



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00125

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°03-2025-GRCUSCO/DRSC/HE/RSP / INFORME N°02-2025-GRCUSCO/DRSC/HE/RSP / INFORME N°027-2025-G.R.CUSCO/D.R.SC./U.E.408/H.E./

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

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1000	UNIDAD	475100017653	FORMATO CONSUMO DE VIVERES FRESCOS MARCA:		
1000	UNIDAD	475100016055	FORMATO DE ATENCION MARCA:		
2000	UNIDAD	475100055402	FORMATO DE REGISTRO DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉTICA MARCA:		
2480	UNIDAD	475100053331	FORMATO RECIBO DE INGRESO (ORIGINAL + 2 COPIAS) X 50 JUEGOS MARCA:		
5	CIENTO	475100050838	FORMATO CONTROL DEL CONSUMO DE OXIGENO MARCA:		
6	CIENTO	475100054137	FORMATO DE ALTA VOLUNTARIA MARCA:		
60	CIENTO	475100050766	FORMATO DE HISTORIA CLINICA MARCA:		
15	CIENTO	475100017142	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA MARCA:		
3	MILLAR	475100015315	FORMATO BALANCE HIDRICO MARCA:		
1	MILLAR	475100055702	FORMATO DE DIETA MARCA:		
5	MILLAR	475100016632	FORMATO HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA MARCA:		
3	MILLAR	475100017698	FORMATO HOJA DE INTERCONSULTA MARCA:		
1	MILLAR	475100015372	FORMATO HOJA DE PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES MARCA:		
6	MILLAR	475100015615	FORMATO KARDEX 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 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, precise numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00125

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°03-2025-GRCUSCO/DRSC/HE/RSP / INFORME N°02-2025-GRCUSCO/DRSC/HE/RSP / INFORME N°027-2025-G.R.CUSCO/D.R.SC./U.E.408/H.E./

Señores : R.U.C. : 20606120657
Dirección :
Teléfono :
Email : Fax : 16/06/2025 Moneda : S/.
Concepto : ADQUISICION DE FORMATERIA

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5	MILLAR	475100051966	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA MARCA:		
2	MILLAR	475100018371	FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO MARCA:		
				TOTAL	

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 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 hopital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisan numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS

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:

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.

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 PUBLICA

El presente proceso busca contar con MATERIAL IMPRESO , FORMATERIA ya sea para las actividades de hojas de historia clínica por ello es de gran importancia la adquisición de dicho material para garantizar una adecuada atención al paciente pediátrico en consultorio externo de la U. E. 408 HOSPITAL ESPINAR.

3. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL PRODUCTO

ITEM	DESCRIPCION	U/M	CANT.
FORMATO DE HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA DE CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRIA (6 MILLARES) • PAPEL: hoja bond 70 GR • TAMAÑO : A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA DE IMPRESIÓN : Azul marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	6

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 articulo 11 de la ley de Contratación 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 notificada de la orden de compra al contratista de forma UNICO.

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 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. GARANTIA

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 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 la penalidad por mora por cada día de retraso calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{010 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

F 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días

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 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 del 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.



CONSULTA

Fecha	Hora:	Edad:	
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)			
MENOR DE 2 MESES :			
No quiere mamar ni succiona	☐	DE 2 MESES A 4 AÑOS :	☐
Convulsiones	☐	No puede beber o tomar el pecho	☐
Fontanela abombada	☐	Convulsiones	☐
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	☐	Letárgico o comatoso	☐
Fiebre o temperatura baja	☐	Vomita todo	☐
Rigidez de nuca	☐	Estridor en reposo / tiraje subcostal	☐
Pústulas muchas y extensas	☐		
Letárgico o comatoso	☐		
		No presenta signos	☐
		PARA TODAS LAS EDADES :	
		Emaciación visible grave	☐
		Piel vuelve muy lentamente	☐
		Traumatismo / Quemaduras	☐
		Envenenamiento	☐
		Palidez palmar intenso	☐
		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO	
		Quién cuida al niño? _____	
		Participa el padre en el cuidado del niño?	
		Si ☐ No ☐	
		El niño recibe muestras de afecto?	
		Si ☐ No ☐	
		Especifique _____	

ANAMNESIS

1.Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:

Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

Diagnóstico	1.Diagnóstico Nosológico o Sindrónico	2.Condición del crecimiento y estado Nutricional	3.Condición del Desarrollo Psicomotor
	1.	Crecimiento adecuado	Normal:
	2.	Crecimiento inadecuado	Riesgo de trastorno del desarrollo
	3.	Riesgo Nutricional	Deficit del desarrollo según PB
	4.Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.	P/E T/E P/T	Trastorno del Desarrollo
1.	Ganancia inadecuada de peso o talla		Observaciones :
2.	Desnutrición		
3.	Sobre peso		
	Obesidad		

