

CONDICIONES TECNICAS

SERVICIO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO 2024 REFINERIA SELVA.

I. GENERALIDADES

1.1. OBJETO

PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A., en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el servicio de "Examen Médico Ocupacional Periódico 2024 Refinería Selva".

1.2. ÍTEM(S): __1__.

1.3. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

- ☐ Suma alzada
☒ Precios Unitarios
☐ Costos reembolsables
☐ Mixto

Obligatorio: Para el caso de Precios Unitarios **deberán adjuntar el** Apéndice1: Propuesta Económica.

1.4. MONTO ESTIMADO REFERENCIAL

****RESERVADO**** en soles. Debe incluir todos los 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.

1.5. TIPO DE ACTIVIDAD

- (.....) Intermediación laboral
(.....) Tercerización
(.....) Consultoría/ Asesoría
(...X...) Servicio general

1.6. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ÁREA Vs. ACTIVIDAD (Según Tabla 3 del PROO1-390)

- (.....) Bajo
(.....) Medio
(.....) Alto
(...X...) No Aplica

1.7. SUBCONTRATACIÓN

(.....) SÍ

(...X...) NO

1.8. ADMINISTRACIÓN Y CONFORMIDAD

- La administración estará a cargo de Jefatura Recursos Humanos Selva/Gerencia Corporativa Recursos Humanos.
- La Supervisión estará a cargo de Servicios Médicos Selva.
- La conformidad será aprobada por Jefatura Recursos Humanos Selva.
- El plazo para la conformidad de la prestación será de Diez (10) días calendario. Este plazo no está comprendido dentro del plazo de ejecución del servicio.

1.9. CAUSALES DE RESOLUCION

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

PETROPERÚ podrá resolver el contrato sin expresión de causa.

II. REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS

2.1 Postor:

- a) Copia simple de la Licencia Municipal de Funcionamiento.
- b) 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.
- c) 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, solo para la etapa de selección, se aceptará se adjunte copia del documento que así lo certifique (la Constancia de Acreditación vigente será solicitada previo a la firma de la OTT).
- d) Copia simple de la Constancia de Autorización del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) del ambiente de Radiología.

Tener como experiencia un monto mínimo acumulado facturado de S/500,000.00 en el Servicio de Exámenes Médicos Ocupacionales en los últimos cinco (5) años.

Forma de acreditar:

La experiencia del postor será acreditada de cualquiera de las siguientes formas:

- Copia de los contratos suscritos y la respectiva conformidad de culminación de la prestación de cada uno de los Servicios, donde se especifique claramente el periodo de ejecución y el monto ejecutado; en caso algún contrato culminado que no cuente con la respectiva conformidad de culminación, no se considerará válido.
- Copia simple de facturas y/u otros comprobantes de pago debidamente cancelados.

La cancelación de los montos consignados en los comprobantes de pago (Facturas), se acreditará documental y fehacientemente, para lo cual bastará con adjuntar voucher de depósito o reporte de estados de cuenta donde pueda verificarse el pago efectuado, o que la cancelación por parte de la entidad bancaria o de la institución a cargo del cumplimiento de dicha prestación conste en el mismo comprobante. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes.

Es responsabilidad del postor distinguir adecuada y detalladamente el alcance (características esenciales) del Contrato y/o comprobantes de pago presentados para la evaluación, para ello, de ser necesario debe adjuntar a su Contrato y/o comprobantes de pagos presentados, las condiciones técnicas, condiciones específicas, valorización, u otro documento que detalle las prestaciones desarrolladas. Asimismo, en caso EL POSTOR requiera acreditar contratos que incluyan otros servicios y que no se pueda diferenciar en el mismo, EL POSTOR deberá presentar el presupuesto y/o desagregado que muestre el detalle indicado para cada prestación. De no ser así, dicho contrato no será tomado en cuenta durante la evaluación de las propuestas.

2.2 Personal:

- a) Un (1) Médico Ocupacional,
- Copia simple del diploma de título de la especialidad en Medicina Ocupacional o copia simple de constancia de título de la Maestría en Salud Ocupacional o Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental o Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.
 - Copia simple de la constancia o certificado de haber llevado el Curso de Pruebas Funcionales.
 - En caso de especialidad, deberá contar con experiencia profesional mínima de un (1) año en Salud Ocupacional o Evaluaciones Médico-Ocupacionales; en caso de maestría, deberá contar con tres (3) 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 del presente personal se contabilizará a partir de la obtención de título como especialista o de la obtención del título de maestría, para cada caso.

