



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0122

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°106-2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC. / INFORME N°095-2025-GRCUSCO/DRSC//HE/RSP.

Señores : R.U.C. :
Dirección :
Teléfono : Fax :
Email : Fecha : 16/06/2025 Moneda : S/.
Concepto : ADQUISICION DE TRIPTICOS

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	475100052324	FORMATO ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO MARCA:		
10	UNIDAD	475100055092	FORMATO INFORME DE ALTA BLOCK X 100 HOJAS MARCA:		
5	CIENTO	475100019717	FORMATO EXAMEN FISICO MARCA:		
5	CIENTO	475100018241	FORMATO HOJA DE EXAMEN AUXILIAR MARCA:		
10	CIENTO	475100016292	FORMATO CENSO DIARIO DE HOSPITALIZACION MARCA:		
5	CIENTO	475100050147	FORMATO DE EPICRISIS MARCA:		
5	CIENTO	475100016062	FORMATO DE EXAMEN FISICO PEDIATRICO MARCA:		
2	CIENTO	475100016063	FORMATO DE INFORME DE INTERCONSULTA MARCA:		
5	CIENTO	475100050276	FORMATO HISTORIA CLINICA - NEONATAL MARCA:		
5 }	CIENTO	475100050342	FORMATO HISTORIA CLINICA PEDIATRICA. MARCA:		
10	CIENTO	475100017142	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA MARCA:		
10	CIENTO	475100050886	FORMATO HOJA DE MONITOREO PACIENTE PEDIATRICO MARCA:		
10	CIENTO	475100019772	FORMATO REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERIA MARCA:		
5	CIENTO	475100018570	FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO VARIOS MARCA:		

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV(18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Valida Del Al)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización se presentará en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTAR RNP,FICHaA RUC Y ANEXOS

COTIZADOR

PROVEEDOR



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00122

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°106-2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC.

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/06/2025
Concepto : ADQUISICION DE TRIPTICOS	Moneda : S/.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3	MILLAR	475100016213	AFICHE MARCA:		
5	MILLAR	470300050123	DIPTICO INFORMATIVO MARCA:		
1	MILLAR	475100055062	FORMATO DE HOJA DE DATOS PERSONALES MARCA:		
1	MILLAR	475100016355	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE GUARDIA MARCA:		
1	MILLAR	475100054441	FORMATO EVOLUCION MEDICA Y PEDIATRIA MARCA:		
1	MILLAR	475100051966	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA MARCA:		
1	MILLAR	475100018773	FORMATO PRIMER EXAMEN RECIEN NACIDO MARCA:		
6	MILLAR	470300060331	TRIPTICO INFORMATIVO MARCA:		
				TOTAL	

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida Del.....Al.....)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta

*ADJUNTAR RNP,FICHA RUC Y ANEXOS.

COTIZADOR

PROVEEDOR

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°, con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588-Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es elcon Razón Socialagradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....

Firma

Nombre y apellidos del proveedor o de su representante

DNI:



Informe N° 087 - 2025/GR-CUSCO/DRSC/U.E. N° 408-HE/UPP

A : MC. GUIDO GIRALDO ALENCASTRE
Director Ejecutivo del Hospital de Espinar

De : TAP. KELY CANAZAS AYARBE
Jefe (e) de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Espinar

ASUNTO : Solicito Información de Insumos, materiales y equipos adquiridos, por cada Centro de Costo de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar de los años 2022, 2023 y 2024.

FECHA : Espinar, 12 de junio de 2025

13 JUN. 2025
Reg. 6021
Hora: 9.0.

Mediante el presente, me dirijo a su Despacho, para solicitar Información de Insumos, materiales y equipos adquiridos, por cada Centro de Costo de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar de los años 2022, 2023 y 2024, lista de insumos adquiridos para determinar la estructura de costos de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, según los datos del cuadro siguiente:

BASE DEL COMPONENTE DE COSTOS DE INSUMOS

Código Usado	Descripción	Unidad Uso		Unidad Adquisición	Precio última	Precio última	Precio última	Cantidad Presentación	Unidad de medida de	Costo Unitario
		Uso	Uso		Compra 2019	Compra 2020	Compra 2021			
90600010008	ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN X 1L	UNIDAD	UNIDAD	UNIDAD	22.50	22.50	22.50	100	ML	0.02
90600010012	ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN X 500 mL	UNIDAD	UNIDAD	UNIDAD	22.00	22.00	22.00	500	ML	0.04
90600010047	ACEITE DE OLIVA VIRGEN X 750 mL	UNIDAD	UNIDAD	UNIDAD	28.50	28.50	28.50	750	ML	0.04

Siendo que el Comité debe de costear a detalle cada procedimiento que se cumple en las diferentes Unidades Productoras de Servicios y en los Centros de Costo, debe identificar el valor por cada uso de los insumos fungibles y no fungibles utilizada en las diferentes UPS y Centros de Costo de nuestra Institución de forma oficial para sustentar el costo real de cada procedimiento.

Sin otro particular, es cuanto debo solicitar a su Despacho y al responsable de Logística para que el comité pueda dar cumplimiento a la labor asignada por la GERESA y el MINSA en cuanto a la presentación del costeo detallado de los procedimientos que nos corresponden como Hospital de segundo nivel.