Tratamiento		Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño	

Exámenes Auxiliares		Referencia (lugar y motivo)

Proxima cita: Atendido por:

Observación:	Firma y Sello	Colegio profesional DNI

CONSULTA

Fecha	Hora:	Edad:	
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)			
MENOR DE 2 MESES :			
No quiere mamar ni succiona	☐	DE 2 MESES A 4 AÑOS :	☐
Convulsiones	☐	No puede beber o tomar el pecho	☐
Fontanela abombada	☐	Convulsiones	☐
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	☐	Letárgico o comatoso	☐
Fiebre o temperatura baja	☐	Vomita todo	☐
Rigidez de nuca	☐	Estridor en reposo / tiraje subcostal	☐
Pústulas muchas y extensas	☐		
Letárgico o comatoso	☐		
		No presenta signos	☐
		PARA TODAS LAS EDADES :	
		Emaciación visible grave	☐
		Piel vuelve muy lentamente	☐
		Traumatismo / Quemaduras	☐
		Envenenamiento	☐
		Palidez palmar intenso	☐
		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO	
		Quién cuida al niño? _____	
		Participa el padre en el cuidado del niño?	
		Si ☐ No ☐	
		El niño recibe muestras de afecto?	
		Si ☐ No ☐	
		Especifique _____	

ANAMNESIS

1.Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:

Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

Diagnóstico	1.Diagnóstico Nosológico o Sindrónico	2.Condición del crecimiento y estado Nutricional	3.Condición del Desarrollo Psicomotor
	1.	Crecimiento adecuado	Normal:
	2.	Crecimiento inadecuado	Riesgo de trastorno del desarrollo
	3.	Riesgo Nutricional	Deficit del desarrollo según PB
	4.Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.	P/E T/E P/T	Trastorno del Desarrollo
1.	Ganancia inadecuada de peso o talla		Observaciones :
2.	Desnutrición		
3.	Sobre peso		
	Obesidad		

Tratamiento		Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño	

Exámenes Auxiliares		Referencia (lugar y motivo)



Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

Unidad Ejecutora
408 Hospital de
Espinar

Unidad de
Economía



AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE FORMATERIA DE RECIBO INGRESOS DE CAJA

1. OBJETO DEL BIEN:

Adquirir los formatearía, para recaudar los ingresos de caja de la institución, durante el ejercicio del 2025.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

Para el control de los ingresos que se recauda por la atención de cada servicio o por las emergencias que ingresa a la institución.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

Describir todas las características y especificaciones técnicas (color, peso, dimensión, temperatura, factor de forma, etc.). Precisar las características funcionales relevantes para cumplir la finalidad pública de la adquisición

CARACTERISTICAS TECNICAS: con las siguientes especificaciones de acuerdo al cuadro

ITEM	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	U/M	CANTIDAD
MODELO A: RECIBO DE INGRESO DE CAJA. HOSPITAL DE ESPINAR	MATERIAL: PAPEL AUTOCOPIATIVO (01 ORIGINAL COLOR BLANCO Y DOS COPIAS COLOR CELESTE Y ROSADO) DESGLOSABLES CON LINEAS PUNTEADAS A LADO IZQUIERDO CANTIDAD: 1480 UNIDADES EN BLOCK X 50 UNIDADES TAMAÑO: ANCHO 15CM X LARGO 10.5CM NUMERACION: INICIA 139000 Y TERMINA 140480 DISEÑO: FONDO BLANCO Y LETRAS COLOR AZUL	UNIDADES	1480
MODELO B: RECIBO DE INGRESO DE CAJA HOSPT ESPINAR DE EMERGENCIA	MATERIAL: PAPEL AUTOCOPIATIVO (01 ORIGINAL COLOR BLANCO, Y DOS COPIAS COLOR AMARRILLO Y VERDE CLARO) DESGLOSABLES CON LINEAS PUNTEADAS A LADO IZQUIERDO. CANTIDAD: 1000 UNIDADES EN BLOCK X 50 UNIDADES TAMAÑO: ANCHO 17.5 CM XLARGO 10.50 CM DISEÑO: FONDO BLANCO Y LETRAS DE COLOR AZUL NUMERACION: INICIA 32351 Y TERMINA 3351	UNIDADES	1000

4. PERFIL DEL PROVEEDOR:

El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos, al momento de formalizar el contrato (Orden de Compra):

- ☐ Persona Jurídica y/o Natural.
- ☐ Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP), si la propuesta económica es >1UIT.
- ☐ Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- ☐ Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente
- ☐ Declaración jurada simple de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar por el estado

5. PLAZO DE ENTREGA:

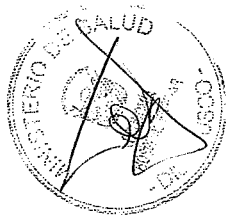
15 días calendarios en plazo de entrega del bien, contabilizados desde el día siguiente de la notificación de la orden de compra.

