

CONDICIONES TÉCNICAS

SERVICIO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO 2024 REFINERÍA CONCHÁN

1. OBJETO DEL SERVICIO

PETRÓLEOS DEL PERÚ – PETROPERÚ S.A, en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el “Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2024 Refinería Conchán” para la población de trabajadores de la sede operativa.

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El Contratista prestará el Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2024, para los trabajadores de PETROPERÚ, según los protocolos médicos ocupacionales establecidos, en la sede que se indica a continuación:

Lugar del Examen	Sede	N° Trabajadores
Lima	Conchán	201

2.1. Evaluación Médica General y Examen Físico

Será realizada por un Médico colegiado, habilitado y registrado con estudios y experiencia en Medicina Ocupacional, dirigida para todo el personal, de acuerdo con las especificaciones consignadas en la solicitud de evaluación que, como mínimo, comprenderá:

- 2.1.1. Entrevista al Trabajador (dirigido a todos los trabajadores), que consignará:
 - Datos de filiación.
 - Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.
 - Hábitos tóxicos.
 - Aficiones.
 - Absentismos
 - Historia ocupacional de acuerdo con formato PETROPERÚ. (APÉNDICE N°2)
 - Factores de riesgo del puesto de trabajo, tiempo de exposición a los mismos, uso de Equipos de Protección Personal y daño potencial a la salud, en caso lo hubiere.
- 2.1.2. Examen Físico (dirigido a todos los trabajadores), que consignará:
 - Signos vitales: presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
 - Control de peso, talla, perímetro abdominal y de tórax, índice cintura/cadera.
 - Evaluación clínica general (cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis y extremidades superiores e inferiores) con la descripción de los hallazgos encontrados.
 - Diagnósticos probables, presuntivos o definitivos.
 - Recomendaciones médicas.
 - Fecha del examen, firma y sello del médico que realizar la evaluación.
- 2.1.3. Examen Dermatológico (dirigido sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado):
 - Examen general de la piel y faneras, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (APÉNDICE N°3)
 - Examen directo de dermatofitos, si lo requiere.
- 2.1.4. Examen Neurológico (dirigido sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado):
 - Examen físico, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (APÉNDICE N°4).
 - Test para Trabajos en Altura Estructural (mayor a 1.8 metros), y para espacios confinados, ambos de acuerdo con formato de PETROPERÚ. (APÉNDICES N° 5 y 6)

Además, realizará la Evaluación Musculoesquelética (incluye Cuestionario Nórdico), de acuerdo con formato de PETROPERÚ (APÉNDICE N° 7) a todos los trabajadores.

El médico ocupacional tras revisión de todo el expediente, incluido resultados o evaluaciones por las especialidades, brindará las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales finales.

2.2. Evaluación Oftalmológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Oftalmología. Dirigida para todo el personal.

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen de agudeza visual y refracción, entregando al trabajador los resultados de esta. En los casos que sean necesarios, se entregará al trabajador la receta para la adquisición de correctores visuales, la misma que llevará la firma del especialista.
- Examen de campo visual (Campimetría computarizada).
- Oftalmoscopia (fondo de ojo).
- Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura.
- Tonometría.
- apreciación de colores.
- Examen estereoscópico.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

2.3. Evaluación Otorrinolaringológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Otorrinolaringología. Dirigida sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado.

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato auditivo (otoscopia convencional o videoscopia).
- Audiometría en cabina, la que debe estar aislada de los ruidos del entorno y será realizada por un personal de salud acreditado y firmado por el especialista. Los resultados deben indicar la conclusión clínica y la conclusión ocupacional (de acuerdo con escala de Klockhoff). Incluirá el llenado de la Ficha de Antecedentes Audiométricos, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (APÉNDICE N°8).
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

2.4. Evaluación Neumológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Neumología. Dirigida sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado.

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato respiratorio.
- Evaluación de la radiografía de tórax.
- Espirometría, será realizada por un personal de salud acreditado y firmada por el especialista. Sólo se efectuará la lectura de la gráfica hasta calidad B, no se aceptarán lecturas con calidades inferiores, y se indicará bajo los criterios de NIOSH. Incluirá el llenado de la Ficha de Antecedentes Espirométricos, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (APÉNDICE N°9).
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

2.5. Evaluación Cardiovascular

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Cardiología. Dirigida para todo el personal.

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico cardiovascular que incluye examen físico vascular periférico.
- Electrocardiograma en reposo a todo el personal. Podrá ser realizado por un profesional Técnico en Enfermería debidamente capacitado y bajo la supervisión del Cardiólogo.
- Prueba de Esfuerzo Graduada realizada por el Cardiólogo, solo para trabajadores con edad mayor o igual a 40 años o, aquellos trabajadores menores de 40 años con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 y/o antecedente de cardiopatía, de acuerdo con la programación.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

2.6. Evaluación Psicológica

Será realizada por un profesional Psicólogo colegiado y habilitado, con especialidad o estudios en Psicología Laboral u Ocupacional, para toda la población laboral.

Comprende:

- Entrevista y evaluación psicológica especializada.
- Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales y factores de riesgos psicosociales asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ – 18, Test de Estrés).

- Aplicar Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth, Fobias (incluye cuestionarios para trabajos en altura estructural y en espacios confinados según riesgo identificado).
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

2.7. Exámenes de Laboratorio

Serán realizados por un profesional Técnico en Laboratorio, de acuerdo con programación enviada, y los resultados serán firmados por el médico Patólogo encargado del Laboratorio.

Biometría sanguínea completa	Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM)
Bioquímica sanguínea	Glucemia
	Hemoglobina glicosilada
	Ácido úrico
Pruebas de Función Renal	Creatinina y Urea
Perfil Lipídico	Colesterol Total / HDL / LDL / VLDL
	Triglicéridos
	Riesgo Coronario
Pruebas Hepáticas	Transaminasas: TGP y TGO
	Fosfatasa Alcalina
Antígeno Prostático Específico (PSA)	Solo a trabajadores varones mayor o igual a 40 años, así como en casos que se requiera
Examen de Orina	Examen Completo de Orina - Sedimento urinario
Heces	Thevenon (sólo para trabajadores con edad mayor o igual a 40 años)

2.8. Exámenes por Imágenes

Serán realizados por un profesional médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Radiología, el mismo que firmará los resultados.

- Radiografía de tórax (postero-anterior). Dirigido a todo trabajador. Podrá ser tomada por un profesional Técnico en Radiología, bajo la supervisión del Radiólogo, con lectura OIT y convencional. En caso de damas en edad fértil deberá consultarse sobre sospecha de gestación o periodo de lactancia.
- Ecografía completa abdomino-pélvica. Dirigida a todo el personal. Incluye toma pre y post miccional para evaluar residuo miccional sólo en varones.

2.9. Emisión de la Aptitud Médico Ocupacional

El Médico Ocupacional emite y firma el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional una vez culminadas las evaluaciones médicas.

Todos los insumos, materiales utilizados (lubricantes hidrosolubles, bajalenguas, guantes, papel, batas y sábanas para camillas deberán ser descartables) y equipos los proporcionará el CONTRATISTA.

3. NORMATIVA APLICABLE

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias.
- Ley N° 28840, Ley de Fortalecimiento y Modernización de la Empresa Petróleos del Perú – PETROPERÚ S.A.
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley N° 29783 y sus modificatorias.
- Ley N° 31246, Ley que modifica la Ley 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo para garantizar el derecho de los trabajadores a la Seguridad y la Salud en el Trabajo ante riesgo epidemiológico y sanitario”
- Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA y sus modificatorias.
- Demás disposiciones legales vigentes.

4. PLAZO DE EJECUCIÓN

El Servicio será ejecutado en un plazo de seis (06) meses.

El inicio de ejecución contractual será coordinado con el CONTRATISTA, dentro de los 15 días de la formalización contractual.

5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

A precios unitarios

6. MONTO ESTIMADO REFERENCIAL

****RESERVADO**** en soles. Debe incluir todos los insumos, tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del servicio a contratar.

7. LUGAR DE EJECUCIÓN

En las instalaciones del CONTRATISTA.