Atentamente;

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 - HOSPITAL DE ESPINAR

Kely Canzas Ayerbe

ESPECIFICACIONES TECNICAS

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para el Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para la realización de la **CAMPAÑA DE DONACION DE SANGRE VOLUNTARIA - ESPINAR 2025**", por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

3. ANTECEDENTES:

La donación voluntaria de sangre constituye una acción solidaria que ayuda a salvar vidas y mantener saludables a muchas personas con determinadas enfermedades. Su importancia radica en la necesidad de los hospitales de realizar transfusiones a diario, algunos de los casos más recurrentes por los que se recurre al banco de sangre son casos de muerte materna, muerte neonatal, pacientes accidentados y pacientes con enfermedades sanguíneas degenerativas. La Ley N°: 26454, en donde se declara de orden público y de interés nacional la obtención, donación, conservación y transfusión de sangre humana, brinda un sustento legal para afrontar la problemática acerca de la escasa donación voluntaria de sangre en el país. El Hospital de Espinar UE- 408 II-1, el cual es un centro referencial que atiende a toda la población asegurada y no asegurada de la Provincia de Espinar y sus aledaños, en sus diversas carteras de servicio, apertura su Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia tipo-I (BS-I), que abastece las necesidades de los pacientes provenientes de la misma provincia, pacientes que carecen de donantes y familiares que no radican en dicho lugar, razón por la cual nuestra institución realiza las campañas de donación de sangre, en favor de estos pacientes, que nos permita cubrir esta demanda. Con la premisa de que los donantes altruistas no remunerados y repetitivos ofrecen la mayor seguridad con respecto a la donación de sangre y hemocomponentes, nuestra institución se enmarca dentro del Plan Nacional de Promoción de Donación Voluntaria de Sangre con la finalidad de mejorar la disponibilidad, seguridad, calidad y uso de sangre (Hemocomponentes). Por todo ello, elaboramos el presente informe buscando las estrategias y el fortalecimiento de la donación voluntaria de sangre, velando por el derecho a la vida y la salud de nuestros usuarios que es la población Espinarence y sus comunidades en general.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Adquirir **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para la realización de la **CAMPAÑA DE DONACION DE SANGRE VOLUNTARIA - ESPINAR 2025**", por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.



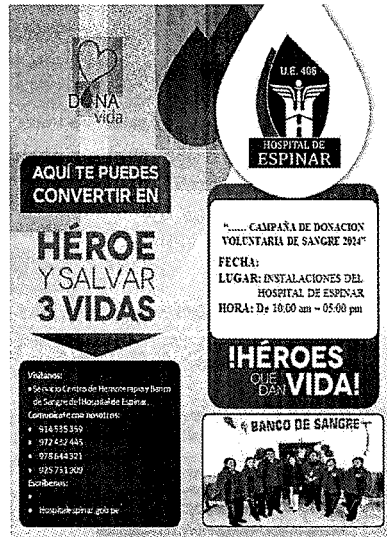
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Tener a disposición Unidades de Sangre (Paquetes Globulares) para la asistencia de pacientes críticos de emergencia, ginecología y pacientes con cirugías programadas
- Educar a la población sobre donación de sangre voluntaria brindando información en **dípticos y trípticos** para que se conviertan en donantes de sangre habituales, voluntarios y no remunerados, a fin de garantizar reservas de sangre suficientes para atender las necesidades de los que más lo requieran.
- Promover la donación voluntaria mediante la sensibilización visual, asegurando así las futuras campañas de donación voluntaria con el uso de **afiches**.
- Sensibilizar y lograr cambios de actitud de la población frente a creencias, mitos, paradigmas y temores respecto a la donación voluntaria.

5. ALCANCES Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR:

5.1. ESPECIFICACIONES TECNICAS: Dípticos, trípticos y afiches.

LIBROS TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS	
ITEM	ESPECIFICACION TECNICA
DIPTICO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimensiones: 21 cm x 20 cm ➤ Pliegue: 10 cm ➤ Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto. ➤ Material: Papel couche de 100 gr. ➤ Cantidad: 5 Millares ➤ Modelo:



TRIPTICO:

- Dimensiones: 21 cm x 30 cm
- Pliegue: 10 cm
- Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto.
- Material: Papel couche de 100 gr.
- Cantidad: 6 Millares
- Modelo:

FORMALIDAD

Tener a disposición Unidades de Sangre (Plasma Crioprecipitado y Plasma Fresco) para la atención de pacientes críticos: cardiopatías, traumatología y pacientes con cirugía programada, para permitir una atención en caso de alguna complicación, y a la vez Promover la Donación Voluntaria de Sangre (DVS) contribuyendo a que la población mantenga un recurso estable, mismo tiempo acceso a la sangre humana y sus componentes de manera segura y de calidad gracias a la captación de donantes voluntarios, filiales y quienes a su vez que, además a la donación serán atendidos por nuestros profesionales médicos.

LOS VOLUNTARIOS SON NUESTRO BRAZO EJECUTOR Y EL ALMA DEL PROGRAMA

AQUÍ TE PUEDES CONVERTIR EN HÉROE Y SALVAR 3 VIDAS

Visítanos:

- Servicio Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre de Hospital de Espinar.

Comunícate con nosotros:

- 914 535 359
- 972 432 465
- 978 644 321
- 325 751 909

Escríbenos:

- Hospital.espinar.gob.pe

“..... CAMPAÑA DE DONACION VOLUNTARIA DE SANGRE 2014”

FECHA:

LUGAR: INSTALACIONES DEL HOSPITAL DE ESPINAR

HORA: De 10:00 am – 05:00 pm

¡HÉROES QUE DAN VIDA!

BANCO DE SANGRE

REQUISITOS PARA SER HÉROE Y DONAR SANGRE

- Tener entre 18 a 65 años de edad.
- Gozar de buena salud.
- Contar con un Hematócrito mayor a 35%.
- No ser gestante, no en periodo de lactancia y esperar un año después de la gestación.
- Pesar no menos de 50 kg.
- No estar con enfermedades de transmisión sexual, enfermedades o enfermedades degenerativas.
- Tener y presentar en todo momento una foto.
- Tiempo para la recolección de una muestra de sangre.
- Haber ingerido una alimentación sana y libre de drogas.

