

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento N° 1 para la publicación de la información oficiosa).

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

CONTRATO No. 019/2024

**CONTRATO POR MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES
COLABORADOR FINANCIERO**

NOSOTROS: MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES, de cuarenta y nueve años de edad, xxxxxxxxx, del domicilio de xxxxxxxxxxxx, Departamento de xxxxxxxx, persona a quien conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, homologado; actuando en su calidad de Director xxxxxxxx Hospital Regional y Departamental, a nombre y representación del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, municipio de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, con Número de Identificación Tributaria uno cuatro uno seis – dos dos uno dos nueve cinco – uno cero uno – seis, personería que doy fe de ser legítima y suficiente por haber tenido a la vista los documentos siguientes: a) Diario Oficial número CUARENTA Y CINCO, Tomo número CIENTO CUARENTA Y CUATRO, de fecha seis de marzo de dos mil diecisiete; que contiene el acuerdo número Doscientos ochenta y ocho, en el Ramo de Salud, el cual en su artículo sesenta y siete prescribe, que cada hospital está a cargo y bajo responsabilidad de un Director nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo que se ha mencionado, y que cada hospital tiene carácter de persona jurídica, que su representante legal es el Director, quien está facultado para representarlo judicial y extrajudicialmente; b) Acuerdo número SEISCIENTOS TREINTA Y UNO, de fecha quince de agosto del año dos mil diecinueve; con fundamento en el artículo dos de la Ley de Salario del ejercicio fiscal dos mil diecinueve, aprobada mediante Decreto Legislativo número DOSCIENTOS DIECIOCHO y DOSCIENTOS DIECINUEVE, publicado en el Diario Oficial número doscientos cuarenta tomo cuatrocientos veintiuno, de fecha veintiuno de diciembre del dos mil dieciocho; artículo veinticuatro del Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, acordó nombrar en propiedad por Ley de Salarios a partir del uno de septiembre del año dos mil diecinueve al referido profesional, en el cual consta su nombramiento como Director Médico Hospital Regional y Departamental del referido hospital; y por lo cual me encuentro facultado para otorgar actos como el presente y que en el transcurso de este instrumento me denominaré el "HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA" o simplemente el "EL HOSPITAL, por una parte, y por la otra y **OSCAR UZIEL VILLALOBOS DIAZ**, de veintisiete años de edad, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, del domicilio de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, departamento de xxxxxxxx, con Documento Único de Identidad número xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx; que en lo sucesivo se denominará "EL CONTRATISTA", convenimos celebrar el presente contrato conforme a las cláusulas que a continuación se especifican: **I) OBJETO DEL CONTRATO:** Convenimos en celebrar el presente contrato como COLABORADOR FINANCIERO, Funciones Básicas: ÁREA DE TESORERÍA: Revisar los documentos presentados a Tesorería para efectuar trámites de pago. Procesar documentación de pago de bienes y servicios por compromisos adquiridos, en el Sistema SAFI. Elaborar requerimientos de fondos de bienes y servicios. Auxiliar al Pagador de Remuneraciones en el proceso del devengamiento y pago de las obligaciones y en todas las tareas que le sean asignadas. Informar a proveedores que se presenten a recoger su cheque. Efectuar entrega de cheques para pago de proveedores y con cargo a provisiones. Llevar control de documentación de pago, entregada al Área de