7.1. Procedimiento de Atención

- Servicios Médicos enviará al CONTRATISTA el Protocolo de Exámenes Médicos de cada trabajador siete días calendarios previos a la fecha de inicio del servicio.
- Servicios Médicos enviará al CONTRATISTA la programación del personal 24 horas previos a la atención; en caso se requiera reprogramación por inasistencia del trabajador, se informará al CONTRATISTA con 48 horas de anticipación la nueva fecha del examen del trabajador (considerando que contamos con personal turnista cuyos turnos podrían ser modificados).
- El CONTRATISTA deberá tener capacidad de atención exclusiva y/o preferencial hasta para 15 trabajadores por día, en el horario señalado por PETROPERÚ, designando a un profesional de medicina en salud ocupacional con quien se coordinarán las acciones a seguir durante todo el proceso de ejecución del Servicio, contando para ello con telefonía móvil.
- El trabajador se presentará en las instalaciones del CONTRATISTA identificándose con su DNI a la hora exacta programada, según coordinación con el establecimiento, pudiéndose realizar de lunes a viernes, a partir de las 07:00 am.
- La anfitriona del CONTRATISTA, que será una enfermera o técnica en enfermería o ejecutiva administrativa, orientará al trabajador acerca de los pasos a seguir en su examen médico, asegurará la firma de los documentos que lo requieran y tendrá capacidad de resolución en caso ocurriera algún inconveniente durante la prestación del Servicio. Deberá programarse una (01) anfitriona por cada cinco (05) trabajadores programados en cada día de atención.
- Las evaluaciones de laboratorio serán las primeras por realizar en todo trabajador.
- Concluidos los exámenes que requieren la condición de ayuno, el CONTRATISTA brindará al trabajador un desayuno snack nutritivo y luego continuará con el circuito de atención.
- El CONTRATISTA instruirá al personal encargado de la evaluación para no direccionar hacia una determinada clínica o profesional una posible posterior atención y tratamiento de algún hallazgo/patología que presentara el trabajador. Del mismo modo, no direccionar la adquisición de medicamentos, suplementos vitamínicos u otros implementos de uso en salud.
- El CONTRATISTA debe asegurar que la evaluación en su totalidad se realizará en un solo día, hasta la 01:30 pm como hora máxima de atención.
- El CONTRATISTA informará a Servicios Médicos la asistencia (especificando hora de entrada y salida) del trabajador diariamente por vía electrónica al correo corporativo del Médico de PETROPERÚ encargado.
- El CONTRATISTA registrará los resultados y evaluaciones de cada trabajador de manera individual y global en medio magnético.
- En caso un trabajador no llegue a culminar su Examen Médico por no encontrarse la especialidad disponible en el centro, el CONTRATISTA informará a Servicios Médicos por correo electrónico, indicando el motivo de la ausencia, sin perjuicio de la penalidad aplicable. El CONTRATISTA bajo ningún motivo podrá reprogramar el examen médico del trabajador sin previa coordinación con Servicios Médicos. En caso el trabajador se niegue a pasar consulta por alguna especialidad, debe firmar una Constancia de Exoneración, la que será anexada al expediente médico del trabajador.

- El protocolo de evaluación enviado por el médico de Petroperú debe ser respetado en su totalidad, ya que son generados en base a los riesgos de exposición identificados en cada uno de los puestos laborales. De existir solicitud por parte de un trabajador a fin de realizar alguna prueba, examen y/o consulta no especificada en su perfil de evaluación, debe ser previamente consultada con el médico de la operación, para recibir el visto bueno y de corresponder, proceder con la ejecución.
- En caso de hallazgo clínico, procedimiento o laboratorio alterado y que requiere atención médica de urgencia o emergencia deberá ser comunicado inmediatamente (dentro de las 24 horas), a Servicios Médicos vía telefónica y al correo corporativo que se detalla a continuación:

ÍTEM	NOMBRE DEL MÉDICO	ANEXO	CORREO
Lima (Conchán)	Leonor Calderón Zapata	64071	lcalderon@petroperu.com.pe

Central telefónica: (01) 614 5000

- El CONTRATISTA asegurará que todo el personal destinado para la prestación del Servicio de evaluación de los trabajadores de PETROPERÚ permanecerá en el horario determinado para la realización de los exámenes, estando dedicado a tiempo completo a la atención de la presente convocatoria.
- EL CONTRATISTA, deberá tener a disposición el personal médico especialista durante todo el horario de ejecución de examen, principalmente de las especialidades que demandan mayor tiempo de evaluación. En caso de no cumplir con el horario estipulado, se aplicará la penalidad establecida en el acápite “Penalidades” de las presentes condiciones.
- El CONTRATISTA debe asegurar las medidas de bioseguridad necesarias para la atención tanto para protección de su personal como para la protección del personal de PETROPERÚ.
- El CONTRATISTA al inicio del servicio deberá presentar los nombres de los profesionales titulares y alternos, si fuera el caso, que intervendrán en el Servicio, y será responsable de proporcionar personal que reúna las siguientes condiciones:
 - Tener buena salud física y mental (Aptitud Médica).
 - Ser personas confiables y discretas.
 - Ser personas amables y con buen trato.

7.2. De los Resultados del Examen Médico Ocupacional y Plazos de Entrega

El CONTRATISTA presentará a Servicios Médicos los siguientes informes:

- Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización del Examen Médico Ocupacional Periódico completo del trabajador, el CONTRATISTA debe remitir al correo electrónico institucional y/o personal de cada trabajador el informe consolidado de su evaluación y los resultados de su examen médico, firmado y sellado por los médicos especialistas, el cual será validado, firmado y sellado por el Médico Ocupacional. Dicha información debe ser enviada con copia al correo electrónico institucional del Médico de PETROPERÚ encargado. En caso de no cumplir con la entrega de los resultados correctos en el plazo establecido, se aplicará la penalidad correspondiente en el acápite “Penalidades” de las presentes Condiciones.
- EL CONTRATISTA, debe asegurarse que el correo proporcionado por el trabajador sea el correcto, pudiendo demostrar la recepción a través del acuse de recibido respectivo.
- La entrega de los informes médicos individuales en físico a PETROPERÚ por el CONTRATISTA, tendrá un plazo máximo de diez (10) días hábiles, contabilizados a partir de la fecha de ejecución del examen médico del trabajador.
- El informe médico físico por entregar debe contener: el Consentimiento Informado del trabajador para la realización del Examen Médico Ocupacional, la Autorización de cada trabajador para que sus resultados sean enviados al Médico de PETROPERÚ, la Hoja de Ruta firmada por cada trabajador, los resultados de las diferentes evaluaciones (incluyendo exámenes de laboratorio e imagenológicos) firmados y sellados por los especialistas, el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional de cada trabajador, así como cualquier otra Constancia de Autorización o Exoneración según corresponda. Cada informe debe ser entregado en una (01) copia original, correctamente encarpetadas en sobre cerrado y lacrado, y ser remitidas a Servicios Médicos PETROPERÚ. En caso de no cumplir con el tiempo establecido, se aplicará la penalidad establecida en el acápite “Penalidades” de las presentes Condiciones.

- En cada entrega de expedientes se debe adjuntar una pre-liquidación, donde se indiquen los exámenes médicos realizados por trabajador y los precios de los mismos, éstas serán revisadas y aprobadas por Servicios Médicos para efectos del pago de la factura al finalizar el Servicio. Asimismo, la aprobación/desaprobación de esta, será informada al correo electrónico del encargado de Salud Ocupacional designado por el CONTRATISTA.
- Los resultados de los exámenes médicos serán ingresados a una Base de Datos en Excel por el CONTRATISTA o en el registro informático que considere Servicios Médicos. En caso de no cumplir con los registros correctos establecidos, se aplicará la penalidad establecida en el acápite “**Penalidades**” de las presentes Condiciones.
- El Informe Final Estadístico Ocupacional, consolidado en físico y digital, entregado al término del Servicio, incluye la Base de Datos digitalizada que resume la situación de salud de los trabajadores con indicadores de salud y recomendaciones puntuales que tuvieran relevancia para PETROPERÚ.
- PETROPERÚ informará, mediante carta por escrito al CONTRATISTA, confirmando la fecha de término del Servicio y la fecha de entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional. Por su parte, el CONTRATISTA deberá entregar mediante carta dicho Informe en físico a PETROPERÚ dentro del plazo máximo de 30 días calendarios posteriores al término del Servicio con la data correcta y sin errores con el visto bueno previo de Servicios Médicos, para lo cual deberá adjuntar un USB con todos los informes médicos de los trabajadores evaluados escaneados en formato PDF. En caso de no cumplir con la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional en el plazo y sin errores, se aplicará la penalidad establecida en el acápite “**Penalidades**” de las presentes Condiciones.
- Con la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional en el plazo y condiciones indicadas, previamente auditado por el médico encargado, con el fin de dar fiel cumplimiento a los aspectos médicos y económicos del presente contrato y una vez realizada una presentación de los resultados obtenidos en el presente Servicio de Evaluación dirigida por el Médico Ocupacional de la CONTRATISTA en la sede de PETROPERÚ en fecha y hora acordada por ambas partes, se procederá con la liquidación correspondiente al CONTRATISTA.
- Las firmas de los informes médicos y resultados de laboratorio deben ser originales manuscritas o electrónicas con el debido reconocimiento por RENIEC. No se aceptarán firmas digitalizadas.

8. REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS

Se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

8.1. DEL PERSONAL

- a) Un (1) Médico Ocupacional,
 - Ser Médico Cirujano(a); con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente o Medicina del Trabajo (*) o con grado de Maestro o Magíster en Salud Ocupacional o Salud Ocupacional y Ambiental o Medicina Ocupacional y Medio Ambiente (**).

Acreditación: Copia simple del título profesional y copia simple del certificado del Registro Nacional de Especialidad (de la segunda especialidad) o copia simple del grado de Maestro o Magíster.

 - Ser colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú

Acreditación: Copia simple del diploma de colegiatura

 - Curso de Pruebas Funcionales para los Exámenes en Salud Ocupacional.

Acreditación: Copia simple de la constancia o certificado de haber concluido el curso.

 - Tener experiencia profesional mínima de un (01) año en Salud Ocupacional o Evaluaciones Médico Ocupacionales, en caso de personal propuesto con título de segunda especialidad (*). En caso personal propuesto con grado de Maestría (**), deberá contar con tres (03) años de experiencia mínima en Salud Ocupacional o Evaluaciones Médico Ocupacionales. En ambos casos, la experiencia mínima debe haberse desarrollado en establecimientos de salud públicos o privados; o en una empresa o entidad productiva o de servicios, pública y/o privada. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención del Registro Nacional como especialista (RNE) (*) o la obtención del grado de Maestro o Magíster (**) según sea el caso.

Acreditación: Copia de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; o, Copia simple de recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente el periodo de experiencia ejecutada.
- b) Un (1) Psicólogo:
 - Ser licenciado(a) en Psicología con título profesional a nombre de la Nación.