¿CÓMO SE REALIZA LA DONACIÓN DE SANGRE?

- Donar sangre es sencillo.
- Te preguntaremos sobre tu estado de salud, los últimos viajes, el uso de medicamentos y el riesgo de infecciones que pueden ser transmitidos por sangre (HIV, SIDA y Hepatitis Virales).
- Tomaremos tu presión, temperatura y pulso.
- Si todo marcha bien, haremos jeringas para la extracción que es sencilla.

¡IMPORTANTE! toda la información es confidencial.

SI ERES ELEGIDO PARA DONAR:

- Limpia tus brazos con alcohol.
- Reportar tus síntomas si tienes alguna lesión en la piel.
- Utilizaremos una aguja, nueva, estéril y descartable, para extraer la sangre.

Tomará entre 5 y 10 minutos. Un adulto posee en general un volumen de 5 litros de sangre (7% de su peso). La extracción no produce ningún efecto negativo.

DESPUÉS DE DONAR:

Tras la donación, el donante deberá estar en reposo por 20 minutos aproximadamente. Luego de este tiempo estará en condiciones de reanudar sus tareas con normalidad. Siempre que no involucre esfuerzo físico.

Todo el proceso tomará aproximadamente una hora.

TÚ PREGUNTAS Y TE RESPONDEMOS

¿HAY ALGÚN RIESGO PARA EL DONANTE?

Donar no supone riesgo alguno para el donante. La cantidad que se retira, es calculada para que no afecte al organismo. El material (botella y de uso único) que se utiliza, permite que la donación sea un acto sencillo y seguro, pero de gran trascendencia. SALVA 3 VIDAS. Solo algunas personas presentan molestias. Habitualmente, la recuperación es rápida y pueden retomar sus tareas inmediatamente.

¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDE DONAR SANGRE?

Cada 3 meses.

¿QUÉ PASA CON LA SANGRE LUEGO DE LA DONACIÓN?

Además de las precauciones anteriores, los botales de sangre se analizan para descartar la posibilidad del contagio a los pacientes. También se analiza el grupo sanguíneo y el RH.

¿QUÉ SUCEDE SI SE ENCUENTRA ALGUNA ALTERACIÓN EN LOS RESULTADOS?

Ante alguna alteración en los resultados, se otorgan más de tiempo personal. Los resultados son absolutamente confidenciales y se te los comunican solo a ti.

AFICHE:

- Dimensiones: 70 cm x 45 cm
- Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto.
- Material: papel couche de 100 gr.
- Cantidad: 01 millares del modelo N° 01 y 02 millares del modelo N° 02
- Modelos:



Modelo N° 01



Modelo N° 02

5.2. REQUISITOS GENERALES: El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Certificado de buenas prácticas de almacenamiento (de corresponder).
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.

5.3. EMBALAJE Y ROTULADO:

A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.

EMBALAJE: El embalaje de los productos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento
- Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.

ROTULADO: El rotulado del envase mediano e inmediato:

- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del producto, presentación, cantidad, lote, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento.
- En las caras laterales debe indicar la palabra "FRAGIL", con letras visibles e indicar con una flecha el sentido correcto para la posición de la caja.
- Condiciones de transporte (número máximo de cajas apilables).

5.4. TRANSPORTE: El proveedor es responsable del transporte, por lo tanto deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los reactivos en las condiciones requeridas.

5.5. GARANTÍA COMERCIAL:

ALCANCE DE LA GARANTÍA: Contra defectos no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

GARANTIA COMERCIAL: Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado.

CONDICION DE INICIO DEL CÁLCULO DEL PERÍODO DE GARANTÍA: A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por el área usuaria y el almacén del Hospital Espinar.

CARTA DE COMPROMISO DE CANJE DEL PRODUCTO OFERTADO: En el caso donde el proveedor se compromete a realizar el cambio en un plazo máximo de cinco (10) días calendario de haber sido notificado.

5.6 DEL INTERNAMIENTO: EL CONTRATISTA deberá internar los productos con los siguientes documentos:

- a. Guía de Remisión original y copia
- b. Copia de la Orden de Compra
- c. Copia de Registro Sanitario del producto a entregar

5.7. MEDIDAS DE CONTROL

- Toda coordinación que requiera el proveedor, previa a la entrega de los reactivos a almacén del Hospital de Espinar, se realizara con el área de Logística; toda coordinación que requiera el proveedor, posterior a la entrega a almacén del Hospital de Espinar, se realizara con el área de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.
- El área de Almacén otorgará la conformidad de recepción, contando previamente con el visto bueno del encargado del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.



5.8. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION DE LA PRESTACION

LUGAR: El material deberá ser entregado al almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, por lo tanto la empresa que brinde el servicios deberá encargarse del transporte y entrega directa, en el horario de 8:00 a 14:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

PLAZO DE EJECUCION: Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el pazo máximo de diez (10) días calendarios de notificado de la orden de compra, EN UNA SOLA ENTREGA. *Días calendario posteriores a la emisión de la orden de compra

5.9. CONFORMIDAD: La conformidad del bien será otorgada por:

- El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- Recepción y conformidad por el Responsable del Almacén Central.

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

5.10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS: El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD; no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.