La experiencia se acreditará con la presentación de cualquiera de los siguientes documentos:

- 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:

- Copia simple de la colegiatura profesional.
- Experiencia profesional mínima de dos (2) años en evaluaciones ocupacionales, la cual se acreditará mediante la presentación de copia de certificados, constancias, recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente la experiencia y el periodo ejecutado.

- Copia simple de certificado(s) y/o constancia(s) que acredite(n) conocimiento en Seguridad y Salud Ocupacional y/o Psicología Laboral u Ocupacional.
- c) Otras profesiones: 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:
- Copia simple de la colegiatura profesional.
 - Para el personal Técnico, copia simple de diploma, título profesional o de colegiatura en caso corresponda.
 - Para el Técnico en Radiología deberá presentar copia simple de la acreditación emitida por el IPEN.
- d) Profesionales Médicos: un (1) Oftalmólogo, un (1) Otorrinolaringólogo, un (1) Neumólogo, un (1) Cardiólogo, una (1) Ginecóloga, un (1) Urólogo y un (1) Radiólogo
- Para cada profesional médico se deberá acreditar Experiencia profesional mínima de tres (3) años en su especialidad la cual se contabilizará a partir de la obtención del Registro Nacional como especialista.

Forma de Acreditación:

- Copia simple del certificado del Registro Nacional de Especialidad.
- Para el caso del Otorrinolaringólogo: copia simple de constancia y/o certificado de estudios 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: copia simple de constancias y/o certificados de estudios de Curso de Espirometría Basic Training o Curso de Entrenamiento en Espirometría (NIOSH O ALAT); además, de copia simple de constancias y/o certificados de haber llevado el Curso Interpretación de Espirometrías
- La experiencia se computará a partir de la fecha de la emisión del Registro Nacional de Especialidad, en entidades públicas y/o privadas de salud y se acreditará con copia simple de certificados, constancias, recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente el período de experiencia ejecutada.

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 de todo el personal del presente numeral, en caso se proponga personal extranjero, si los grados o títulos fueron expedidos en el extranjero, deben encontrarse registrados en la Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU) 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.

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.

III. GARANTÍAS Y PÓLIZAS

3.1 GARANTÍAS

(....X....) SÍ

(.....) NO

El ganador de la Buena Pro deberá contar y entregar a PETROPERÚ la garantía conforme al artículo 26 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ, siendo la garantía necesaria la 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 cual deberá ser entregado para la formalización contractual.

La garantía (carta fianza) será endosada a nombre de Petróleos del Perú - PETROPERÚ S.A. de la operación, 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 garantía se devolverá una vez que la recepción de la prestación a cargo del contratista esté aprobada.

3.2 SEGUROS

(.....) SÍ

(...X...) NO

IV. DOCUMENTOS FORMALIZACION CONTRACTUAL

4.1 DOCUMENTOS FORMALIZACION CONTRACTUAL

- Constancia de Acreditación como Servicio de Salud Ocupacional vigente.
- Constancia de Habilidad de los médicos, licenciados en enfermería, psicólogo y tecnólogos según su Colegio Profesional del Perú.
- Certificados de Calibración de los equipos de medición y de laboratorio. Dicho certificado debe ser expedido por institución acreditada por INACAL, presente en su Directorio de Laboratorios de Calibración acreditados, o por el mismo INACAL, INDECOPI u otro organismo acreditado internacionalmente, el cual debe estar vigente al momento de la suscripción del contrato.

- 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 cual se presentará al momento de la visita de PETROPERÚ.
- En el caso del Laboratorio: Certificado de vigencia de los reactivos a utilizar.
- Carta Garantía de Fiel Cumplimiento según numeral 10 de la presente condiciones técnicas.

V. FACTURACION Y FORMA DE PAGO

5.1 ADELANTOS

(.....) SÍ

(...X...) NO

5.2 FACTURACIÓN

Las valorizaciones se presentarán por avance, después de ejecutada la respectiva prestación, de acuerdo al siguiente detalle:

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/Coordinación Recursos Humanos. 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.