Acreditación: Copia simple del título profesional.

- Ser colegiado y habilitado por el Colegio de Psicólogos del Perú.

Acreditación: Copia simple de diploma de colegiatura.

- Diplomado o Cursos en Salud Ocupacional, Psicología Laboral u Ocupacional u Organizacional.

Acreditación: Copia simple del diploma o certificado del curso(s).

- Tener experiencia profesional mínima de tres (03) años en evaluaciones ocupacionales. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención de la colegiatura en el caso que haya sido adquirida en el Perú. De haberse adquirido en el extranjero, se contabilizará a partir de la fecha en la cual se encontraba habilitado para el ejercicio profesional según la normatividad aplicable en el territorio donde se obtuvo.

Acreditación: Copia simple de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; o, Copia simple de recibo de honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro documento donde se evidencia claramente el periodo de experiencia ejecutada. Adicionalmente, si la experiencia se obtuvo en el extranjero, la constancia o documento emitido por autoridad o institución competente que habilitó al personal para el ejercicio profesional.

- c) Profesionales Médicos: un (1) Oftalmólogo, un (1) Otorrinolaringólogo, un (1) Neumólogo, un (1) Cardiólogo, y un (1) Radiólogo

Para cada profesional médico se deberán presentar los siguientes documentos:

- Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología o Radiología (según especialidad).

Acreditación: Copia simple del título profesional y copia simple del certificado del registro Nacional de Especialidad (de la segunda especialidad).

- Ser colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú

Acreditación: Copia simple del diploma de colegiatura

- Tener experiencia profesional mínima de cinco (05) años en su especialidad. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención del Registro Nacional como especialista, en entidades públicas y/o privadas de salud.

Acreditación: Copia de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; o, Copia simple de recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente el periodo de experiencia ejecutada.

- Para el caso del Otorrinolaringólogo: Curso de Lectura e Interpretación de Audiometrías.

Acreditación: Copia simple de constancia y/o certificado de Curso de Audiometría Basic Training o Audiometría CAOHC o Medical Supervisor CAOHC; además, de copia simple de constancias y/o certificados de haber llevado Curso de Interpretación de Audiometría.

- Para el caso del Neumólogo: Curso de Lectura de Radiografías de Tórax criterio OIT

Acreditación: Copia simple de certificado de Curso de Entrenamiento de Lectura de placas de Tórax con criterio OIT para el diagnóstico de Neumoconiosis

- d) Otros profesionales: dos (2) enfermeros(as), un (1) Técnico en Laboratorio, un (1) Técnico en Radiología y tres (3) Técnicos en Enfermería.

Para cada profesional o técnico se deberá presentar los siguientes documentos:

- Ser profesional en salud en Enfermería, Técnico en Laboratorio, Técnico en Radiología o Técnico en Enfermería (según sea el caso).

Acreditación: Copia simple del título profesional o título técnico, según sea el caso.

- Para el caso de Enfermeros (as): ser colegiado y habilitado por el Colegio de Enfermeros del Perú

Acreditación: Copia simple del diploma de colegiatura

- Para el caso del Técnico en Radiología: Contar con acreditación vigente por el Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN)

Acreditación: Copia simple de la acreditación emitida por el IPEN.

8.2. DEL POSTOR

- Acredita experiencia con un monto mínimo acumulado facturado de S/ 2'000,000.00 en contratos de Servicio de Exámenes Médicos Ocupacionales en los últimos cinco (05) años contados desde la presentación de la propuesta hacia atrás, acreditándolo con:

Copia de contratos con su respectiva conformidad de culminación de la prestación del servicio por parte de los clientes, donde se especifique claramente el periodo de ejecución y el monto ejecutado (en caso algún contrato no cuente con la respectiva conformidad de culminación, no se considerará válido); y/o facturas u otros comprobantes de pago debidamente cancelados en el cual se detalle el servicio prestado y cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente (adjuntar vouchers de depósito o reporte de estados de cuenta bancarios donde pueda verificarse el pago efectuado, o que la cancelación conste en el mismo comprobante siempre que tal precisión sea dada por el cliente del postor o una entidad bancaria o financiera).

8.3. PERMISOS, LICENCIAS, OTROS

- Copia simple de la Licencia Municipal de Funcionamiento.
- Copia simple de la Constancia del RENAES, vigente a la fecha de presentación de la propuesta, o en caso de encontrarse en trámite de renovación, adjuntar copia del documento que certifique esta.
- Copia de la Constancia de Acreditación como Servicio de Salud Ocupacional (anteriormente, Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional – SAMO) emitido por la Autoridad Nacional de Salud, Dirección General de Salud (DIGESA), Dirección Regional de Salud (DIRESA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA), según corresponda, vigente a la fecha de presentación de la propuesta. En caso de encontrarse en trámite de renovación, se aceptará se adjunte copia del documento que así lo certifique (la Constancia de Acreditación vigente será solicitada previo a la notificación de la OTT).
- Copia simple de la Constancia de Autorización del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) del ambiente de Radiología.

NOTA:

Todos los documentos deberán ser legibles, de lo contrario no se tomarán en cuenta para acreditar la experiencia.

No se aceptarán Declaraciones Juradas como reemplazo de los comprobantes de pago y/o contratos.

Para el caso del personal, si sus grados o títulos fueron expedidos en el extranjero, deben encontrarse registrados en la Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU) conforme a la normativa de la materia; y deberán adjuntar el documento que lo acredite.

Del mismo modo, deberán contar con resolución o documento que habilite el desempeño de su profesión, emitido por el Colegio Profesional del Perú al que pertenezca (de corresponder, a excepción del personal técnico).

Es de entera responsabilidad del CONTRATISTA el cumplimiento de todas las normas y autorizaciones en materia laboral exigidas para el desarrollo del servicio, p. ejm: visas de trabajo, etc. El personal deberá mantener vigente la documentación propia de su función durante la ejecución del contrato.

9. DOCUMENTOS PARA FORMALIZACION DE OTT/CONTRATO

Para la notificación/suscripción de la OTT/Contrato, el postor ganador de la Buena Pro deberá entregar lo siguiente:

- Constancia de Acreditación como Servicio de Salud Ocupacional vigente.
- Constancia del RENAES vigente.
- Carta Fianza de Fiel Cumplimiento del Contrato (Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ), la cual será emitida por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto contractual y tendrá vigencia hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del CONTRATISTA.
- Constancia de Habilidad de los médicos, licenciados en enfermería y psicólogo según su Colegio Profesional del Perú.
- Certificados de Calibración de los equipos de medición y de laboratorio. Dichos certificados deben ser expedidos por institución acreditada por INACAL o por el mismo INACAL o INDECOPI o ISO/IEC 17025, entre otros centros o empresas autorizadas para el Mantenimiento, Calibración y/o Laboratorio, debiendo estar vigentes hasta la culminación del servicio.
- Certificados de mantenimiento preventivo de los equipos de medición y de laboratorio actualizados, con una antigüedad no mayor a seis meses. Además, el equipo de audiometría debe contar con el registro de verificación diaria que corrobore la calibración biológica del equipo, el registro se presentará al momento de la visita de PETROPERÚ.
- Listado detallado de los reactivos a utilizar durante el servicio, indicando: nombre genérico, comercial, lote, fecha de producción y vigencia.
- “Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la COVID-19” de la empresa; así como evidencia de su registro o notificación ante el Ministerio de Salud (MINSA).

10. GARANTÍAS

El ganador de la Buena Pro deberá contar y entregar a PETROPERÚ la garantía de fiel cumplimiento del contrato conforme al artículo 26 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ, siendo necesario que cumpla con lo siguiente:

Garantía de Fiel Cumplimiento

Deberá ser emitida por una suma equivalente al diez por cien (10%) del Monto Contractual y, tener vigencia hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del CONTRATISTA.

La garantía (carta fianza) será endosada a nombre de Petróleos del Perú - PETROPERÚ S.A. y deberá ser emitida por una empresa autorizada y sujeta al ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros. Asimismo, deberá tener carácter incondicional, solidario, irrevocable, de realización automática, y sin beneficio de excusión, al solo requerimiento de Petroperú bajo responsabilidad de la entidad que la emite.

En principio podrá aceptarse garantías cuyo vencimiento esté previsto en la fecha de culminación del Contrato, sin embargo, en dicho caso el contratista deberá preocuparse de mantener actualizada la garantía hasta la aprobación de la conformidad de recepción de la prestación, caso contrario se ejecutará la garantía al día siguiente de su vencimiento sin mayor trámite.

La Carta Fianza, en virtud de la realización automática a primera solicitud, contendrá un párrafo donde describa que la entidad emisora no opondrá excusión alguna a la ejecución de la garantía, limitándose a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres días. Toda demora generará responsabilidad solidaria para el emisor de la garantía y para el contratista y dará lugar al pago de intereses en favor de Petroperú, devengando la tasa máxima de interés convencional compensatorio y la tasa máxima de interés moratorio, permitidas por dispositivos legales para personas ajenas al sistema financiero. Los intereses y gastos serán calculados a partir de los tres días posteriores a la fecha del requerimiento de ejecución.

La carta fianza de Fiel Cumplimiento se devolverá una vez que la recepción de la prestación a cargo del contratista esté aprobada.

11. SUBCONTRATACION

No aplica (PETROPERÚ no autoriza la Sub Contratación para el presente servicio).