 Edwin Soto Ccoyahuallpa
MEDICO CIRUJANO
CMP 066462

1000



CUSCO

**Dirección
Regional de
Cusco**

**"Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"**

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

**JEFATURA DE
PEDIATRÍA**



ESPECIFICACIONES TECNICAS.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de **FORMATOS IMPRESOS**, para las atenciones de salud y actividades preventivas promocionales de los diferentes programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con **MATERIAL IMPRESO, FORMATERIA** ya sea para las actividades de registro de atenciones diarias, informes operacionales, hojas de historia clínica para la evolución del paciente, solicitud de exámenes así como consejerías y promoción de la salud, por ello es de gran importancia la adquisición de dicho material para garantizar desde el adecuado registro de las atenciones hasta brindarle al paciente las correctas orientaciones, ejecutadas por el consultorio de los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

3. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO:

ITEM	DESCRIPCIÓN	U/M	CANT.
FORMATO DE HISTORIA CLINICA	EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO (05 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">● PAPEL: Hoja bond 70 gr● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)● IMPRESIÓN: Anverso y Reverso● TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino● DISEÑO: Como el modelo adjunto. INFORME DE INTERCONSULTA (02 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">● PAPEL: Hoja bond 70 gr● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)● IMPRESIÓN: Anverso y Reverso● TINTA: Azul Marino● DISEÑO: Como el modelo adjunto CENSO DIARIO HOSPITALIZACION (10 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">● PAPEL: Hoja bond 70 gr● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)● IMPRESIÓN: Anverso● TINTA: Azul Marino● PRESENTACION: En block de 100● DISEÑO: Como el modelo adjunto.	MILLAR	17



CUSCO

Dirección
Regional de
Cusco

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

JEFATURA DE
PEDIATRIA



"Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"

REPORTE DIARIO DE GUARDIA (01 MILLAR)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **PRESENTACION:** En block de 100
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

EVOLUCION DE ENFERMERIA (10 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y Reverso
- **TINTA:** Azul Marino

DISEÑO: Como el modelo adjunto.

EXAMENES AUXILIARES (05 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

RESULTADO DE LABORATORIO (05 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

PRIMER EXAMEN DEL RECIEN NACIDO (01 MILLAR)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto

EXAMEN FISICO (0.5 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y reverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

REGISTRO PRODUCTIVIDAD ENFERMERIA (10 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)



CUSCO

**Dirección
Regional de
Cusco**

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

**JEFATURA DE
PEDIATRIA**



**"Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"**

- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

EPICRISIS (05 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto

**HISTORIA CLINICA NEONATOLOGIA
(05 CIENTO)**

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y reverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto

**HISTORIA CLINICA PEDIATRIA (05
CIENTO)**

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y reverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto

HOJA DE MONITOREO (10 CIENTO)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

KARDEX DE ENFERMERIA (1 MILLAR)

- **PAPEL:** Hoja bond 70 gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y reverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

**EVOLUCION MEDICA PEDIATRIA (1
MILLAR)**

- **PAPEL:** Hoja bond gr
- **TAMAÑO:** A4 (21 X 29.7 cm)
- **IMPRESIÓN:** Anverso y reverso
- **TINTA:** Azul Marino
- **DISEÑO:** Como el modelo adjunto.

HOJA DE DATOS (10 unidades)



CUSCO

**Dirección
Regional de
Cusco**

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

**JEFATURA DE
PEDIATRÍA**



**"Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"**

	<ul style="list-style-type: none"> ● PAPEL: Hoja bond 70 gr ● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) ● IMPRESIÓN: : Anverso ● TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino ● COLOR: Primera hoja blanco, segunda hoja celeste ● PRESENTACION: En block de 100 autocopiativo ● DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>INFORME DE ALTA (block 100 hojas) (10 UNIDADES)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PAPEL: Hoja bond 70 gr ● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) ● IMPRESIÓN: : Anverso ● TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino ● COLOR: Primera hoja blanco, segunda hoja celeste ● PRESENTACION: En block de 100 autocopiativo ● DISEÑO: Como el modelo adjunto 			
--	---	--	--	--

4. PERFIL DEL PROVEEDOR :

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- ✓ Contar con Registro Nacional de proveedores vigente. (De corresponder) ✓
- ✓ No tener impedimento para postular en el procedimiento de contratación, ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado. ✓
- ✓ Conocer, aceptar y someterme a las Especificaciones Técnicas, condiciones y reglas del procedimiento de contratación. ✓

5. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el plazo máximo de 30 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO. ✓

6. LUGAR DE ENTREGA

Los productos deberán ser entregados en el almacén, del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido. ✓

7. GARANTÍA

La garantía del bien no podrá ser menor a un mes, contados desde la fecha de internamiento. Se notificará al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicará la naturaleza del defecto, una vez recibida la notificación, el proveedor reemplazará la totalidad de los bienes defectuosos, sin



CUSCO

**Dirección
Regional de
Cusco**

Unidad Ejecutora N° 408
"HOSPITAL ESPINAR"

**SECRETARÍA DE
PEDIATRÍA**



**"Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"**

costo alguno, dentro de los 10 días calendarios a partir de la recepción formal del bien por parte del almacén.

8. PENALIDAD

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Dónde F tiene los siguientes valores:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR., con el visto bueno del responsable de Almacén. La Entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación. Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del responsable del Almacén.
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda.
- Comprobante de pago (Factura).

10. CONFORMIDAD DEL BIEN

La conformidad será emitida por el coordinador de cada programa, con el visto bueno del responsable de Almacén.