El/los comprobantes(s) de pago deberá(n) enviarse a través de la Plataforma de Mesa de Partes Virtual, para más información revisar el enlace:

<https://scdp.petroperu.com.pe/mpv/>. Sólo las empresas extranjeras pueden enviar sus comunicaciones a la dirección de correo mesadeparteshvirtual@petroperu.com.pe, hasta que se implemente la opción correspondiente en la plataforma de Mesa de Partes Virtual.

Los comprobantes de pago deberán estar acompañadas de:

- Para el caso de pagos parciales: Copia del Contrato u Orden de Trabajo a Terceros (OTT), la valorización aprobada y/u otros documentos [indicar de acuerdo a la naturaleza del Servicio/Obra].
- Para el caso del pago final: Contrato u Orden de Trabajo de Terceros (OTT) original, la valorización final aprobada, el acta de conformidad de recepción, acta de liquidación y/u otros documentos .

El Contratista consignará obligatoriamente en su factura el número y descripción del Contrato u OTT y el número de HES (en caso de servicios).

Además, el CONTRATISTA deberá adjuntar a su factura, la "Consulta de RUC", impresa con misma fecha de emisión, en la que se constate la condición de contribuyente como HABIDO (Regirse a la Ley N° 29214. Art. 2, inciso b, y Resolución de Superintendencia N° 245-2013-SUNAT)

Tratándose de comprobantes de pago electrónico, éstos deberán ser autorizados por la SUNAT.

Las facturas (en físico) serán entregadas en la Oficina de Trámite Documentario según la tabla adjunta, adjuntando la base impresa de la pre-liquidación en Excel aprobado previamente por correo con precios unitarios, visado por el Médico de PETROPERÚ encargado.

ÍTEM	Sede	Dirección
1	Iquitos	Av. La Marina 465 – Iquitos

Aquellos comprobantes de pago presentados incorrectamente o presentados antes de obtener la conformidad serán devueltos para su subsanación, rigiendo el nuevo plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.

5.3 FORMA DE PAGO

El/los comprobantes(s) de pago será (n) pagado(s), en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios.

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

- a) 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.
- b) 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.

VI. DESCRIPCION DE ALCANCE TÉCNICO DEL SERVICIO

6.1 NORMATIVA TECNICA

- 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.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley N° 29783 y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 022-2024/MINSA y su Directiva.
- Demás disposiciones legales vigentes.

6.2 LUGAR DE EJECUCIÓN

En las instalaciones del CONTRATISTA.

	Lugar del Examen	Sedes	Sexo	N° de trabajadores
ITEM 1	IQUITOS	IQUITOS PUCALLPA TARAPOTO YURIMAGUAS	Masculino	185
			Femenino	25
TOTAL				210

6.3 PLAZO DE EJECUCIÓN:

El Servicio será ejecutado hasta el término de los exámenes programados a través de Servicios Médicos de Selva, con un plazo referencial de acuerdo con la siguiente tabla:

ÍTEM	PLAZOS
1	120 días calendario a partir de la fecha de inicio que establezcan entre PETROPERÚ y el contratista

El inicio de ejecución contractual será coordinado con el CONTRATISTA, una vez firmado el contrato.

6.4 ALCANCE TÉCNICO DEL SERVICIO

Evaluación Médica General y Examen Físico

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

- 6.4.1. Entrevista al Trabajador, que consignará:
- Datos de filiación.
 - Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.
 - Hábitos tóxicos.
 - Aficiones.
 - Absentismos
 - Historia ocupacional (según anexo).
 - 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.

6.4.2. Examen Físico, que consignará:

- Signos vitales: presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria.
- 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.

6.4.3. Examen Dermatológico:

- Examen general de la piel y faneras, de acuerdo con formato de PETROPERÚ
- Examen directo de dermatofitos, si lo requiere.

6.4.4. Examen Neurológico:

- Examen físico, de acuerdo con formato de PETROPERÚ.
- Test para Trabajos en Altura Estructural (mayor a 1.8 metros), y para espacios confinados.

Además, realizará la Evaluación Musculoesquelética (incluye Cuestionario Nórdico), de acuerdo con formato de PETROPERÚ.

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

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.

Evaluación Otorrinolaringológica

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

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato auditivo (otoscopia convencional o videotoscopia).