12. PENALIDADES

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones del Servicio, PETROPERÚ aplicará la siguiente penalidad:

Penalidad por mora por cada día de atraso

Penalidad diaria = (0.10 x Monto) / (F x plazo en días)

Donde F tendrá los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días: Para servicios: F = 0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días: Para servicios: F = 0.25

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato, ítem, tramo, etapa o lote que debió ejecutarse o de la prestación parcial en el caso de contratos de ejecución periódica.

Adicionalmente, PETROPERÚ podrá aplicar las siguientes penalidades específicas al CONTRATISTA:

INFRACCIÓN	DESCRIPCION DE LA PENALIDAD	MONTO
001	PENALIDAD POR NO EJECUTAR EL PROTOCOLO COMPLETO DEL EXAMEN MEDICO PROGRAMADO, SIN PRESENTAR LA EXONERACION DEL TRABAJADOR.	0.05 UIT por Protocolo no cumplido
002	PENALIDAD POR NO NOTIFICACION DE HALLAZGOS CLINICOS, PROCEDIMIENTO O RESULTADO DE LABORATORIO ALTERADO QUE REQUIERA ATENCION DE URGENCIA O EMERGENCIA (DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO)	0.5 UIT por caso
003	PENALIDAD POR RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS VIA ELECTRONICA O EN FISICO NO ENTREGADOS EN EL PLAZO ESTABLECIDO	0.02 UIT por día hábil atrasado por expediente
004	PENALIDAD POR ENTREGA DE RESULTADOS ERRADOS EN LOS	0.02 UIT por caso

	EXPEDIENTES PRESENTADOS, SEGÚN CONDICIONES TÉCNICAS	
005	PENALIDAD POR ERROR DE LOS REGISTROS EN BASE DE DATOS DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	0.01 UIT por error en la Base de datos
006	PENALIDAD POR INFORME FINAL OCUPACIONAL NO ENTREGADO EN EL PLAZO ESTABLECIDO	0.05 UIT por día atrasado
007	PENALIDAD POR INFORME FINAL OCUPACIONAL CON DATOS E INFORMACIÓN ERRADA, SEGÚN CONDICIONES TECNICAS	0.05 UIT por caso
008	PENALIDAD POR CAMBIO DE PERSONAL DE LA CONTRATISTA EN SUS INSTALACIONES SIN COMUNICACIÓN Y RESPUESTA APROBATORIA PREVIA PARA EJECUCION COMPLETA DEL PROTOCOLO DE CADA TRABAJADOR.	0.25 UIT por día de incumplimiento
009	PENALIDAD POR FALTA DE PERSONAL DE LA CONTRATISTA EN SUS INSTALACIONES O DEL ASIGNADO A LAS INSTALACIONES DE PETROPERU PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO	0.25 UIT por día (total o parcial) de incumplimiento

- Toda infracción debe ser levantada y subsanada en el momento o día de su ocurrencia, sin perjuicio de las penalidades antes indicadas.
- Las penalidades serán deducidas de los pagos a cuenta o del pago final o si fuese necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.
- De superar la penalidad el 10% del monto contractual del Servicio, PETROPERÚ estará facultado para resolver unilateralmente el contrato.

13. **FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO**

80%	De manera parcial (mensualmente) conforme se entreguen los resultados de los Exámenes Médicos de los Trabajadores Evaluados
20%	A la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional

El primer bloque del 80% será pagado mensualmente en función de los expedientes aprobados. Se deberán presentar adjuntas a la factura, las pre-liquidaciones con el visto bueno del Médico de PETROPERÚ encargado y de la Jefatura Recursos Humanos Conchán. Las pre-liquidaciones serán enviadas previamente al correo del Médico de PETROPERÚ encargado, con un resumen en Excel de lo atendido, que deberá contener el listado de los trabajadores evaluados, fecha de evaluación y los exámenes que se tomaron, con precios unitarios, los cuales deben coincidir con el protocolo de exámenes médicos.

El segundo bloque del 20% se efectuará una vez entregado el Informe Final Estadístico Ocupacional y la exposición de los Resultados por parte del Médico Ocupacional de la contratista, previa conformidad del Servicio. La factura deberá contener el número de resultados correctamente entregados a Servicios Médicos.

Emitir factura a nombre de : PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.
RUC : 20100128218.
Dirección : Av. Canaval y Moreyra 150 – San Isidro.

PETROPERÚ S.A. efectuará el pago de las facturas electrónicas a favor del contratista, en soles, en un plazo de sesenta (60) días calendarios, desde su correcta presentación por Mesa de Partes Virtual (<https://mesadepartesvirtual.petroperu.com.pe>) y adjuntando la siguiente documentación: la base impresa de la pre-liquidación en Excel aprobado previamente por correo con precios unitarios, visado por el Médico de PETROPERÚ encargado, consulta RUC y validez de comprobante electrónico.

Las facturas deben referenciar en su contenido el N° y la descripción de la OTT/Contrato del Servicio.

ÍTEM	Sede	Dirección
Lima (Conchán)	Conchán	Km 26.5 Antigua Panamericana Sur – Lurín

El plazo de pago para la cancelación de facturas o recibos por honorarios emitidos por una MYPE será a los treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de emisión de la factura o recibo por honorarios. Para tal efecto la MYPE deberá entregar lo siguiente:

- Declaración jurada del Impuesto a la Renta correspondiente al ejercicio fiscal inmediatamente anterior a la fecha de emisión de la factura o recibo por honorarios.
- Número de cuenta de la empresa del sistema financiero en la que se le debe abonar el importe de la factura o recibos por honorarios emitido, de conformidad con el TUO de la Ley para la lucha contra la evasión y para la formalización de la economía, cuyo TUO fue aprobado por Decreto Supremo N°150-2007-EF y modificatorias.

Aquellas facturas presentadas incorrectamente o presentadas antes de obtener la conformidad de la valorización serán devueltas para su subsanación, rigiendo el nuevo plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.

14. **ADMINISTRACIÓN Y CONFORMIDAD**

La supervisión y administración del Servicio estará a cargo del Médico Ocupacional de Refinería Conchán.

La conformidad del Servicio será aprobada por el Jefe de la Jefatura Recursos Humanos Conchán.

15. **OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA**

- El CONTRATISTA deberá considerar en sus costos todas las facilidades, entre ellas y sin limitación, equipo de cómputo, materiales, insumos, sistemas de comunicación (teléfono, fax, correo electrónico, radio, etc.), fotocopiado, escaneado, uniformes, equipos de protección personal (para riesgos biológicos como para prevención de COVID-19 u otros), útiles de escritorio, obtención de fotochecks, entre otros para la atención de su personal dentro de sus instalaciones.
- EL CONTRATISTA presentará al inicio del servicio un video de simulación de atención (indicando evaluaciones, consideraciones a seguir y medidas de protección para evitar la propagación de COVID-19 u otras enfermedades en sus instalaciones) y flujograma de la prestación del Servicio, así como una difusión electrónica con las instrucciones y recomendaciones que debe seguir el trabajador previo al examen médico ocupacional, el cual se adjuntará a la carta de invitación y/o citación. PETROPERÚ, dará conformidad a esta información.
- El CONTRATISTA enviará a Servicios Médicos (dependencia), los frascos para la recolección de la muestra de orina y de heces, por lo menos una semana antes, conforme al programa de citas.
- El CONTRATISTA brindará las facilidades necesarias a PETROPERÚ para realizar los controles de calidad del Servicio.
- El CONTRATISTA brindará la preferencia en la atención a los trabajadores de PETROPERÚ.
- El CONTRATISTA deberá contar con la infraestructura y equipamientos propios de preferencia o bajo su administración, para que todos los exámenes médicos se realicen durante la mañana, en un solo local que incluya: análisis de laboratorio, evaluaciones por especialidades y exámenes imagenológicos, de manera tal que el personal de PETROPERÚ no tenga que desplazarse a diferentes locales, ni pasar los exámenes en más de una fecha.
- El CONTRATISTA está en la obligación de participar en la capacitación del Médico Ocupacional por parte de PETROPERÚ, respecto a los parámetros que se desean evaluar en el Examen Clínico al trabajador, la cual se realizará 7 días calendario antes del inicio de ejecución del servicio, previa coordinación con el Médico Ocupacional de PETROPERÚ.
- El CONTRATISTA deberá presentar el modelo de Autorización del trabajador para que sus resultados sean enviados al Médico de PETROPERÚ y el Consentimiento Informado en los cuales deben ir detallados en forma explícita todos los ítems que se evaluarán y la información sobre los exámenes que se tomarán al personal, según la Ley N° 29783 y su Reglamento.
- El CONTRATISTA prestará el Servicio con el personal profesional y técnico presentado en su Propuesta Técnica. Cualquier cambio debe realizarse con otro de igual o superior formación académica y experiencia de aquel a quien reemplazará, previa comunicación y la aprobación de PETROPERÚ. En caso de incumplimiento, se aplicará la penalidad establecida en el acápite "Penalidades" de las presentes Condiciones.
- El CONTRATISTA mantendrá en óptimas condiciones de higiene y seguridad, así como, acondicionará las instalaciones para los exámenes a tomarse, igualmente mantendrá operativo y en condiciones óptimas sus equipos médicos.
- El CONTRATISTA brindará como parte del Servicio prestado un (01) desayuno snack nutritivo consistente en un jugo de frutas 16 onzas, una botella de agua de 1000 cc, una barra de cereal, un sándwich triple de jamón, queso y palta o una empanada de queso, una fruta de la estación y una taza de infusión o café

adjuntando sobres de azúcar rubia o edulcorante, lo cual no implicará un incremento en el monto estimado referencial.