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

MINISTERIO DE SALUD
U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR

Lic. Enf. Karina Enriquez Coila
CER. 42698



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

EXAMEN FISICO	DETALLE DE LA ANORMAL	EVOLUCIÓN
1. Estado General	N L	
2. Piel		
3. Cabeza		
4. Pabellones Auriculares		
5. Cara		
6. Boca y ORL		
7. Cuello		
8. Clavícula		
9. Tórax		
10. Cardio Vascular		
11. Abdomen		
12. Ombligo		
13. Ano		
14. Genitales		
15. Extrem. Superior		
16. Extrem. Inferior		
17. Columna		
18. Sistema Nervioso		

Drs. del R.N. Patológico

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO						
FECHA			EDAD	Lactancia	Normal <input type="checkbox"/>	Examen Físico Anormal <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO				
				Buena <input type="checkbox"/> No lacta <input type="checkbox"/> Vomita <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES	
1. _____					_____	
2. _____					_____	
3. _____					_____	
4. _____					_____	
PESO AL ALTA		PRÓXIMA CITA		PROFESIONAL RESPONSABLE		MÉDICO RESPONSABLE

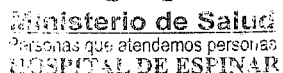
EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO						
FECHA			EDAD	Lactancia	Normal <input type="checkbox"/>	Examen Físico Anormal <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO				
				Buena <input type="checkbox"/> No lacta <input type="checkbox"/> Vomita <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES	
1. _____					_____	
2. _____					_____	
3. _____					_____	
4. _____					_____	



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO						
FECHA			EDAD	Lactancia Buena <input type="checkbox"/> No lacta <input type="checkbox"/> Vomita <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Examen Físico Anormal <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO				
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES	
PESO AL ALTA			PRÓXIMA CITA	PROFESIONAL RESPONSABLE		MÉDICO RESPONSABLE
			____/____/____			

[illegible][illegible]



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
Unidad Ejecutora 408
Hospital de Espinar

HEGHE

HORA: 12:00

HISTORIA CLÍNICA:

Nº DE CAMA: _____

Nombres y Apellidos:	
Servicio que solicita:	
Interconsulta a:	
Resumen Historia Clínica:	

FECHA:

HORA: 00:00:00

SERVICIOS DE:

<p>Nombres y Apellidos</p>			<p>Colegio Profesional</p>			<p>Sello y Firma</p>		
-----------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	--	-----------------------------	--	--

nimiento hospitalario de pacientes: ocurrido en el periodo de 24 horas que termina

NUMERO DE CAMAS

FECHA: _____

3 EGRESOS

[illegible]

	SUB TOTAL		SUB TOTAL

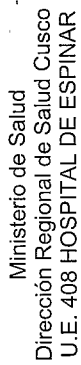
1 Pacientes saldo día anterior

2 INGRESOS	2.1	Admisión	
	2.2	Transferencias de:	
		Total	
3 EGRESOS	3.1	Altas	
	3.2	Defunciones	
	3.4	Referido a:	
		Total	
	3.3	Transferencia a:	
4. Paciente Saldo día Siguiente			
5. Paciente que ingresaron y salieron el mismo día			
6. Camas Disponibles			

Camas: Prestadas del Servicio de (+)

Camas: Prestadas al Servicio de (-)

7. Camas Vacantes



REPORTE DIARIO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Pls:

Los hospitalarios de pacientes, ocurrido el periodo de 24 horas que termina a las 12 de la noche del día :

[illegible]

Total Egresos

Total Estancias



Ministerio de Salud
Gerencia Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

Anotar las variaciones importantes del proceso, asimismo algunas observaciones o comentarios trascendentales, deben estar debidamente firmadas por el profesional

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°

[illegible]

Anotar las variaciones importantes del proceso, asimismo algunas observaciones o comentarios trascendentales, deben estar debidamente firmadas por el profesional

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°

NOMBRE:..... CAMA:..... H.C:.....



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

RESULTADOS DE LABORATORIO

PRIMER DÍA			
SEGUNDO DÍA			
TERCER DÍA			
CUARTO DÍA			
QUINTO DÍA			
NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°

FICHA ÚNICA DE RECIÉN NACIDO

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Nº CAMA:

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

DATOS MATERNOS

DNI (Recién Nacido)

Nº HCL:

Nº Cel.:

Nombres y Apellidos de la Madre:

Edad: Años

Estado Civil

Soltera ☐ Casada ☐
Conviviente ☐ Viuda ☐

Grado de Instrucción

Analfabeta ☐ Primaria ☐
Secundaria ☐ Superior ☐

Ocupación

Ama de casa ☐ Obrera ☐
Empleada ☐ Ambulante ☐
Otros ☐

Procedencia

Provincia :
Distrito :
Dirección Actual : Barrio: Calle:

Fecha y Hora de Ingreso gestante al servicio de
gineco-obstetricia y/o Sala de Partos

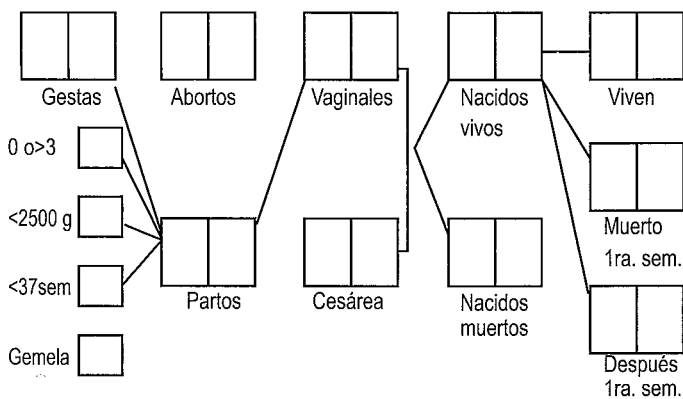
Fecha: / / Hora:

Apellidos y Nombres del Padre:

EDAD:

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

FÓRMULA GESTACIONAL



Peso inicial embarazo: Kg.

Peso final embarazo: Kg.

Talla Madre

1m. cm.

Control

SI ☐ Nº Controles
NO ☐ (.....)