- 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, de acuerdo con formato de PETROPERÚ.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

Evaluación Neumológica

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

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato respiratorio.
- Evaluación de la radiografía de tórax.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.
- Espirometría realizada por un personal de la salud acreditado y firmado por el Especialista (sólo a trabajadores que tienen factor de riesgo).

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.

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 y Fobias.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico ocupacionales relacionadas a su especialidad.

Evaluación Urológica

El examen genito-urinario, está dirigido para los trabajadores varones mayores o igual a 40 años, será realizado por un médico colegiado y con especialidad en Urología. Comprende:

- Evaluación médica integral y especializada en Urología.
- Examen rectal para valorar patología prostática (tacto prostático) previa autorización del trabajador.
- Evaluación e interpretación del resultado de Antígeno Prostático Específico (PSA).

Evaluación Ginecológica

El examen ginecológico y genito-urinario, está dirigido para todas las trabajadoras damas, será realizado por un médico colegiado, habilitado y con especialidad en Ginecología o Gineco-Obstetricia. Debe estar acompañado(a) por una Técnica en Enfermería. Comprende:

- Evaluación médica integral y especializada en Ginecología.
- Examen genitourinario, incluye genitales internos y genitales externos.
- Examen ginecológico, incluye examen de mamas.
- Toma de muestra para Papanicolaou (El resultado debe ser firmado por un Médico con especialidad en Patología).

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
Exámenes por factor de riesgo según puesto de trabajo	Fenol en orina (Benceno)
	Manganeso en orina
	Ac. Hipúrico en orina (Tolueno)

Exámenes por Imágenes

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

- Radiografía de tórax (postero-anterior). 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. Incluye toma pre y post miccional para evaluar residuo miccional sólo en varones.
- Ecografía mamaria bilateral (trabajadoras mayores a 25 años y menores o igual a 39 años).
- Mamografía bilateral (trabajadoras mayores o igual a 40 años).

Exámenes de Patología

Los resultados deben ser firmados por un Médico en la especialidad de Patología.

- Papanicolau.

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 (bajalenguas, guantes, batas y sábanas para camillas deberán ser descartables) y equipos los proporcionará el CONTRATISTA.

6.5 CONDICIONES PARA EL INICIO DEL SERVICIO

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 convenio suscrito con el establecimiento. Se realizará necesariamente 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.

Concluidos los exámenes que requieren la condición de ayuno, el CONTRATISTA brindará al trabajador un desayuno nutritivo y luego continuará con el circuito 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 instruirá al personal encargado de la evaluación para no direccionar hacia una determinada clínica o profesional la posterior atención y tratamiento de alguna patología que presentará 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 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 la clínica, 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 cada médico 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 PETROPERÚ a la cual pertenece, 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 a los teléfonos y correos que serán proporcionados por el Administrador del Contrato al Contratista.

- 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 debe ser de 3 horas continuas como mínimo 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 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 Ocupacional).
 - Ser personas confiables y discretas.
 - Ser personas amables y con buen trato.

6.6 ENTREGABLES

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 catorce (14) 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 y una (01) copia simple, ambas correctamente encarpetadas en sobre cerrado y lacrado, y ser remitidas a Servicios Médicos de Selva. 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.
- La entrega de los resultados de los exámenes por factor de riesgo según puesto de trabajo por factor de riesgo podrá ser recepcionado posterior al resto de los ya mencionados en párrafos anteriores, previo acuerdo en acta de reunión.
- 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 PETROPERU 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, no se aceptarán firmas digitalizadas.

6.7 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 = $(0.10 \times \text{Monto}) / (F \times \text{plazo en días})$

Donde F tendrá los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días para bienes, servicios y ejecución de obras: $F = 0.40$

- Para plazos mayores a sesenta (60) días:

Para bienes y servicios: $F = 0.25$

Para obras: $F = 0.15$

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 aplicará las siguientes penalidades:

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 DE LAS 24 HORAS)	0.5 UIT por caso
003	PENALIDAD POR RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS NO ENTREGADOS EN EL PLAZO ESTABLECIDO O POR ENTREGA DE RESULTADOS ERRADOS EN LOS EXPEDIENTES PRESENTADOS, SEGÚN CONDICIONES TECNICAS.	0.01 UIT por día hábil atrasado por expediente
004	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
005	PENALIDAD POR INFORME FINAL OCUPACIONAL NO ENTREGADO EN EL PLAZO ESTABLECIDO O CON DATOS E INFORMACION ERRADA, SEGÚN CONDICIONES TECNICAS.	0.05 UIT por día atrasado
006	PENALIDAD POR CAMBIO DE PERSONAL DE LA CONTRATISTA EN SUS INSTALACIONES O EN LAS INSTALACIONES DE PETROPERU SIN COMUNICACIÓN Y RESPUESTA APROBATORIA PREVIA PARA EJECUCION COMPLETA DEL PROTOCOLO DE CADA TRABAJADOR.	0.25 UIT por día de incumplimiento
007	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.
- Estas penalidades serán deducidas de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final.
- De superar la penalidad el 10% del monto contractual del Servicio, PETROPERÚ estará facultado para resolver unilateralmente el contrato.

6.8 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, obtención de fotochecks, entre otros para la atención de su personal dentro de sus instalaciones y para el personal destacado en las instalaciones de Petroperú.
- El CONTRATISTA presentará al inicio del servicio el Curriculum Vitae documentado de todos los profesionales de salud que prestarán el Servicio con detalle de Formación Profesional y Experiencia Laboral (indicando las actividades o procesos principales realizados)
- 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 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. PETROPERU, dará conformidad a esta información.
- El CONTRATISTA enviará a Servicios Médicos (dependencia), los frascos/galoneras 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 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 nutritivo consistente en un jugo de 16 onzas, de fruta natural de estación, un sándwich, una fruta y una taza de infusión o café, lo cual no implicará un incremento en el monto estimado referencial y deberá presentar tres (03) opciones antes del inicio del servicio que estarán sujetas a evaluación previa por parte de Servicios Médicos.
- 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, previa presentación de sus certificaciones de capacitación:
 - Audiometría: copia simple de certificado y/o diploma del Curso de Audiometría Basic Training o Audiometría CAOHC.

6.9 OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE PETROPERU

- 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 la carta de invitación y/o citación para su examen médico ocupacional a los trabajadores.
- 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.

VII. FORMATO PROPUESTA ECONOMICA DETALLADA

- En Precios Unitarios: Propuesta Económica Detallada en el Apéndice 1.

VIII. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL MEDIOAMBIENTE

El Contratista deberá cumplir con lo establecido en el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERÚ.

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°022-2024 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.

IX. APENDICES

Apéndice 1: Propuesta Económica.

Apéndice 2: Cuestionario de Audiometría.

Apéndice 3: Ficha de Evaluación Músculo Esquelética.

Apéndice 4: Ficha Dermatológica.

Apéndice 5: Ficha Neurológica.

Apéndice 6: Test para Trabajos en Altura Estructural.

Apéndice 7: Test para Trabajos en Espacios Confinados.

Apéndice 8: Hoja de Ruta.

Apéndice 9: Historia Ocupacional.

Apéndice 10: Manual Corporativo de Seguridad, Salud y protección Ambiental para Contratista.

Apéndice 11: Cláusulas de compromiso de adhesión al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, al sistema de prevención de delitos de corrupción y al sistema de gestión antisoborno.

Apéndice 12: Cláusula Sistema de Integridad.

<u>ELABORADO POR:</u>	<u>APROBADO POR:</u>
<p>Karim Alkon Pozo</p> <p>Supervisor Salud Ocupacional y Programas Médicos</p>	<p>Andrea Villacorta Zegarra</p> <p>Jefatura Recursos Humanos Selva</p>

Apéndice 1: Propuesta Económica

San Isidro,de..... de 2024

Señores:
Petróleos del Perú Petroperú S.A.