- El CONTRATISTA asume la responsabilidad sobre los diagnósticos y/o hallazgos clínicos dados por su “staff” de profesionales, comprometiéndose al reembolso total de los gastos, en caso de que estos sean errados.
- El CONTRATISTA asume la responsabilidad sobre la custodia de los informes médicos originales de los trabajadores, debiendo ser archivados en las Historias Clínicas del CONTRATISTA, comprometiéndose a custodiarlas de acuerdo con el plazo establecido por la normativa vigente del Ministerio de Salud.
- El CONTRATISTA deberá asumir la responsabilidad por el trato confidencial de la información de los exámenes médicos ocupacionales de los trabajadores de PETROPERÚ y de la información a la que el CONTRATISTA tenga acceso y/o genere como resultado del Servicio prestado, así mismo cualquier otra relacionada. Esta obligación de confidencialidad continuará aún terminado y liquidado el contrato, bajo pena de acción legal por parte de PETROPERÚ.
- Queda establecido que toda información que PETROPERÚ entregue al CONTRATISTA para la ejecución del Servicio y no forme parte del Expediente de Contratación, debe ser devuelta, inclusive las que estén deterioradas.
- PETROPERÚ podrá solicitar al CONTRATISTA la contraprueba de algún análisis de laboratorio realizados como parte del control de calidad (hasta un máximo de 5% de la población de los trabajadores). La contraprueba será realizada en un laboratorio designado por PETROPERÚ y el costo será asumido por el CONTRATISTA.
- El personal en Enfermería o Técnico en Enfermería podrá apoyar en la realización de la prueba de Audiometría y/o Espirometría, previa presentación de sus certificaciones de capacitación:
 - o Audiometría: copia simple de certificado y/o diploma del Curso de Audiometría Basic Training o Audiometría CAOHC.
 - o Espirometría: copia simple de certificado y/o diploma del Curso de Espirometría Basic Training o Curso de Entrenamiento en Espirometría NIOSH o ALAT.

16. FACILIDADES, OBLIGACIONES Y/O RESPONSABILIDADES DE PETROPERÚ

- PETROPERÚ se reserva el derecho de confrontar la calidad de los exámenes médicos realizados a sus trabajadores, de ser necesario.
- PETROPERÚ se reserva el derecho de designar a terceros para verificar la correcta prestación del Servicio y el cumplimiento de los aspectos técnicos del contrato, sin perjuicio de la responsabilidad de EL CONTRATISTA.
- PETROPERÚ efectuará el control de calidad del Servicio supervisando en cualquier momento y de manera inopinada las instalaciones del CONTRATISTA, con el objetivo de verificar el cumplimiento de la prestación del Servicio.
- PETROPERÚ entregará por vía virtual o en físico la carta de invitación y/o citación para su examen médico ocupacional a los trabajadores.
- PETROPERÚ brindará las facilidades de conexión para realizar la presentación final de resultados a las áreas correspondientes.
- PETROPERÚ mantiene todos los derechos sobre la información a la que el CONTRATISTA tenga acceso y/o genere como resultado del Servicio prestado, así mismo cualquier otra relacionada.

17. CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE OTT/CONTRATO

La OTT/Contrato podrá ser resuelto de conformidad con lo indicado en el Artículo 76 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ.

18. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL AMBIENTE

En concordancia con el Requisito 4.4.2 Competencia, Formación y Toma de Conciencia de la Norma ISO 14001:2015 y el Proceso de Mejora Continua y Mantenimiento de nuestro Sistema de Gestión Ambiental, el CONTRATISTA deberá tomar en cuenta los siguientes Aspectos Ambientales inherentes a la realización del presente Servicio:

- Consumo de recursos.
- Generación y disposición de residuos no peligrosos.
- Generación y disposición de residuos peligrosos.

El CONTRATISTA es responsable de que su personal tome conciencia de las actividades que realizarán, evitando de esta manera condiciones ambientales anormales.

El CONTRATISTA se encuentra obligado a contar con un “Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la COVID-19”, conforme a la RM N°972-2020 MINSA, sus modificatorias y los Protocolos Sectoriales que le correspondan. El referido plan debe estar registrado o notificado ante el Ministerio de Salud (MINSA) y comunicado al Administrador de Contrato, previo al inicio del servicio. Su incumplimiento será considerado causal de resolución de contrato.

19. **CONFIDENCIALIDAD**

PETROPERÚ mantiene todos los derechos sobre los informes del servicio brindado; así mismo el CONTRATISTA deberá mantener en estricta confidencialidad la información que obtenga como resultado del servicio prestado, así como la proporcionada por PETROPERÚ para la ejecución del servicio, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que pueda corresponder.

Esta obligación de Confidencialidad continuará aún terminado el servicio.

20. **CLAUSULAS COVID-19**

Todo CONTRATISTA que desarrolle labores presenciales en las instalaciones de PETROPERÚ debe cumplir con los procedimientos de prevención del COVID-19 aplicables a contratistas recogidos en el Plan para la Vigilancia, Prevención y Control COVID-19 de PETROPERÚ, de no hacerlo será causal de resolución de contrato. Adicionalmente, el CONTRATISTA se encuentra obligado a contar con un “Plan para la Vigilancia, Prevención y Control COVID-19”, conforme a la Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA, sus modificatorias y los Protocolos Sectoriales que le correspondan. El referido plan debe ser registrado o notificado ante el Ministerio de Salud (MINSA) y comunicado al Administrador de Contrato, previo al inicio del Servicio, señalando expresamente que su incumplimiento será causal de resolución del contrato. Asimismo, el CONTRATISTA deberá cumplir con las disposiciones de seguridad y salud recogidas en el Procedimiento N° PROA1-350 “Medidas de Seguridad y Salud Ocupacional para el Retorno a Labores en Instalaciones de PETROPERÚ” vigente, el mismo que será verificado por el Administrador del Contrato de PETROPERÚ.

En caso el Contratista, sus trabajadores y/o personal, incumplan las medidas y procedimientos de seguridad establecidas contra el COVID-19, de acuerdo con su Plan y las disposiciones establecidas por PETROPERÚ S.A. para tal efecto, indicado en el numeral precedente; o presente información falsa relacionada a seguridad y salud ocupacional, PETROPERÚ como medida inmediata prohibirá el ingreso del trabajador/personal relacionado con dicho incumplimiento a sus instalaciones, sin perjuicio de adoptar las medidas pertinentes contra el Contratista.

Toda multa o sanción económica determinada por los organismos fiscalizadores que afecten a PETROPERÚ y tenga como origen el incumplimiento de las presentes Cláusulas será asumida íntegramente por el Contratista.

Aplicación de Penalidades:

Incumplimiento	Penalidad
Trabajador o personal del Contratista que ingrese a las instalaciones de PETROPERÚ, e incumpla las medidas de prevención y protección contra el COVID-19, indicadas en las Cláusulas COVID-19.	0.1 UIT por evento (*)
El Contratista que no cumpla lo establecido en las medidas de prevención y protección contra el Coronavirus (COVID-19), señaladas en las cláusulas COVID-19 o no provea de los recursos necesarios para su cumplimiento.	2 UIT por evento (*)

(*) Monto máximo por penalidad acumulado equivalente al 10% del monto contractual. La Unidad Impositiva Tributaria (UIT) será la vigente al momento de aplicar la penalidad y será deducida (contratista) de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final

21. **CLAUSULAS DE PREVENCION DE DELITOS, COMPROMISO DE ADHESION AL SISTEMA DE PREVENCION DE DELITOS Y CLAUSULA DEL SISTEMA DE INTEGRIDAD**

En el marco de la Política de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, de delitos de Corrupción y de Gestión Antisoborno aprobada por Acuerdo de Directorio No. 031-2021-PP; que rechaza todo acto o intento de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo; de Corrupción, bajo las formas de Cohecho Activo Genérico, Específico y Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple y Agravada y otros; así

como prohíbe todo acto o intento de Soborno; por parte de sus funcionarios, trabajadores y/o clientes, proveedores, socios o terceros relacionados.

“Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, de delitos de Corrupción y de Soborno:

En virtud de la presente cláusula, el Contratista declara haber recibido y leído la Política de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, de Delitos de Corrupción y de Gestión Antisoborno de PETROPERÚ adjunta al presente contrato; manifestando comprenderla y comprometiéndose a cumplirla, conjuntamente con sus socios o asociados, directores, integrantes de los órganos de administración, representantes legales, apoderados, y toda persona natural o jurídica que actúa por su cuenta o beneficio, por su encargo o en su representación; con énfasis en los siguientes aspectos:

1.Utilizar recursos en la ejecución del presente contrato y la totalidad de pagos o cualquier otra transferencia de recursos, incluyendo garantías reales, efectuadas en favor de PETROPERÚ S.A., que proceden de fondos lícitos.

2.No incurrir en delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo, o Corrupción bajo las formas de: Cohecho Activo Genérico, Específico o Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple o Agravada, entre otros delitos que las leyes de la materia establezcan, tales como la Ley N° 30424 y sus normas modificatorias, en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.

3.No realizar, ofrecer, autorizar, solicitar o aceptar cualquier pago indebido o ilegal o, en general, cualquier beneficio indebido o ilegal o soborno, en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.

