONARIO DE RAYOS X con generador no menor de 300 mA a 125 KV con fuente de poder eléctrico independiente, con tubo de ánodo rotatorio, con spot focal menor a 2 mm de diámetro, con filtración total equivalente a 0.7 mmAL y colimación de haz de radiación.
- ✓ Un (01) Audiómetro: Según las normas ISO 8253-1-1989 "Acoustic-Audiometric test methods" y/o OSHA Standard 29CFR, Audiometric. Test Rooms – 1910.95
- ✓ Equipamiento para pruebas cardiológicas (Electrocardiograma): Un (01) Electrocardiógrafo: Unidad compacta de mesa, forma de operación manual y/o automática con capacidad de realizar 3 derivaciones en tiempo real, con impresora integrada que incluya los datos del paciente.
- ✓ Instrumental para realizar pruebas oftalmológicas: (01) Instrumental para las Pruebas Funcionales para agudeza, visión cromática, visión estereoscópica, tonometría.
- ✓ Un (01) Ecógrafo: unidad móvil con ruedas con monitor LCD o LED de alta definición, con tres o más puertos activos para la conexión de transductores, revisión cinematográfica, zoom de alta definición.
- ✓ Un (01) Espirómetro para medir la función pulmonar: como mínimo debe contener pantalla LCD, impresora, rango de volumen de 1 a 16 L, precisión de flujo +/-10 l/s.

#### Acreditación:

Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compraventa o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido está disponible para la ejecución del contrato.





PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

Viceministerio  
de Transportes

Proviás Nacional

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

#### C.4. INFRAESTRUCTURA ESTRATÉGICA

##### Requisitos:

El proveedor deberá contar con una infraestructura adecuada para la prestación del servicio:

- Deberá estar ubicada en lugar de fácil acceso
- Ambientes amplios, ventilados y en óptimas condiciones de asepsia, limpieza, higiene y seguridad para realizar las pruebas.
- Deberá contar con Certificado de Inspección de Defensa Civil.
- Deberá contar con señalización de Seguridad.
- Centro de categoría I-3 Acreditación:

Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.







PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

Viceministerio  
de Transportes

Provias Nacional

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## CUADRO N° 01 EXAMENES MÉDICOS



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Provias Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

| <b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL</b>                                                                                                                        |                           |                                       |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------|
| <b>TIPO DE EVALUACIÓN</b>                                                                                                                                   | <b>PERSONAL CAS Y CAP</b> | <b>PERSONAL CAS Y CAP CONDUCTORES</b> | <b>TOTAL</b> |
| HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL (RM 312-2011)                                                                                                                   |                           |                                       |              |
| EXAMEN FÍSICO :                                                                                                                                             |                           |                                       |              |
| · Control antropométrico                                                                                                                                    |                           |                                       |              |
| · Funciones Vitales                                                                                                                                         |                           |                                       |              |
| · Evaluación por aparatos y sistemas                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| EXAMEN MUSCULO ESQUELÉTICO: (test de jobbe, test de patte, maniobra phalen, phalen invertido, maniobra de tinnel, ficha osteomuscular según RM 312)         |                           |                                       |              |
| EVALUACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL según RM 312: Evaluar fatiga subjetiva en el ambiente laboral (Test de Yoshitake)/evaluación nivel de Estrés y ansiedad. |                           |                                       |              |
| · Ficha de Evaluación de fatiga y somnolencia                                                                                                               |                           |                                       |              |
| EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA                                                                                                                                     |                           |                                       |              |
| EXAMENES COMPLEMENTARIOS:                                                                                                                                   |                           |                                       |              |
| · Hemograma Completo                                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| · Grupo y factor                                                                                                                                            |                           |                                       |              |
| · Radiografía de Tórax (LECTURA OIT)                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| PARAMETROS BIOQUÍMICOS:                                                                                                                                     |                           |                                       |              |
| · Glucosa en ayunas                                                                                                                                         |                           |                                       |              |
| · Colesterol Total                                                                                                                                          |                           |                                       |              |
| · Colesterol-HDL                                                                                                                                            |                           |                                       |              |
| · Colesterol-LDL                                                                                                                                            |                           |                                       |              |
| · Colesterol-VLDL                                                                                                                                           |                           |                                       |              |
| · Triglicéridos.                                                                                                                                            |                           |                                       |              |
| ANÁLISIS DE ORINA:                                                                                                                                          |                           |                                       |              |
| · Densidad.                                                                                                                                                 |                           |                                       |              |
| · pH.                                                                                                                                                       |                           |                                       |              |
| · Glucosa.                                                                                                                                                  |                           |                                       |              |
| · Proteínas.                                                                                                                                                |                           |                                       |              |
| · Cuerpos cetónicos.                                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| · Urea.                                                                                                                                                     |                           |                                       |              |
| · Bilirrubina.                                                                                                                                              |                           |                                       |              |
| · Urobilinógeno.                                                                                                                                            |                           |                                       |              |
| · Hematíes.                                                                                                                                                 |                           |                                       |              |
| · Leucocitos.                                                                                                                                               |                           |                                       |              |
| · Nitritos.                                                                                                                                                 |                           |                                       |              |
| · Descarte de Drogas en Orina (cocaína y marihuana)                                                                                                         |                           |                                       |              |
| EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA: Agudeza Visual de Lejos y Cerca, test de colores y campimetría, test de amsler y medida de presión intraocular sin dilatación).   |                           |                                       |              |
| EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA ESPECÍFICA                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| Espirometría                                                                                                                                                |                           |                                       |              |
| · Electrocardiograma                                                                                                                                        |                           |                                       |              |
| · Prueba de esfuerzo graduada (mujeres y varones a partir de 40 años)                                                                                       |                           |                                       |              |
| · Audiometría                                                                                                                                               |                           |                                       |              |
| Ecografía (Hígado, Páncreas, vesícula biliar, bazo, aorta abdominal y otros vasos sanguíneos del abdomen)                                                   |                           |                                       |              |
| · EKG                                                                                                                                                       |                           |                                       |              |
| Antígeno Prostático PSA (HOMBRES≥40)                                                                                                                        |                           |                                       |              |

