

9

Anexo N°02

*Términos de Referencia*

<b>Órgano y/o Unidad Orgánica:</b>	MICRO RED DE SALUD CONCEPCION – C.S. DAVID GUERRERO DUARTE
<b>Actividad del POI:</b>	TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION /Locación de servicio
<b>Denominación de la Contratación:</b>	TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION PARA LA MICRO RED DE SALUD CONCEPCION – C.S. DAVID GUERRERO DUARTE

**I. FINALIDAD PÚBLICA**

*Contar con el servicio de atención de un Tecnólogo Medico en Terapia Física y Rehabilitación para el cumplimiento de atención de acuerdo a nuestra cartera de servicios aprobada con RD 139-2025GRSDRSJ.*

**II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN**

*Contratación del servicio de un TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION PARA LA MICRO RED DE SALUD CONCEPCION – C.S. DAVID GUERRERO DUARTE.*

**III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR**

**3.1 Descripción del servicio a contratar**

Ítem	Cantidad	Descripción del servicio
Tercero	01	TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION

**3.2 Actividades**

Capacidad Legal:

- *Cumplir con la Planificación, Organización, Coordinación y Gestión de actividades de Rehabilitación, Certificación y RBC en las personas con Discapacidad, según norma vigente y articulando el trabajo con los OMAPED, CONADIS, Actores Sociales y demás aliados estratégicos.*
- *Realizar la evaluación funcional del paciente asignado aplicando técnicas e instrumentos de Terapia física, que oriente sus actividades al inicio, durante el proceso y al final del tratamiento.*
- *Planificar sus actividades fisioterapéuticas en concordancia con el diagnóstico, plan de tratamiento médico y metas establecidas, considerando la evaluación funcional y el seguimiento del paciente.*
- *Aplicar métodos y técnicas de tratamiento fisioterapéutico, para la rehabilitación integral del paciente, según el diagnóstico médico y metas establecidas.*
- *Coordinar la reevaluación médica, según corresponda, comunicando las ocurrencias que puedan alterar el curso del cumplimiento de las metas planteadas.*
- *Elaborar el informe del tratamiento de Terapia Física aplicado, así como, otros informes de su competencia que sean solicitados.*
- *Mantener y velar por el uso racional y conservación de equipos biomédicos y materiales de su área de trabajo.*



- *Participar en actividades de promoción, prevención y estilos de vida detectando los riesgos de Discapacidad y alteración de la funcionalidad fisca en la población, como parte del equipo multidisciplinario de acuerdo a la Normativa vigente.*
- *Participar en la elaboración de guías prácticas y desarrollo de actividades, así como documentos técnicos normativos propios del perfil profesional.*

### **3.3 Perfil**

- *Titulo profesional de Tecnólogo Medico en Terapia física y Rehabilitación.*
- *Habilidad profesional vigente.*
- *Experiencia laboral mínima 2 años en entidades públicas y/o privadas.*
- *Resolución de SERUMS.*
- *Contar con Inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *No estar impedido de contratar con el estado.*

### **3.4 Entregable y/o producto**

- *Primer entregable hasta los 30 días calendarios contados a partir de la notificación de la orden de servicio, informe evidenciado de actividades realizadas.*

### **3.5 Prestaciones accesorias a la prestación principal**

*No corresponde.*

### **3.6 Lugar y plazo de prestación de servicio**

#### **3.6.1 Lugar**

**MICRO RED DE SALUD CONCEPCION – C.S. DAVID GUERRERO DUARTE**

#### **3.6.2 Plazo**

**30 días calendario notificada la orden de servicio Previa firma de Acta de Conformidad por el área usuaria.**

## **IV. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR**

### **4.1 Confidencialidad**

*El servidor deberá ser cuidadoso con el manejo de información, equipos, dispositivos, periféricos a la que se dio acceso y que se encuentre relacionado a sus actividades, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.*

### **4.2 Propiedad Intelectual**

*La entidad tendrá todos los derechos de propiedad intelectual, incluidos sin limitación los documentos y otros materiales que guarden una relación directa con la ejecución del servicio.*

### **4.3 Medidas de control durante la ejecución contractual**

*Deberá emitir una carta, haciendo mención de los entregables, considerando evidencias de cada actividad.*



#### **4.4 Conformidad de Servicio**

*Se realizará una carta final de servicio realizado. El Acta de Conformidad lo firmará el jefe inmediato.*

#### **4.5 Forma de pago**

*Previa firma del Acta de conformidad.*

#### **4.6 Formula de reajuste**

*Si el proveedor no cumple con el servicio dentro del plazo estipulado, la Entidad le aplicara una penalidad por cada día de retraso, hasta por un monto*

*Equivalente al 10% del monto de la contratación.*

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto del contratado}}{F \times \text{plazo en días}}$$

*Para plazos menores o iguales a treinta (30) días F=0,40*

*Para plazos mayores a treinta (30) días F=0,25*

*El Área Usuaria, además de incluir la penalidad por retraso injustificado, podrá incluir otro tipo de penalidades.*

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

  
Lic. Olga A. Orihuela Oré  
CEP 21946  
INADORA DE DISCAPACIDAD

Firma y Sello  
Área Usuaria