Contabilidad. Recibir correspondencia interna y externa. Apoyar en la elaboración de reportes, en controles relacionados a pagos. Llevar control de recibos en los expedientes correspondientes. Recibir compromiso presupuestario aprobado. Recibir facturas, recibos y otros para digitación en el libro de obligaciones por pagar, del módulo de tesorería de la aplicación informática SAFI. Generar requerimientos de fondos de la aplicación informática SAFI. Efectuar el control mensual del IVA y de la documentación probatoria para pago, que ha sido procesada. Apoyar en la impresión de cheques de bienes y servicios. Remitir al Área Contable debidamente sellada, la documentación probatoria de pago a proveedores. Efectuar entrega oportuna de constancias de renta. Mantener archivo ordenado cronológicamente, de la documentación correspondiente a los documentos probatorios de pago. Cumplir con otras funciones encomendadas por el Tesorero Institucional, relativas a su área de trabajo. **ÁREA DE FONDOS EXTERNOS:** Revisar facturas y demás documentos de pago, previo a la elaboración de voucher de pago. Elaborar boletas de pago a personal contratado con los proyectos. Elaborar voucher de todos los cheques generados en el Área, para efecto de pago a diferentes suministrantes de los proyectos. Efectuar elaboración de remesas. Remitir al Área de Contabilidad, los estados bancarios provisionales con copia de libretas de Banco y Auxiliar de Banco. Remitir diariamente al Área de Contabilidad, los voucher de los cheques pagados a suministrantes de los diferentes proyectos. Elaborar, controlar y registrar los activos fijos del Área. Informar a los suministrantes para el retiro oportuno de cheques. Efectuar el control, seguimiento, distribución y actualización de existencias de papelería y artículos de oficina del Área. Realizar gestión y control de comprobantes de retención. Enviar al Área de Contabilidad, el primer día hábil de cada mes, los comprobantes de retención generados en los procesos de pagos. Preparar informes de aplicación de los descuentos de renta para el Ministerio de Hacienda. Preparar constancias de retención de renta a empleados y suministrantes. Realizar otras actividades que el Jefe le delegue, relativas a su área de trabajo. II) **HONORARIO Y FORMA DE PAGO,** El honorario mensual por el servicio objeto del presente contrato asciende a la suma de **QUINIENTOS DOLARES CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$500.58)**, el cual será pagado por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, al final de mes, por medio de cheque o depósito a cuenta. III) **FORMA DE PAGO:** El pago de los honorarios se realizará a través de la Tesorería Institucional de Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, por medio de Cheque, en forma mensual, Se le descontará a la empleada el 10% de Impuesto sobre la Renta y demás impuestos de Ley. IV) **PLAZO:** El plazo del presente contrato será por **TRES MESES, del dos de abril al treinta de junio del año 2024.** V) **LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Los servicios objetos del presente contrato serán prestados en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, según el plan de trabajo en el horario establecido por la jefatura del servicio. VI) **OBLIGACIONES DE LA INSTITUCION CONTRATANTE:** EL CONTRATANTE hace constar que el importe del presente contrato se hará con FONDO GENERAL, cifrado presupuestario 2024-3226-3-02-0202-21-1-54399, VII) **CADUCIDAD:** EL CONTRATANTE podrá dar por finalizado el presente contrato antes de la fecha convenida con LA CONTRATISTA por el déficit de Fondos Financieros de la Institución o por el incumplimiento de la CONTRATISTA en el desempeño de las actividades establecidas en el presente contrato, y para efectos de este último caso deberán cumplir con los controles de entrada y salida a sus labores. VIII) **MODIFICACIONES Y PRÓRROGA:** De común acuerdo o de forma unilateral, cuando el interés público lo hiciere necesario, sea por necesidades nuevas causas imprevistas u otras circunstancias, el presente contrato podrá ser modificado o prorrogado

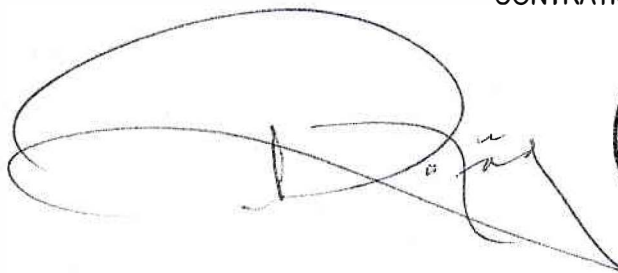
en su plazo de conformidad a la ley. En tales casos el HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA emitirá a correspondiente resolución, la cual se relacionará en el instrumento modificatorio. IX) **CONDICIÓN ESPECIAL:** En virtud de la naturaleza del presente contrato, la contratista no gozará de los beneficios que establecen las leyes tales como Seguro Social, AFP, aguinaldos, bonos y otros beneficios establecidos en leyes similares; ni de los beneficios establecidos en la LEY DE SUETOS, LICENCIAS Y VACACIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS Y ADEMÁS LE SERÁ APLICABLE LO REGULADO EN LA LEY DEL SERVICIO CIVIL. No obstante, a lo anterior el contratista deberá cumplir con los deberes, prohibiciones y obligaciones establecidas en la Ley de Servicio Civil, Ley de Ética Gubernamental, Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento, Reglamento General de Hospitales y otras normas afines. Cualquier conflicto que se suscite en relación a las cláusulas que rigen este contrato será resuelto conforme al Derecho Común. Es convenido y sabido de las partes, que el Hospital carece de recursos financieros para brindar estos beneficios a favor de la parte contratista pero que se harán las gestiones necesarias a efecto de tener la autorización para el pago de las cotizaciones respectivas, por lo que por este medio la contratista exonera al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, y al suscrito Director ante cualquier hecho o incidente que se suscite en el ejercicio de las funciones a desarrollar. En fe de lo cual firmamos este contrato de COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES. Santa Rosa de Lima, el día dos de abril del año dos mil veinticuatro.