CONDICIONANTES

PSA (ANTIGENO PROSTATICO) : HOMBRES ≥ 40 años

PRUEBA DE ESFUERZO GRADUADA : HOMBRES Y MUJERES ≥ 40 años



**PERÚ****Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones****Viceministerio  
de Transportes****Proviás Nacional**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

## ESTRUCTURA O DESAGREGADO DE COSTOS

| ESTRUCTURA O DESAGREGADO DE COSTOS                                                                                                                          |       |                |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|-------------|
| TIPO DE EVALUACIÓN                                                                                                                                          | TOTAL | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
| HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL (RM 312-2011)                                                                                                                   |       |                |             |
| EXAMEN FÍSICO :                                                                                                                                             |       |                |             |
| · Control antropométrico                                                                                                                                    |       |                |             |
| · Funciones Vitales                                                                                                                                         |       |                |             |
| · Evaluación por aparatos y sistemas                                                                                                                        |       |                |             |
| EXAMEN MUSCULO ESQUELÉTICO: (test de jobbe, test de patte, maniobra phalen, phalen invertido, maniobra de tinnel, ficha osteomuscular según RM 312)         |       |                |             |
| Evaluación Odontológica: examen de verificación de caries, estado de las restauraciones y la salud general de las piezas dentales                           |       |                |             |
| EVALUACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL según RM 312: Evaluar fatiga subjetiva en el ambiente laboral (Test de Yoshitake)/evaluación nivel de Estrés y ansiedad. |       |                |             |
| · Ficha de Evaluación de fatiga y somnolencia                                                                                                               |       |                |             |
| EXAMENES COMPLEMENTARIOS:                                                                                                                                   |       |                |             |
| · Hemograma Completo                                                                                                                                        |       |                |             |
| · Grupo y factor                                                                                                                                            |       |                |             |
| · Radiografía de Tórax (LECTURA OIT)                                                                                                                        |       |                |             |
| PARAMETROS BIOQUÍMICOS:                                                                                                                                     |       |                |             |
| · Glucosa en ayunas                                                                                                                                         |       |                |             |
| · Colesterol Total                                                                                                                                          |       |                |             |
| · Colesterol-HDL                                                                                                                                            |       |                |             |
| · Colesterol-LDL                                                                                                                                            |       |                |             |
| · Colesterol-VLDL                                                                                                                                           |       |                |             |
| · Triglicéridos.                                                                                                                                            |       |                |             |
| ANÁLISIS DE ORINA:                                                                                                                                          |       |                |             |
| · Densidad.                                                                                                                                                 |       |                |             |
| · pH.                                                                                                                                                       |       |                |             |
| · Glucosa.                                                                                                                                                  |       |                |             |
| · Proteínas.                                                                                                                                                |       |                |             |
| · Cuerpos cetónicos.                                                                                                                                        |       |                |             |
| · Urea.                                                                                                                                                     |       |                |             |
| · Bilirrubina.                                                                                                                                              |       |                |             |
| · Urobilinógeno.                                                                                                                                            |       |                |             |
| · Hematíes.                                                                                                                                                 |       |                |             |
| · Leucocitos.                                                                                                                                               |       |                |             |
| · Nitritos.                                                                                                                                                 |       |                |             |
| · Descarte de Drogas en Orina (cocaína y marihuana)                                                                                                         |       |                |             |
| Evaluación Oftalmológica: Agudeza Visual de Lejos y Cerca, test de colores y campimetría, test de amsler y medida de presión intraocular sin dilatación).   |       |                |             |
| EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA ESPECÍFICA                                                                                                                        |       |                |             |
| Espirometría                                                                                                                                                |       |                |             |
| · Electrocardiograma                                                                                                                                        |       |                |             |
| · Prueba de esfuerzo graduada (mujeres y varones a partir de 40 años)                                                                                       |       |                |             |
| Ecografía (Hígado, Páncreas, vesícula biliar, bazo, aorta abdominal y otros vasos sanguíneos del abdomen)                                                   |       |                |             |
| · Audiometría                                                                                                                                               |       |                |             |
| · EKG                                                                                                                                                       |       |                |             |
| Antígeno Prostático PSA (HOMBRES ≥ 40)                                                                                                                      |       |                |             |

**CONDICIONANTES**

PSA (ANTIGENO PRÓSTATICO) : HOMBRES ≥ 40 años

PRUEBA DE ESFUERZO GRADUADA : HOMBRES Y MUJERES ≥ 40 años