Referencia: "Examen Médico Ocupacional Periódico 2024 Refinería Selva"

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:

	# de trabajadores	PRECIO UNITARIO	PRECIO CON IGV	PRECIO PARCIAL
Entrevista al Trabajador y examen clínico del Médico Ocupacional				
Evaluación Médica Integral y Examen Físico General Evaluación Músculo Esquelética (incluye Cuestionario nórdico)	210			
Evaluación neurológica según Formato de PETROPERU Evaluación: pares craneales, memoria, equilibrio, reflejos y sensibilidad	100			
Test para trabajos en altura estructural (mayor a 1.8 metros) Test para Trabajos en Espacios confinados	92			
Examen de Piel según Formato de PETROPERU. Examen directo de dermatofitos.	97			
Evaluación Oftalmológica:				
Agudeza Visual y Refracción Examen de Campo Visual (Campimetría) Oftalmoscopia (Fondo de Ojo) Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura Tonometría Apreciación de Colores Examen Estereoscópico	210			
Evaluación Cardiológica:				
Evaluación médica especializada en Cardiología Examen Cardiovascular Electrocardiograma	210			
Prueba de Esfuerzo Físico	165			
Evaluación Genito-Urinario (Damas):				
Evaluación médica integral y especializada en Ginecología Examen genitourinario, incluye genitales internos y genitales externos Examen ginecológico, incluye examen de mamas Papanicolaou(todas las damas)	25			
Evaluación Genito-Urinario (Varones):				
Evaluación médica integral y especializada en Urología (varones > o igual a 40 años) Examen rectal para valorar patología prostática (varones > o igual a 40 años) Evaluación e interpretación del resultado de Antígeno Prostático Específico	138			
Evaluación Psicológica:				
- Entrevista y evaluación psicológica especializada	209			

- 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 Estrés y Fobias (entre tantos debe incluir cuestionarios para fobia para altura estructural y espacios confinados)	176			
Laboratorio:				
Biometría Sanguínea				
Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos (absoluto y relativo) y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM).	210			
Bioquímica Sanguínea:				
Glucosa	210			
Ácido Úrico	210			
Hemoglobina Glicosilada	210			
Pruebas de Función Renal:				
Creatinina Sérica	210			
Úrea Sérica	210			
Perfil Lipídico:				
Colesterol total/HDL/LDL/VLDL Triglicéridos Riesgo Coronario	210			
Pruebas Hepáticas:				
Transaminasas: TGP y TGO Fosfatasa Alcalina	210			
Dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA) (varones > o igual a 40 años)	142			
Examen de Orina:				
Examen Completo de Orina y Sedimento Urinario	210			
Examen de Heces:				
Sangre oculta en heces (Thevenon) mayores o igual a 40 años	156			
Exámenes por factor de riesgo según puesto de trabajo:				
Dosaje de Fenol en orina (Benceno)	59			
Dosaje de Manganeseo en orina	59			
Dosaje de Ac. Hipúrico en orina (Tolueno)	59			
Dosaje de Ac. Metilhipúrico en orina (Xileno)	59			
Imagenología:				
Ecografía abdomino-pélvica completa	210			
Ecografía mamaria bilateral (solo damas < o igual a 39 años)	11			
Mamografía bilateral (sólo damas >o igual a 40 años)	13			
Radiografía de Tórax (Postero-anterior)	210			
Evaluación Otorrinolaringológica:				
Evaluación médica especializada por Otorrinolaringología, que incluye: Otoscopía	87			
Audiometría en Cabina	87			
Evaluación Neumológica:				
Evaluación médica especializada en neumología, que incluye Examen de tórax (aparato respiratorio) Evaluación radiográfica de tórax y espirometría	77			

Espirometría	77			
TOTAL GENERAL S/				

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

Atentamente,

Firma:

Nombre:

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

Nota: El presente formato debe ser llenado y presentado como Propuesta Económica en sobre lacrado, sellado y foliado, de no cumplirse se tendrá por no presentada y será descalificada.

Apéndice 2: Cuestionario de Audiometría

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 Ototóxicos (que causan daño al oído):

Tratamientos con antituberculosos: SI _____ NO _____ Bacrim 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 _____
Vértigo: SI _____ NO _____

Otalgia: 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 3: Ficha de Evaluación Músculo Esquelética

Logo de la Clínica Evaluadora

FICHA DE EVALUACIÓN MÚSCULO - ESQUELÉTICA

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 (0° - 60°)					D
					I
Rotación externa (0° - 90°)					D
					I
Rotación interna de hombro					D
					I
TOTAL					

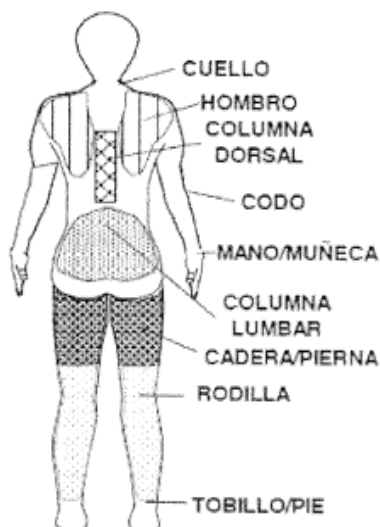
(**) Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza y presencia de dolor.