4. Que ni el, ni sus socios o asociados (con la titularidad del 10% o más de acciones o participaciones), directores y gerentes: a) Tienen condena, mediante sentencia firme, por delito de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo, delitos precedentes como Narcotráfico, Delitos Tributarios o Aduaneros, Minería Ilegal, Corrupción u otros que genere ganancias ilegales; Cohecho Activo Genérico, Específico y Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple y Agravada o Soborno; en el ámbito nacional o internacional; b) Se encuentran comprendidos en la Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros del departamento de Tesoro de los Estados Unidos de América), Lista de Terroristas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Lista relacionada con el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

5. Prevenir el soborno, adoptando medidas técnicas, organizativas o de personal apropiadas para evitar acto o práctica indebidos o conductas ilícitas; en la materia sobre la que versa el presente contrato.

6. Poner a disposición de PETROPERÚ S.A. información veraz y completa, y en caso ésta sufra variaciones, presentar la información actualizada en un plazo de quince (15) días hábiles. PETROPERÚ S.A. puede solicitar la información que considere pertinente en cumplimiento de la legislación de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

7. Comunicar a PETROPERÚ S.A. y las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o práctica indebidos o conductas ilícitas de la que tuviera conocimiento en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.

PETROPERÚ S.A. puede resolver en cualquier momento el presente Contrato de pleno derecho, mediante notificación escrita al Contratista si, respaldado por evidencias, considera que el Contratista ha incumplido cualquiera de los compromisos mencionados en esta cláusula, situando a PETROPERÚ S.A. frente a un riesgo legal, patrimonial o reputacional o que pueda generarle sanciones administrativas, civiles, penales; sin perjuicio de que PETROPERÚ S.A. brinde información a las autoridades competentes e inicie las acciones legales pertinentes, incluyendo las indemnizatorias que resulten aplicables”.

CLÁUSULA SISTEMA DE INTEGRIDAD

“El Sistema de Integridad tiene como finalidad gestionar la ética e integridad en PETROPERÚ, asumiendo un compromiso con las normas del sistema, así como fortalecer la cultura ética basada en la política de tolerancia cero frente al fraude, a la corrupción y a cualquier acto irregular, proporcionando así las directrices a seguir para desarrollar acciones preventivas y detectar actos irregulares.

En ese sentido, el CONTRATISTA/CLIENTE se obliga al cumplimiento de lo dispuesto en: i) el Código de Integridad de PETROPERÚ; ii) la Política Corporativa de Integridad y Lucha contra la Corrupción y el Fraude; y, iii) los lineamientos del Sistema de Integridad, en lo que le sea aplicable a las obligaciones a su cargo.

El Código de Integridad de PETROPERÚ, la Política Corporativa de Integridad y Lucha contra la Corrupción y el Fraude, así como los Lineamientos del Sistema de Integridad se encuentran publicados en el portal de

PETROPERÚ, en el siguiente enlace: <https://www.petroperu.com.pe/buen-gobiernocorporativo/nuestro-sistema-de-integridad/>

22. APÉNDICES

Apéndice 1: Propuesta Económica.

Apéndice 2: Formato Historia Ocupacional

Apéndice 3: Ficha Dermatológica.

Apéndice 4: Ficha Neurológica.

Apéndice 5: Test para Trabajos en Altura Estructural.

Apéndice 6: Test para Trabajos en Espacios Confinados.

Apéndice 7: Ficha de Evaluación Músculo Esquelética.

Apéndice 8: Cuestionario de Audiometría.

Apéndice 9: Cuestionario de Espirometría

Apéndice 10: Hoja de Ruta

APÉNDICE 1:**PROPUESTA ECONÓMICA**

Lima,de..... de 2023

Señores:

Petróleos del Perú Petroperú S.A.

Referencia: "Examen Médico Ocupacional Periódico 2024" para los trabajadores de Refinería Conchán

Estimados señores:

El presente tiene por objeto alcanzar nuestra propuesta económica, para la prestación del servicio de la referencia. En tal sentido, nuestra propuesta a Precios Unitarios es la siguiente:

	Cantidad	Unidad de Medida	PRECIO UNITARIO SIN IGV	PRECIO UNITARIO CON IGV	PRECIO PARCIAL
Entrevista al Trabajador y examen clínico del Médico Ocupacional					
Evaluación Médica Integral y Examen Físico General	201	UN		0.00	0.00
Evaluación Músculo Esquelética (incluye Cuestionario Nórdico)					
Evaluación neurológica según Formato de PETROPERU	145	UN		0.00	0.00
Evaluación: pares craneales, memoria, equilibrio, reflejos y sensibilidad					
Test para trabajos en altura estructural (mayor a 1.8 metros)					
Test para Trabajos en Espacios confinados					
Examen de Piel según Formato de PETROPERU.	149	UN		0.00	0.00
Examen directo de dermatofitos.					
Evaluación Oftalmológica:					
Agudeza Visual y Refracción	201	UN		0.00	0.00
Examen de Campo Visual (Campimetría)					
Oftalmoscopia (Fondo de Ojo)					
Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura					
Tonometría					
Apreciación de Colores					
Examen Estereoscópico					
Evaluación Cardiológica:					
Evaluación médica especializada en Cardiología	201	UN		0.00	0.00
Examen Cardiovascular					
Electrocardiograma					
Prueba de Esfuerzo Físico	160	UN		0.00	0.00
Evaluación Psicológica:					
- Entrevista y evaluación psicológica especializada	201	UN		0.00	0.00
- Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales y factores de riesgos psicosociales asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ - 18).					
Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth	165	UN		0.00	0.00
Estrés y Fobias (entre tantos debe incluir cuestionarios para fobia a altura estructural y espacios confinados)					
Laboratorio:					
Biometría Sanguínea					
Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos (absoluto y relativo) y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM).	201	UN		0.00	0.00
Bioquímica Sanguínea:					
Glucosa	201	UN		0.00	0.00
Ácido Úrico	201	UN		0.00	0.00
Hemoglobina Glicosilada	201	UN		0.00	0.00

Pruebas de Función Renal:					
Creatinina Sérica	201	UN		0.00	0.00
Úrea Sérica	201	UN		0.00	0.00
Perfil Lipídico:					
Colesterol total/HDL/LDL/VLDL					
Triglicéridos	201	UN		0.00	0.00
Riesgo Coronario					
Pruebas Hepáticas:					
Transaminasas: TGP y TGO	201	UN		0.00	0.00
Fosfatasa Alcalina					
Dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA)	128	UN		0.00	0.00
Examen de Orina:					
Examen Completo de Orina y Sedimento Urinario	201	UN		0.00	0.00
Examen de Heces:					
Sangre oculta en heces (Thevenon)	147	UN		0.00	0.00
Imagenología:					
Ecografía abdomino- pélvica completa	201	UN		0.00	0.00
Radiografía de Tórax (Postero- anterior)	201	UN		0.00	0.00
Evaluación Otorrinolaringológica:					
Evaluación médica especializada por Otorrinolaringología, que incluye:					
Otoscopia	130	UN		0.00	0.00
Audiometría en Cabina	148	UN		0.00	0.00
Evaluación Neumológica:					
Evaluación médica especializada en neumología, que incluye					
Examen de tórax (aparato respiratorio)	130	UN		0.00	0.00
Evaluación radiográfica de tórax					
Espirometría	140	UN		0.00	0.00
TOTAL GENERAL S/					0.00

Son: S/. (/100 Soles), incluido el I.G.V.

Atentamente,

Firma:

Nombre:

Nº Doc. Identidad y Sello del Representante Legal del Postor.

APÉNDICE 2:
HISTORIA OCUPACIONAL

Logo de la Clínica	Empresa		PETROLEOS DEL PERU PETROPERU S.A.			
	H.CL. N°	Fecha				
	Tipo de examen:		<input type="checkbox"/> Preempleo	<input type="checkbox"/> Retiro		

I. Datos de Identificación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	F. de Nac.	Edad	Genero
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profesión:		Ocupación:			
Dirección:		Teléfono:		Correo Electrónico:	

II. Descripción Laboral (Solo examen de retiro, último puesto desempeñado)

Nombre del Puesto / Cargo	Dependencia	F. de Ingreso	Nº de horas x sem	Tipo de horario
				Diurnista <input type="checkbox"/> Turnista <input type="checkbox"/>

III. Historia Ocupacional y Exposición

Empresa Labora / Laboró	Cargo	Tiempo	EPP		Factores de Riesgo						
			SI	NO	Físicos	Químicos	Biológicos	Ergonom.	Psicosocial	Lev. Carga	

IV. Antecedentes de Enfermedades y/o Accidentes Ocupacionales

Enfermedad Profesional	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	
Empresa			Fecha de Dx	
Accidente de Trabajo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	
Breve descripción del accidente				
Fecha del Accidente			Días de Incapacidad	
Empresa			Fecha de Dx	

V. Observaciones

APÉNDICE 3:

FICHA DERMATOLOGICA

Logo de la clínica

**FICHA DE EVALUACIÓN
DERMATOLÓGICA**

Pre - Ocupacional:		Ocupacional:		Retiro:		Otros:	
Apellidos y Nombres:						N° HC:	
Empresa:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A					Edad:	
Puesto de trabajo:						Sexo:	
Fecha:						DNI:	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

PARA EL TRABAJADOR:

¿Sufre usted de enfermedades de la piel?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diagnóstico: _____
¿Actualmente tiene alguna lesión (ampolla, escamas, rascado) en la piel?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Presenta algún cambio de coloración en la piel?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo?: _____
Estas lesiones, ¿se repiten varias veces al año?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Usted tiene enrojecimiento en alguna zona del cuerpo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Tiene comezón?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Presenta hinchazón en alguna parte del cuerpo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Sufre de Rinitis alérgica o Asma?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Usa Equipos de Protección Personal?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo?: _____
¿Presenta cambios en las uñas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Está tomando alguna medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?: _____

DESCRIBA EN CASO DE TENER UNA RESPUESTA POSITIVA:

PARA EL MEDICO:

1. ¿El paciente al examen médico físico presenta alguna lesión sugerente de Dermatopatía?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿El paciente necesita ser evaluado por médico dermatólogo para la realización de las siguientes pruebas:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Prueba de Sensibilidad mucocutánea, Luz de Wood o Maniobra de Nikolsky?		