Vacuna Antitetánica

Nº Dosis: SI NO

Donde se controló

Ninguno ☐
Hospital de Espinar ☐
Hospital Lorena ☐
Hospital Regional ☐
Centro de Salud ☐
Puesto de Salud ☐
Otros ☐
Especificar

Tipo de Sangre Materna

Grupo ☐ (O,A,B,AB)
Rh ☐ (+)(-)

Riesgo Obstétrico

Sin calificar ☐
Bajo ☐
Mediano ☐
Alto ☐

Antecedentes Familiares

Ninguna ☐ Generales ☐
Alergias ☐ H.T.A. ☐
Anomalía ☐ Cong. Neopl. ☐
Epilepsia ☐ TBC ☐
Diabetes ☐ Enf. Congen ☐
Otros

Patologías durante el embarazo

SI ☐
NO ☐

Patologías durante el Parto

SI ☐
NO ☐

Tipo Parto

Eutócico ☐
Distócico ☐

Presentación

Cefálico ☐
Pélvica ☐
Otros

Inicio Trabajo Parto

Espontáneo ☐
Inducido ☐
Conducido ☐
Cesárea ☐

Maduración Pulmonar

SI ☐
NO ☐

Membrana al ingreso

Integras ☐
Notas ☐

Tiempo de Ruptura de Membranas

Horas

Recibió Tratamiento por R.P.M.

SI ☐
NO ☐

Fecha y hora del llenado de la ficha: / / am/pm

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

Fecha de Nacimiento: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Nombres y apellidos del R.N.: _____

Tipo de Seguro: SIS N° _____ Otros: _____

Riesgo neonatal

Alto ☐
Bajo ☐

EDAD GESTACIONAL POR

FUR: _____ Sem. _____

Contacto Precoz: (Si) (No) ☐

Sexo

Masculino ☐

Femenino ☐

Peso

(g) _____

Talla

(cm) _____

Perímetro Cefálico

(cm) _____

Perímetro Torácico

(cm) _____

Perímetro Abdominal

(cm) _____

APGAR

1'

5'

10'

F°C

Respiración

Tono muscular

Irritabilidad

Cianosis

TOTAL

Reanimación

SI ☐

NO ☐

VPP ☐

VPP + masajes ☐

Lactancia Materna

1ra. Hora de vida:

(Si) (No) ☐

Lactancia Materna

exclusiva

(Si) (No) ☐

Funciones Vitales:

T°: _____ FC: _____

FR: _____ SPO₂: _____

Información del Parto Extrahospitalario:

Terminación
del Parto

Duración del
Expulsivo

Expontáneo ☐

Normal ☐

Cesárea: ☐

Prolongado ☐

Placenta: ☐

Precipitado ☐

Líquido amniótico

Claro ☐

Verdoso ☐

Puré de Arvejas ☐

Tipo de Parto:

Recepcionado por:

Dr.(a): _____

Lic. Enf.: _____

Tipo de anestesia

Raquidea ☐

Epidural ☐

General ☐

Motivo de Cesárea

Tipo de Sangre del R.N.

Grupo: _____

R.H. _____

DIAGNÓSTICO DEL RECIÉN NACIDO

Edad Gestacional por Capurro: _____ semanas

Dx del Recién Nacido

RNT. AEG ☐

RNPG. AEG ☐

RNPosT. AEG ☐

RNT. PEG ☐

RNPG. PEG ☐

RNPosT. PEG ☐

RNT. GEG ☐

RNPT. GEG ☐

RNPosT. GEG ☐

Destino Inmediato

Alojamiento conjunto: ☐

Emergencia: ☐

Hospitalización: ☐

Referido: ☐

Otros: _____

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA MADRE

CAPURRO

	0	5	10	15	20	PUNTUACIÓN
Forma de la oreja	Chata-deforme Pabellón mo incurvada	Pabellón parcial medio incurvado en el borde superior	Pabellón incurvado en todo el borde superior	Pabellón total- mente incurvado		
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable menor de 5 mm	Palpable entre 5 y 10 mm	Palpable mayor de 10 mm		
Formación del pezón	Apenas visible si areola	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde no levantado	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado		
Textura de la piel	Muy fina gelatinosa	Muy fina	Más gruesa Descamación superficial discreta	Gruesa. Grietas superficiales. Descamación en manos y pies	Gruesa. Grietas profundas apergaminadas	
Pliegues plantares	Sin pliegues	Marcas mal delineadas 1/2 anterior	Marcas bien delineadas en 1/2 anterior. Surcos en el 1/3 anterior	Surcos en la 1/2 anterior	Surcos en más de la 1/2 anterior	

EXAMEN FÍSICO:

FECHA:...../...../..... HORA:.....

T°..... FC:..... FR:..... P.A:..... PESO:..... TALLA:..... PC.....

P/E:..... T/E:..... P/T:..... ASC:

1.- ASPECTO GENERAL:

Sensorio

Actividad y/o Creatividad al estímulo

Condición térmica

Estado de hidratación

D.R. (SI) (NO)

Estado Nutricional

Perfusión Tisular

Otros signos de alarma a contributorio

Estado general

2.- PIEL Y FANERAS:

3.- TCSC:

4.- SISTEMA LINFÁTICO:

5.- CABEZA: CRÁNEO:

OJOS:

NARIZ:

OREJA:

BOCA:

6.- CUELLO:

7.- TÓRAX Y PULMONES:

8.- APARATO CARDIOVASCULAR:

9.- ABDOMEN:

10.- GENITOURINARIO:

11.- LOCOMOTOR:

12.- NEUROLÓGICO:

Patológicos: Eruptivas de la infancia No ☐ Si ☐

Detallar:

Otros(Detallar):

Alergias: No ☐ Si ☐ Detallar:

B) FAMILIARES:

Padre:

Madre:

Hermanos:

Otros (Detallar lo Positivo):

C) EPIDEMIOLOGICOS:

Contacto TBC: No ☐ Si ☐ Detallar

Atopias: No ☐ Si ☐ Detallar

Otros:

D) SOCIOECONÓMICOS:

Vivienda: Rústico: ☐ Material Noble: ☐

Servicios Básicos: Si ☐ No ☐ Detallar

Nro. Habitaciones: Nro, Habitantes: Ventilación

Animales Domesticos:

Alimentación Familiar: Adecuado ☐ Inadecuado ☐ Detallar:

Ingreso Familiar Mensual:

NOMBRE:..... CAMA:..... H.C.:

PRODUCTIVIDAD DIARIA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

EPICRISIS

APELLIDOS Y NOMBRES:.....			SEXO (M) (F)
FECHA DE NACIMIENTO:.....			EDAD:.....
PROCEDENCIA:	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
ADMITIDO POR: C. EXT. () EMERG. () REF. ()			
FECHA DE INGRESO...../...../.....		FECHA DE EGRESO...../...../.....	
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:..... DÍAS			
ANAMNESIS:.....			
.....			
.....			
VACUNAS AL DÍA: SI () NO () PATOLÓGICOS			
EXAMEN CLÍNICO: FR:..... PULSO:..... T°..... PA..... PESO..... TALLA.....			
.....			
.....			
.....			
DIAGNÓSTICO DEL INGRESO:..... PROGRAMA			
.....			NIÑO ()
.....			MUJER ()
.....			ADULTO ()
.....			OTRO ()
EXÁMENES AUXILIARES INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS:			
.....			
.....			
.....			
TRATAMIENTO: RESPUESTA BUENA () REGULAR () MALA ()			
COMPLETO ()			
INCOMPLETO ()			
DIAGNÓSTICO DE ALTA:			
TIPO DE ALTA: MÉDICA () VOLUNTARIO () FUGA () REFERENCIA ()			
CONDICIÓN: SANO () ALIVIADO () ESTACIONARIO () DESMEJORADO ()			
CONDICIÓN: ANTES DE LAS 24 HORAS () FECHA DE DEFUNCIÓN:			
DESPUÉS DE LAS 24 HORAS ()			
NECROPSIAS: SI () NO ()			
MÉDICO RESPONSABLE:.....			CMP:.....
FECHA:...../...../.....		FIRMA:.....	

HISTORIA CLÍNICA NEONATOLÓGICA
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL ESPINAR

HC.....

NOMBRE: RN

EDAD POST NATAL (Hora o Día) SEXO:.....

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO LUGAR:.....

PROCEDENCIA: Sala de Partos: ☐ Puerperio: ☐
SOP: ☐ Consultorio Externo: ☐
Ginecología: ☐ Emergencias: ☐

REFERIDO NO ☐ SI ☐ Detallar:

FECHA DE INGRESO: HORA:.....

MOTIVO DE INGRESO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERINATALES:

MATERNOS:

Nombre:

Edad: Estado Civil G.I.

Hospitalizado: No ☐ Si ☐ Detallar:

C.P.N: Si ☐ Adecuado ☐ No ☐
Inadecuado ☐

Antecedentes Patológicos de Importancia: No ☐ Si ☐ Detallar:

Complicaciones en Embarazos anteriores: No ☐ Si ☐ Detallar:

Intercurrencias en embarazo actual: No ☐ Si ☐ Detallar:

G.S. V.D.R.L. V.I.H:

Medicación Recibida:

NEONATALES:.....

Parto: Eutócico: ☐ Distócico: ☐ Detallar:

Líquido Amniótico: Normal: ☐ Anormal: ☐ Detallar:

RPM: No ☐ Si ☐ Detallar:

Cordón: Normal: ☐ Anormal: ☐ Detallar:

Edad Gestacional: FUR: Capurro: Dubowitz:

Termino: ☐ Pretérmino ☐ Postérmino ☐

Peso: Talla: P.C. P.T. APGAR:

P/E: A.E.G. ☐ P.E.G. ☐ G.R.G. ☐

Bajo Peso ☐ M.B.P. ☐ E.B.P. ☐ Micronato ☐ Macrosómico ☐

Complicaciones No ☐ Si ☐ Detallar:

Reanimación Neonatal No ☐ Si ☐ Detallar:

Vitamina K. Si ☐ No ☐ Credé: Si ☐ No ☐

Inmunización: Si ☐ No ☐

EXAMEN FÍSICO:

T°: F.C.: F.R. P.A. Sat Oxi.

Peso: Talla P.C. P.T. P. Abd:

Orina: Si ☐ No ☐ Meconio: Si ☐ No ☐

Silverman: Downes:

ASPECTO GENERAL: ☐

PIEL ☐

TCSC ☐

LINFÁTICOS ☐

CRANEO ☐

FONTANELAS ☐

OJOS ☐

NARIZ ☐

OREJA ☐

BOCA ☐



**HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE PEDIATRIA
HOSPITAL ESPINAR**

HC.....

I.- FILIACIÓN:

SIS: ☐ COMÚN ☐

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo:..... Raza:.....

Fecha de Nacimiento:..... Lugar de Nacimiento:.....

Procedencia: Departamento:..... Provincia:..... Distrito:..... Anexo:.....

Domicilio:..... Teléfono:.....

Grado de Instrucción:..... Centro Educativo:.....

Referido: N| ☐ Si ☐ Establecimiento de Referencia:.....