DR. MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES
DIRECTOR



LIC. OSCAR UZIEL VILLALOBOS DIAZ
CONTRATISTA



En la ciudad de Santa Rosa de Lima, a ocho horas del día dos de abril del año dos mil veinticuatro.- Ante mí, **SAUL VELASQUEZ UMAÑA**, Notario, de este domicilio, comparece por una parte **MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES**, de cuarenta y nueve años de edad, xxxxxxxxxxxx, del domicilio de xxxxxxxxxxxx, Departamento de xxxxxxxx, persona a quien conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, homologado; actuando en su calidad de Director xxxxxxxxxxxx Hospital Regional y Departamental, a nombre y representación del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, municipio de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, con Número de Identificación Tributaria uno cuatro uno seis – dos dos uno dos nueve cinco – uno cero uno – seis, personería que doy fe de ser legítima y suficiente por haber tenido a la vista los documentos siguientes: a) Diario Oficial número CUARENTA Y CINCO, Tomo número CIENTO CUARENTA Y CUATRO, de fecha seis de marzo de dos mil diecisiete; que contiene el acuerdo número Doscientos ochenta y ocho, en el Ramo de Salud,

el cual en su artículo sesenta y siete prescribe, que cada hospital está a cargo y bajo responsabilidad de un Director nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo que se ha mencionado, y que cada hospital tiene carácter de persona jurídica, que su representante legal es el Director, quien está facultado para representarlo judicial y extrajudicialmente;

b) Acuerdo número SEISCIENTOS TREINTA Y UNO, de fecha quince de agosto del año dos mil diecinueve; con fundamento en el artículo dos de la Ley de Salario del ejercicio fiscal dos mil diecinueve, aprobada mediante Decreto Legislativo número DOSCIENTOS DIECIOCHO y DOSCIENTOS DIECINUEVE, publicado en el Diario Oficial número doscientos cuarenta tomo cuatrocientos veintiuno, de fecha veintiuno de diciembre del dos mil dieciocho; artículo veinticuatro del Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, acordó nombrar en propiedad por Ley de Salarios a partir del uno de septiembre del año dos mil diecinueve al referido profesional, en el cual consta su nombramiento como Director Médico Hospital Regional y Departamental del referido hospital; y por lo cual me encuentro facultado para otorgar actos como el presente y que en el transcurso de este instrumento me denominaré el "HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA" o simplemente el "EL HOSPITAL, y por la otra parte **OSCAR UZIEL VILLALOBOS DIAZ**, de veintisiete años de edad, xxxxxxxxxxxx, del domicilio de xxxxxxxxxxxx, departamento de xxxxxxxxxxxx, persona a quien conozco en razón de este acto e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx; actuando en su calidad personal y quien en el transcurso de este Instrumento se denominara "**EL CONTRATISTA**", y me presentan el documento que antecede, otorgado en esta ciudad, este mismo día y por medio del cual declaran los comparecientes que han celebrado un contrato de **SERVICIOS PROFESIONALES** manifestando los otorgantes, que por este medio reconocen todos los conceptos que contiene el documento anterior con todas las condiciones y obligaciones que en el referido documento se determinan, y **ME DICEN:** Que las firmas que aparecen en el anterior documento y que son ilegibles; son suyas, y como tal las reconocen como propias, así como también reconocen como propios los conceptos y obligaciones que contiene el referido documento. Por lo que yo EL NOTARIO, **DOY FE:** Que dichas firmas son **AUTENTICAS** por haber sido puestas ante mi presencia de sus puños y letras y que se leen en la forma antes dicha. Así se expresaron los comparecientes a quienes expliqué los efectos legales de esta acta Notarial que consta de dos folios útiles y leído que se lo hube en un solo acto sin interrupción, ratifican su contenido y firmamos. **DOY FE.**