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 4:

FICHA NEUROLOGICA

Logo de la clínica

**FICHA DE EVALUACIÓN
NEUROLÓGICA**

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:		DNI:	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

ANAMNESIS:

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?:	SI	NO	Especificar:
Aneurismas:	SI	NO	Especificar:
Enfermedades degenerativas neuromusculares:	SI	NO	Especificar:
Enfermedades degenerativas cerebelosas:	SI	NO	Especificar:
Accidentes cerebrovasculares (ACV):	SI	NO	Especificar:
Pérdida de memoria:	SI	NO	Especificar:
Vértigos/Mareos:	SI	NO	Especificar:
Síncope/Pérdida de conciencia:	SI	NO	Especificar:
Crisis convulsivas:	SI	NO	Especificar:
Temblores:	SI	NO	Especificar:
¿Refiere síntomas de afectación Neurológica?:			

EXAMEN NEUROLÓGICO Y PRUEBAS DE EQUILIBRIO

- Facies:
- Actitud de Pie:
- Marcha:
- Conciencia/Orientación/Memoria:
- Lenguaje:
- Coordinación estática y dinámica:

- Romberg simple:	- Romberg sensibilizado:
- Índice de Bárány:	- Índice-índice:
- Índice-nariz:	- Talón-rodilla:
- Diadococinesia:	
- Motilidad Voluntaria:
 - Activa:
 - Movimientos activos, fuerza muscular, maniobras de Barré y Mingazzini:
 - Fuerza muscular (caminar sobre las puntas, caminar sobre los talones):
 - Maniobras de Barré y Mingazzini:
 - Motilidad Pasiva:
 - Tono muscular:
 - Maniobras de Kernig y Brudzinski:
- Involuntaria (tics, temblores, convulsiones, corea, fasciculaciones, etc):

9 Reflejos: (de acuerdo a escala de 4 cruces)

	Bicipital	Tricipital	Radial	Rotuliano
Derecho				
Izquierdo				

10 Pares Craneales:

- I Olfatorio: _____
- II Óptico: (evaluado por Oftalmología)
- III Oculomotor: _____
- IV Troclear: _____
- V Trigémino: _____
- VI Abducens: _____
- VII Facial: _____
- VIII Vestibulococlear: _____
- IX Glossofaríngeo: _____
- X Vago: _____
- XI Accesorio (Espinal): _____
- XII Hipogloso: _____

CONCLUSIONES: _____

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES: _____

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 5:

TEST PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL

LOGO DE LA CLINICA EVALUADORA

TEST PARA TRABAJOS EN
ALTURA ESTRUCTURAL

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:		DNI:	
ANTECEDENTES PERSONALES (Referidos por el trabajador)			
	SI	NO	
Diabetes mellitus o Hipoglicemia			
Enfermedad vertiginosa			
Enfermedad convulsiva			
Medicamentos que produzcan somnolencia, mareos o afecten el estado vigilante			
Alteración de la agudeza visual (de lejos) y/o de la visión de profundidad			
Enfermedad cardiovascular, arritmias, hipotensión arterial, hipertensión arterial			
Enfermedad o alteración en la columna o miembros superiores o inferiores			
Miedo a trabajar en altura, se mareo, ve borroso, siente que se va a caer			
Alcoholismo o abuso de sustancias (adicción)			
Observaciones (especificar si trabajador usa lentes, toma medicamentos, etc.):			
HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO			
CARDIOVASCULAR			
NEUROLÓGICO			
OSTEOMUSCULAR			
EXTREMIDADES			
MARCHA			
PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR ALTERACIÓN VESTIBULAR			
DIX HALLPIKE			
BARANY			
VESTIBULO OCULAR			
ROMBERG			
UNTERBERGER			
BABINSKY-WEILL			
BARRÉ			
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL PARA EL TRABAJO			
APTO		NO APTO	

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE HA PROPORCIONADO ES VERDADERA, NO HABIENDO OMITIDO NINGÚN DATO VOLUNTARIAMENTE. NOTA: PROPORCIONAR FALSA INFORMACIÓN AL EMPLEADOR ESTÁ TIPIFICADA COMO FALTA GRAVE, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL INCISO D DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD LABORAL.

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 6:

TEST PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

LOGO DE LA CLINICA EVALUADORA

TEST PARA TRABAJOS EN
ESPACIOS CONFINADOS

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:	N° HC:		
Empresa:	Petróleos del Perú - Petroperú S.A		Edad:
Puesto de trabajo:	Sexo:		
Fecha:	DNI:		

	SI	NO		SI	NO
1. HISTORIA PSICOSOCIAL					
¿Tienes miedo a la altura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Eres ansioso o nervioso? Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes miedo a la los sitios cerrados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún tipo de fobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas algún calmante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ANAMNESIS GENERAL					
¿Tienes algún tipo de limitación de movimiento en las manos, brazos u hombros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas algún anticonvulsivante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Sufres de presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes calambres, entumecimiento o hinchazón en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes algún problema en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dificultad para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuiste alguna arritmia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hiciste audiometría alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas regularmente algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál ha sido el resultado?			En caso afirmativo, ¿cuál?:		
¿Tienes alguna dificultad de equilibrio o laberintitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has golpeado alguna vez la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Has sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dificultad para ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes alguna alergia, incluso a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún problema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes o has tenido anemia u otra anomalía en la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún tipo de enfermedad neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
Epilepsia, convulsiones, desmayos frecuentes, temblores visibles y frecuentes			¿Llevas gafas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:					
3. Hábitos					
¿Fumas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usas drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?:		

Declaro que he leído y comprendido las informaciones indicadas anteriormente y que informo la verdad. Tengo conocimiento de que la omisión de informaciones puede representar un riesgo inminente para mi salud.

ESPIROMETRÍA:

PRUEBA DE ESFUERZO:

LIMITACIONES PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS: SI _____ NO _____

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 7:

FICHA DE EVALUACION MUSCULO ESQUELETICA

Logo de la Clínica Evaluadora

FICHA DE EVALUACIÓN MUSCULO - ESQUELETICA

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:	Lateralidad:	D	I
		DNI:	

1. EXPLORACIÓN FÍSICA

	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Puntos	Observaciones
Flexibilidad / fuerza ABDOMEN						
CADERA						
MUSLO						
ABDOMEN LATERAL						
TOTAL						

(*) Colocar el grado que corresponda a la capacidad del paciente

RANGOS ARTICULARES	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy limitado: 3	Puntos (*)	Dolor contra resistencia SI/NO (**)
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)					D I
Abducción de hombro (60° - 60°)					D I
Rotación externa (0° - 90°)					D I
Rotación interna de hombro					D I
TOTAL					

(**) Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza y presencia de dolor.

2. TEST ESPECÍFICOS

Miembros Superiores	+/ -		+/ -
Test de Phalen	D I	Signo de Neer(**)	D I
Test de Tinel	D I	Test del brazo caído(**)	D I

Miembros Inferiores	Positivo	Negativo
Lasegue	D I	
Schober		

Signo de Finkelstein	D	
	I	

(**) Aplica para trabajadores que realizan labores operativas en Refinería y Plantas.

3. SIMETRÍA DE MIEMBROS A LA ECTOSCOPÍA

3.1. Miembros Superiores: Normal ☐ Anormal: ☐ Observaciones: _____

3.2. Miembros Inferiores: Normal ☐ Anormal: ☐ Observaciones: _____

4. MOVILIDAD - DOLOR (Valorar según Escala de EVA)

COLUMNA VERTEBRAL	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación Derecha	Rotación Izquierda	Dolor (0-4)	Irradiación
Cervical								
Lumbar								

		FLEXIÓN	EXTENSIÓN
RODILLA	Derecha		
	Izquierda		

		DORSIFLEXIÓN	FLEXIÓN PLANTAR
TOBILLO	Derecho		
	Izquierdo		

Limitación funcional a los movimientos de:

Columna Cervical: SI ☐ NO ☐ Columna Lumbar: SI ☐ NO ☐
 Rodilla Derecha: SI ☐ NO ☐ Rodilla Izquierda: SI ☐ NO ☐
 Tobillo Derecho: SI ☐ NO ☐ Tobillo Izquierdo: SI ☐ NO ☐

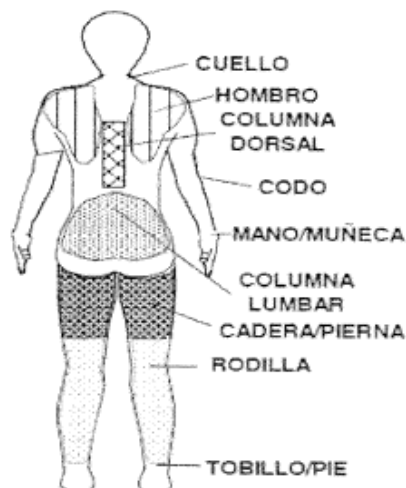
5. PALPACIÓN

COLUMNA VERTEBRAL	APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS	CONTRACTURA MUSCULAR
Cervical		
Dorsal		
Lumbar		

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO TENDINOSOS

	CUELLO		HOMBRO		DORSAL O LUMBAR		CODO O ANTEBRAZO		MUÑECA O MANO						
1. ¿Ha tenido molestias en?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>					
				AMBOS <input type="checkbox"/>				AMBOS <input type="checkbox"/>		AMBOS <input type="checkbox"/>					
Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta															
2. ¿Desde hace cuánto tiempo?	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/>	1 - 5 años <input type="checkbox"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/>	> a 11 años <input type="checkbox"/>			
3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta															
5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	> 30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	> 30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	8 - 30 días <input type="checkbox"/>	> 30 días no seguidos <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>			
6. ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	1 - 24 horas <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/>	1 - 4 semanas <input type="checkbox"/>	> 1 mes <input type="checkbox"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes
8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. ¿A que atribuye estas molestias?					



