

Anexo N° 01-A

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y CONSULTORÍAS


Órgano y/o Unidad Orgánica : Subgerencia de Atención a la Persona con Discapacidad

Actividad del POI / Acción estratégica PEI : Capacitación, promoción, desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida económica salud, social y cultural, velando por la igualdad de condiciones, asimismo promover el cumplimiento de las normas de accesibilidad en el entorno urbano y las edificaciones


Denominación de la contratación : CONTRATACION DE SERVICIO EN GENERAL DE 01 TECNICA PARA APOYO EN TERAPIAS FISICAS DE REHABILITACION PARA LA SUBGERENCIA DE OMAPED

#	CLÁUSULAS
I	<p>FINALIDAD PÚBLICA</p> <p>MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS USUARIOS A TRAVES DE LAS TERAPIAS FISICAS DE REHABILITACION</p>
II	<p>OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN</p> <p>Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de nuestra Provincia</p>
III	<p>ALCANCE DEL SERVICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de ingreso y salidas de pacientes con sus diferentes ayudas biomecánicas. • Movilización de pacientes sedentes-bipedestación-supino para iniciar el tratamiento fisioterapéutico. • Apoyo a la licenciada en la bipedestación de pacientes hemipléjicos. • Cuidado y protección a las posibles caídas de algún paciente. • Asistencia en los diferentes planes de tratamiento fisioterapéutico por cada paciente. <p>Terapias domiciliarias y en los diferentes distritos de la Provincia.</p>
IV	<p>REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proactivo y con muchas ganas de volcar todos sus conocimientos en los grandes objetivos de ésta Subgerencia. • Responsabilidad e integridad ética y moral con una cultura de actitud de servicio. • TECNICA EN TERAPIAS FISICAS DE REHABILITACION
V	<p>REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS.</p> <p>NO CORRESPONDE</p>
VI	<p>SEGUROS</p> <p>NO CORRESPONDE</p>
VII	<p>PRESTACIONES ACCESORIAS</p> <p>NO CORRESPONDE</p>
VIII	<p>LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN</p> <p>LUGAR: SUBGERENCIA DE OMAPED (AREA DE TERAPIAS)</p> <p>PLAZO: 60 DIAS</p>

ID	ENTREGABLES		
	Nro	Entregable	Entregado del Entregable
X	CONFORMIDAD	<p>1º ENTREGABLE</p> <p>Entrega ser entregada en un plazo máximo de 30 días contados a partir del día siguiente de emitida la orden de servicio</p> <p>2º ENTREGABLE</p> <p>Entrega ser entregada en un plazo máximo de 30 días contados a partir del día siguiente de emitida la orden de servicio</p>	<p>Entregado del Entregable</p> <p>1. [illegible]</p> <p>2. [illegible]</p> <p>3. [illegible]</p> <p>4. [illegible]</p> <p>5. [illegible]</p> <p>6. [illegible]</p> <p>7. [illegible]</p> <p>8. [illegible]</p> <p>9. [illegible]</p> <p>10. [illegible]</p>
	LA CONFORMIDAD SERA OTORGADA POR LA SUBGERENCIA DE CMAPED		


 MUNICIPIO DE CÚCUTA
 SUBGERENCIA DE CMAPED
 Subgerente de CMAPED

 Firma del solicitante


 MUNICIPIO DE CÚCUTA
 SUBGERENCIA DE CMAPED
 Subgerente de CMAPED

 Firma del Jefe del Área Operativa