Fecha de Ingreso al Hospital:..... Hora:..... Por Emergencia ☐

Consultorio ☐

Fecha de Ingreso a Piso:..... Hora:.....

Familiar Responsable:..... Parentesco:.....

II. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de Enfermedad:..... Síntomas y Signos Principales:.....

Forma de Inicio:.....

Curso:.....

Relato Cronológico:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito:..... Sed:..... Sueño:.....

Orina:..... Deposiciones:.....

Medicación Recibida:.....

III. ANTECEDENTES:

A.- PERSONALES:

Prenatales: Gestación Nro. CPN Si ☐ No ☐

Complicaciones: No ☐ Si ☐ Detallar:.....

Natales: Parto: Eutócico ☐ Distócico ☐ Detallar:.....

Complicaciones: No ☐ Si ☐ Detallar:.....

Peso:..... Talla:..... P.C:..... APGAR:.....

Hospitalización: No ☐ Si ☐ Detallar:.....

Postnatales:

Fisiológicas:-Lactancia: - L.M. Exclusive:.....

- Mixta:.....

- Artificial:.....

- Ablactancia:.....

- Dieta Actual:.....

- Inmunizaciones: - BCG. Si ☐ No ☐

- Antipolio 1,2,3

- DPT: 1,2, 3

- Antisarampionosa: Si ☐ No ☐

- Hepatitis B: 1,2, 3

- Otros (Detallar).....

NOMBRE:..... CAMA:..... H.C.:.....



Ministerio de Salud

Personas que atendemos personas

HOSPITAL DE ESPINAR

HOJA DE MONITOREO

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
Unidad Ejecutora 408
Hospital Espinar

Nro.	FECHA/ HORA	P.A.	(P)	T	R	SPO	OBSERVACIONES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E.408 Hospital de Espinar

SERVICIO:		SIS:	
Nombres y Apellidos:			
Diagnóstico Médico:		CIE 10:	
Diagnóstico de Enfermería:			
Fecha de Ingreso:		Hora de Ingreso:	
Nº Cama:	Edad:	Peso:	Talla:

[illegible]

DATE

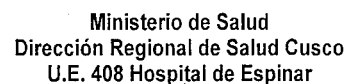
ROUTE

100000

100000

100000

100000



Firma:.....

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha: Hora: Motivo de Evaluación: Visita ☐ Reevaluación ☐
 Edad: Tiempo de Hospitalización:

Reporte de Enfermería:

EXAMEN FÍSICO: T°: F.C: F.R: P.Abd.: Sat. O2:
 Silverman: Downes:

Peso:
 ΔPP:
 ΔPT:
 D :
 Ø u :
 H :
 Ø f :
 B.H:

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

Comentario y Plan:

TRATAMIENTO

Hora:

Vol/k/d.

Kcal/k/d.

VIG:

Evpp: _____

Firma



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
Red de Salud Canas - Canchis - Espinar
Hospital Espinar

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha: Hora: Motivo de Evaluación: Visita ☐ Reevaluación ☐
Edad: Tiempo de Hospitalización:

Reporte de Enfermería:

EXAMEN FÍSICO: T°: F.C: F.R: P.Abd.: Sat. O2:

Silverman: **Downes:**

Peso:

Δ_{PP} :

Δ_{PT} :

D :

Ø u:

H :

Øf :

B.H:

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

Comentario y Plan:

TRATAMIENTO

Hora:.....

Vol/k/d.	
----------	--

Kcal/k/d.

VIG:	
------	--

Evpp: _____

Firma



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

HOJA DE DATOS

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Autocopy 12x17

Nombres y Apellidos del R.N. _____ N° HCL: _____

Nombres y Apellidos de la Madre: _____

Domicilio: _____ Distrito: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Hora: ____/____ M F

Peso: ____ gr. Talla: ____ cm. PC: ____ cm. EG: ____ semanas

PT: ____ cm P.A: ____ cm
Parto Eutócico _____ Cesárea _____ APGAR: 1 min _____ 5 min _____ 10min _____

Corte de cordón: Tardío: SI ☐ NO ☐ Contacto PIEL a PIEL: SI ☐ NO ☐ Tiempo: ____ min

Lactancia Materna en la primera hora: SI ☐ NO ☐

Grupo sanguíneo RN: ☐ ☐ Vacunas: BCG ____/____/____ Hepatitis B: ____/____/____

Peso de egreso: _____ Fecha de alta: ____/____/____

1er control CRED: _____ N° Controles Pre-natales: _____

TAMIZAJE NEONATAL: _____

SU BEBE DEBE RECIBIR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

INDICACIONES	
<ul style="list-style-type: none">Lactancia materna exclusiva a libre demandaDar de lactar día y noche	
Ponerlo de costadito mientras duerme y después de lactar	
<ul style="list-style-type: none">No dar aguitas ni matesNo usar biberones ni chuponesBaños al bebe por lo menos dos veces por semanaLimpie el cordón umbilical en su base con alcohol puro, <i>utilizando BASA.</i>	
SIGNOS DE ALARMA	
<ul style="list-style-type: none">Duerme más de lo normalSi su piel está muy caliente o muy fríaSi su piel se pone amarillaNo quiere mamarPresenta vómitos	<p>Firma _____</p> <p>Nombre y Apellido: _____</p>

El Médico del servicio de de la U.E. 408. Hospital Espinar, informa que
con fecha ingreso el servicio el
paciente de sexo edad con diagnóstico de

DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN:

EVOLUCIÓN

COMPLICACIONES

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

DIAGNOSTICO (S) DE EGRESO:

SITUACIÓN DEL ALTA:

Aliviado Mejorado Curado

INDICACIONES:

Cita de Consulta Externa para o (los) servicio(s) de
..... el día