CONCLUSIONES OSTEOMUSCULARES:

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 8:

CUESTIONARIO DE AUDIOMETRIA

LOGO DE CLINICA EVALUADORA

FICHA DE EVALUACIÓN
AUDIOMÉTRICA

Pre - Ocupacional:		Ocupacional:		Retiro:		Otros:	
Apellidos y Nombres:						SCCO:	
Empresa:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A					Edad:	
Puesto de trabajo:						Sexo:	
Fecha:		Fecha última audiometría:		DNI:			

I. HISTORIA LABORAL:

Ha realizado trabajos anteriores con exposición al ruido:

SI _____ NO _____

En caso afirmativo detallar tipo de trabajo: _____

Número de años que duró la exposición anterior: _____

Tipo de ruido: _____ Tiempo de exposición en N° de horas: _____ (Diarias), (Semanales) _____

II. EXPOSICIÓN ACTUAL:

Antigüedad en el puesto: _____ Horas de exposición a ruido: _____

Tipo de ruido: _____

Utiliza medidas de protección auditiva otorgada por su empresa: Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

Tipo de protección auditiva que utiliza:

Tapones moldeables _____ Auriculares _____

Tapones pre moldeables _____

III. EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS TÓXICAS

Monóxido de carbono SI _____ NO _____ Hidrocarb. aromáticos (Xileno), (Tolueno), (Benceno) SI _____ NO _____

Químicos industriales (plomo, mercurio) SI _____ NO _____ Solventes orgánicos SI _____ NO _____

IV. EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL

Motorismo _____ Discoteca _____ Buceo _____ Caza _____ Servicio Militar con armas de fuego _____

Uso de auriculares para música NO _____ SI _____ ¿Cuántas horas al día? (Diarias), (Semanales) _____

V. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Familiares con problemas de sordera u otras afecciones ORL: SI _____ NO _____

En caso de ser positivo, detallar: _____

VI. ANTECEDENTES PERSONALES:

Uso de medicamentos Ototoxicos (que causan daño al oído):

Tratamientos con antituberculosos: SI _____ NO _____ Bactrim SI _____ NO _____

Salicatos, aspirinas (>4 día): SI _____ NO _____ Ibuprofeno SI _____ NO _____

Aminoglucósidos (Gentamicina, Amikacina): SI _____ NO _____ Furosemida SI _____ NO _____

Fuma: SI _____ NO _____ Cantidad: _____

Bebe: SI _____ NO _____ Cantidad: _____

Cirugía de oído (timpanoplastia, mastoidectomía, estapedectomía) SI _____ NO _____

A padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades:

Traumatismos craneales _____ Paperas _____ Sarampión _____ Rubéola _____

Otitis media recurrente _____ Otitis media supurativa crónica _____ Hipoacusia _____

Traumatismos directos en el oído _____ Fiebre tifoidea _____

Actualmente, padece de alguna de las siguientes enfermedades:

Hipertensión arterial: SI _____ NO _____

Presión arterial actual: _____

En caso de ser positivo, qué medicamento toma: _____

Diabetes mellitus: SI _____ NO _____

En caso de ser positivo, qué medicamento toma: _____

VI. ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Acúfenos (zumbidos): SI _____ NO _____

Otalgia: SI _____ NO _____

Vértigo: SI _____ NO _____

Otorrea: SI _____ NO _____

VII. CONDICIONES PREVIAS AL EXAMEN:

Reposo auditivo previo audiometría (14 hrs.): SI _____ NO _____

Ha viajado en avión las últimas 48 hrs.: SI _____ NO _____

Exposición a altura (>200 mts) las últimas 48 hrs.: SI _____ NO _____

Buceo a profundidad (<2000 mts) las últimas 48 hrs.: SI _____ NO _____

VIII. ESTADO ACTUAL DE AUDICIÓN:

Oye bien: SI _____ NO _____

¿Si no oye bien, desde cuando? _____

¿Hace repetir las conversaciones con frecuencia? SI _____ NO _____

¿Debe aumentar el volumen de la TV? SI _____ NO _____

¿Le molestan los ruidos intensos? SI _____ NO _____

¿Actualmente presenta alguna infección respiratoria? SI _____ NO _____

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 9:
CUESTIONARIO DE ESPIROMETRIA

LOGO DE CLINICA EVALUADORA										FICHA DE EVALUACIÓN AUDIOMÉTRICA											
Pre - Ocupacional:				Ocupacional:				Retiro:				Otros:									
Apellidos y Nombres:										SCCO:											
Empresa:										Edad:											
Puesto de trabajo:										Sexo:											
Fecha:										Fecha última audiometría:											
DNI:																					
I. HISTORIA LABORAL:																					
Ha realizado trabajos anteriores con exposición al ruido:																					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
En caso afirmativo detallar tipo de trabajo:																					
Número de años que duró la exposición anterior:																					
Tipo de ruido: <input type="text"/> Tiempo de exposición en N° de horas: <input type="text"/> (Diarias), (Semanales)																					
II. EXPOSICIÓN ACTUAL:																					
Antigüedad en el puesto: <input type="text"/> Horas de exposición a ruido: <input type="text"/>																					
Tipo de ruido: <input type="text"/>																					
Utiliza medidas de protección auditiva otorgada por su empleador Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>																					
Tipo de protección auditiva que utiliza:																					
Tapones moldeables <input type="checkbox"/> Auriculares <input type="checkbox"/>																					
Tapones pre moldeables <input type="checkbox"/>																					
III. EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS TÓXICAS																					
Monóxido de carbono SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> hidrocarb. aromáticos (Xileno), (Tolueno), (Benceno) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
Químicos industriales (plomo, mercurio) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solventes orgánicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
IV. EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL																					
Motorismo <input type="checkbox"/> Discoteca <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Servicio Militar con armas de fuego <input type="checkbox"/>																					
Uso de auriculares para música NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántas horas al día?(Diarias), (Semanales) <input type="text"/>																					
V. ANTECEDENTES FAMILIARES:																					
Familiares con problemas de sordera u otras afecciones ORL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
En caso de ser positivo, detallar: <input type="text"/>																					
VI. ANTECEDENTES PERSONALES:																					
Uso de medicamentos Ototóxicos (que causan daño al oído):																					
Tratamientos con antituberculosos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Bactrim SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
Salicatos, aspirinas (>4 día): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ibuprofeno SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
Aminoglucósidos (Gentamicina, Amikacina) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Furosemida SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
Fuma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad: <input type="text"/>																					
Bebe: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad: <input type="text"/>																					
Cirugía de oído (timpanoplastia, mastoidectomía, estapedectomía) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
A padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades:																					
Traumatismos craneales <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/>																					
Otitis media recurrente <input type="checkbox"/> Otitis media supurativa crónica <input type="checkbox"/> Hipoacusia <input type="checkbox"/>																					
Traumatismos directos en el oído <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/>																					

[illegible]

APÉNDICE 10:
HOJA DE RUTA

Logotipo de la Clínica Evaluadora				HOJA DE RUTA			
Pre - Ocupacional:		Ocupacional:		Retiro:		Otros:	
Apellidos y Nombres:				N° HC:			
Dirección:				Fecha Nacimiento:			
Empresa:				Edad:			
Puesto de trabajo:				DNI:			
Fecha:		Hora de llegada:		Hora de salida:		Teléfono:	
Peso (Kg):	Talla (m):	IMC (Kg/m2):		Perímetro abdominal (cm):			
FC (l/m):	FR (r/m):	PA (mmHg):		Perímetro Torácico (cm):			
SpO2 (%):	Índice Cintura/Cadera:				Temperatura (°C):		
MANEJA VEHICULO DE LA EMPRESA:				SI	NO	TIPO:	
CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS							
EVALUACIÓN	FIRMA ESPECIALISTA	HORA	EVALUACIÓN	FIRMA ESPECIALISTA	HORA		
Triaje			Psicología (Escala de ansiedad y depresión SRQ-18)				
Medicina Ocupacional (incluye evaluación osteomuscular)			- Test de fatiga y somnolencia de Epworth				
- Evaluación Neurológica			- Test de fobias				
- Test para trabajos en espacios confinados			Cardiología				
- Test para trabajos en altura estructural			Electrocardiograma (EKG)				
- Evaluación Dermatológica			Prueba de Esfuerzo Graduada				
Otorrinolaringología			Neumología				
Audiometría			Ecografía abdomino-pelvica				
Oftalmología			Radiografía Lumbo Sacra				
Radiografía de Tórax PA			Radiografía de Tórax OIT				
EXAMENES DE LABORATORIO							
MUESTRA DE SANGRE	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE ORINA	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE HECES	FECHA Y FIRMA		
OBSERVACIONES							