2. TEST ESPECÍFICOS

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

Miembros Inferiores	Positivo	Negativo
Lassegue	D	
	I	
Schober		

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 OSTEO MUSCULARES:

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Apéndice 4: Ficha Dermatológica

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	NO	Diagnóstico:
¿Actualmente tiene alguna lesión (ampolla, escamas, rascado) en la piel?:	SI	NO	¿Dónde?:
¿Presenta algún cambio de coloración en la piel?	SI	NO	¿Desde cuándo?:
Estas lesiones, ¿se repiten varias veces al año?	SI	NO	Especificar:
¿Usted tiene enrojecimiento en alguna zona del cuerpo?	SI	NO	¿Dónde?:
¿Tiene comezón?	SI	NO	¿Dónde?:
¿Presenta hinchazón en alguna parte del cuerpo?	SI	NO	¿Dónde?:
¿Sufre de Rinitis alérgica o Asma?	SI	NO	Especificar:
¿Usa Equipos de Protección Personal?	SI	NO	¿Qué tipo?:
¿Presenta cambios en las uñas?	SI	NO	Especificar:
¿Está tomando alguna medicación?	SI	NO	¿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 ☐ NO ☐
 2. ¿El paciente necesita ser evaluado por médico dermatólogo para la realización de las siguientes pruebas: SI ☐ NO ☐
- Prueba de Sensibilidad mucocutánea, Luz de Wood o Maniobra de Nikolsky?

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Apéndice 5: Ficha Neurológica

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

1. Fases: _____
2. Actitud de Pie: _____
3. Marcha: _____
4. Conciencia/Orientación/Memoria: _____
5. Lenguaje: _____
6. Coordinación estática y dinámica:

- Romberg simple: _____	- Romberg sensibilizado: _____
- Índice de Bárány: _____	- Índice-índice: _____
- Índice-nariz: _____	- Talón-rodilla: _____
- Diadococinesia: _____	
7. Motilidad Voluntaria:
 - 7.1. 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: _____
 - 7.2. Motilidad Pasiva:

- Tono muscular: _____
- Maniobras de Kernig y Brudzinski: _____
8. 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 Oftamología) _____
- 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 6: 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:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A					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 ARTICULO 25 DE LA LEY DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD LABORAL.

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Apéndice 7: 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"/>	¿Tuviste 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 8: 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: PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A			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
Triage			Psicología (Escala de ansiedad y depresión SRQ-18)		
Medicina Ocupacional (incluye evaluación osteomuscular)			- Test de fatiga y somnolencia de Epworth		
- Evaluación Neurológica			- Test de altura estructural		
- Evaluación Dermatológica			- Test de fobias		
- Test para trabajos en espacios confinados			Cardiología		
- Test para trabajos en altura estructural			Electrocardiograma (EKG)		
Otorrinolaringología			Prueba de Esfuerzo Graduada		
Audiometría			Ecografía abdomino-pelvica		
Neumología			Ginecología		
Espirometría			Ecografía mamaria		
Radiografía de Tórax PA			Mamografía bilateral		
Oftalmología			Urología		
Nutrición			Odontología		

EXAMENES DE LABORATORIO

MUESTRA DE SANGRE	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE ORINA	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE HECES	FECHA Y FIRMA

OBSERVACIONES: _____

Apéndice 9: Historia Ocupacional

Logo de la Clínica	Empresa		PETROLEOS DEL PERU PETROPERU S.A.			
	H.C.L. N°	Fecha				
	Tipo de examen:	<input type="checkbox"/> Pre empleo	<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 10: Manual Corporativo de Seguridad, Salud y protección Ambiental para Contratista

2.2. REQUISITOS DE INGRESO DE TRABAJADOR CONTRATISTA

Para ingresar a instalaciones de PETROPERÚ se requerirá con la anticipación debida lo siguiente:

- a. Currículo Vitae documentado.
- b. Copia de documento nacional de identidad o carnet de extranjería.
- c. Certificado de antecedentes policiales (máximo con una vigencia de dos meses).
- d. Certificado de antecedentes penales (máximo con una vigencia de dos meses).
- e. Certificado de aptitud médico laboral (CAML), según R.M N° 312-2012-MINSA (acreditación donde indica que el trabajador está sano o con hallazgos clínicos que no generan pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor.)
- f. El CONTRATISTA deberá coordinar con el Administrador del Contrato la programación del curso de "Inducción HSE" para su personal, debiendo el trabajador obtener nota aprobatoria mayor a 14.0, para ser considerado apto.

11.1. GESTIÓN DE RESIDUOS

11.1.1. General

- a. Se alentará la reducción de residuos en la fuente de generación, así como la reutilización, reciclado, la mejora del orden y la limpieza y el entrenamiento de modo de minimizar la generación de residuos.
- b. Las tareas específicas que se lleven a cabo en la instalación pueden dar lugar a la generación de residuos, los mismos que deben ser manejados de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Gestión de Residuos de la Operación de la Empresa.
- c. Se requerirá al Contratista que el manejo que haga de los residuos cumpla las disposiciones del presente Manual y el Procedimiento de Gestión Residuos de la Operación de la Empresa, a fin de cumplir con los requisitos establecidos en la legislación vigente y en los estándares internacionales referentes a la protección ambiental en materia de residuos sólidos.

11.1.2. Medidas de Control

Las medidas de control generales a seguir por el CONTRATISTA y su personal son:

- a. Todas las compañías contratistas deben guiar la gestión de los residuos sólidos que generan, hacia la prevención de los impactos ambientales y el cumplimiento de la legislación ambiental vigente.
- b. Llevar un Registro semanal o mensual de volúmenes de residuos generados de acuerdo a la segregación de cada operación.
- c. Segregar, almacenar, transportar y disponer los residuos sólidos que hubieran generado durante el desarrollo de las actividades realizadas. No se permitirá la acumulación de residuos en la Obra, Todos los residuos, desperdicios y materiales excedentes deberán ser removidos en intervalos máximos de 2 (dos) días, salvo indicación de la Operación de la Empresa.
- d. Disponer en contenedores, los residuos sólidos peligrosos y no peligrosos que genere, de acuerdo al Procedimiento de Gestión de Residuos Sólidos de cada Operación de la Empresa.
- e. En caso de haberse generado residuos que por su tamaño no pueden almacenarse en contenedores, deberá coordinar con el Supervisor que administra el contrato para determinar el lugar de almacenamiento temporal.
- f. No está permitida la quema de residuos, ni la utilización de sustancias o productos químicos para su control o tratamiento.
- g. El Contratista deberá contar con el plan de contingencias de la empresa prestadora de residuos sólidos EPS-RS ó EPS-EC, autorizada por DIGESA, con las acciones a tomar en caso de la ocurrencia de un evento no previsto como derrame, incendio, explosión entre otros accidentes.
- h. Se dispondrán los residuos no peligrosos en los lugares autorizados por DIGESA.
- i. Los residuos peligrosos deberán ser clasificados y almacenados por "El Contratista" y remitirá a la dependencia encargada de la gestión ambiental de cada Operación de la Empresa, el reporte de los volúmenes generados que serán transportados hasta su disposición final por la empresa EPS-RS, para la elaboración del Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos por cada operación de traslado.

11.1.3. Clasificación y Manejo de Residuos

Para una adecuada gestión de residuos "El Contratista" clasificará y dispondrá los residuos de acuerdo al Procedimiento de Gestión Residuos de cada Operación de la Empresa.

Apéndice 11: Cláusulas de compromiso de adhesión al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, al sistema de prevención de delitos de corrupción y al sistema de gestión antisoborno.

ANEXO No. 1

(aplicable a los proveedores para la adquisición de hidrocarburos, biocombustibles y otros bienes, contratación de servicios y obras nacionales e internacionales; sean personas naturales o jurídicas de Derecho Privado nacional o internacional)

"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".

Apéndice 12: Cláusula Sistema de Integridad.

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-gobierno-corporativo/nuestro-sistema-de-integridad/>."