6. LUGAR DE ENTREGA:

Los bienes materiales del presente proceso de selección deberán ser entregados en el Almacén Central del Hospital Espinar

7. GARANTÍA:

Opcional dependiendo del bien a: Indicar el tiempo de garantía el cual dependerá de la complejidad del objeto y desde donde se computará el plazo





Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

Unidad Ejecutora
408 Hospital de
Espinar

Unidad de
Economía



AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

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:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0,10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F será=0.40.

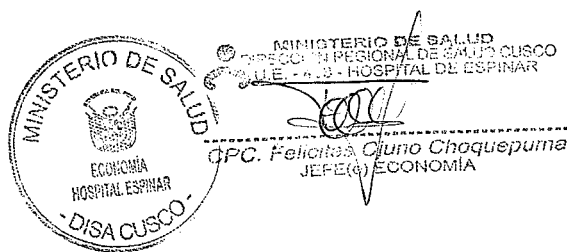
La penalidad se aplicará durante el periodo comprendida entre la fecha que ocurrió la mora hasta el de cumplimiento de la obligación y será de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final.

9. FORMA DE PAGO:

De acuerdo a la naturaleza del bien, indicar si el pago se realizará al final de la prestación en pago único o en forma periódica luego de la conformidad del bien, su comprobante de pago y guía de remisión.

10. CONFORMIDAD DEL BIEN:

La Conformidad del bien será otorgada por el jefe del área usuaria.



MODELO A



MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR

RUC: 20564356116

RECIBO

080801- Nº 128051

Espinar, ____ de ____ de 202 ____

Recibí de: _____

Soles en Letras _____ S/ _____

DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	IMPORTE
Consultas (Ext.) (Emerg.) (Od.) (Psic.)		
Certificados: (M.L.)/(B.S.) Constancias - Vización - Informe		
Curación: (Mayor) (Menor)		
Inyectables: (I.M. (E.V.) (Venoc.)		
Ecografia - RX		
Hospitalización (General) (Clínica)		
Sala de Operaciones		
Laboratorio		
Otros		
TOTAL S/		



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL DE ESPINAR
EMERGENCIA

RUC: 20564356116

RECIBO

080801- Nº 030451

Espinar, ____ de ____ de 202 ____

Recibí de: _____

Soles en letras: _____ S/ _____

DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	IMPORTE
Consultas (Ext.) (Emerg.) (Od.) (Psic.)		
Certificados: (M.L.) B.S.) Constancias - Vización - Informe		
Curación: (Mayor) (Menor)		
Inyectables: (I.M. (E.V.) (Venoc.)		
Ecografia - RX		
Hospitalización (General) (Clínica)		
Sala de Operaciones		
Laboratorio		
Otros		
TOTAL S/		



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE FORMATERIA DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Adquisición de FORMATOS VARIOS como herramientas indispensables para el servicio de nutrición del Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con FORMATERIA PARA EL SERVICIO DE NUTRICIÓN el que nos permitirá realizar un trabajo eficiente, ya que mencionados formatos son herramientas útiles para el desarrollo de las funciones en el servicio, como el de recabar información diaria del número de raciones con algún tipo de dieta o ración completa, brindada a los comensales del Hospital.

3. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN:

3.1. OBJE TIVO GENERAL:

"Adquirir, FORMATOS PARA LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL, HOJAS DE DIETAS HOSPITALARIAS, ENTRE OTROS como herramientas indispensables para el servicio de nutrición.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantizar con la información del número de raciones brindada al paciente hospitalizado.
- Optimizar en la educación nutricional en lo que refiere a consulta nutricional

4. ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR

El CONTRATISTA, el servicio de formatería de la UNIDAD EJECUTORA N° 408 - HOSPITAL DE ESPINAR

4.1 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN REQUERIDO:

Nº	DESCRIPCION DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	Cantidad Total
1	<u>Formato de Dietas:</u> Dividido en 02 formatos	<u>Millar</u>	<u>1.00</u>
	1. Formato de Dietas Hospitalarias	Und	500
	2. Formato de Dieta Blanda	Und	500
	<u>Características del Formato:</u> - Material en hoja bond de 75 gr, Tamaño A4 - Impreso en Anverso con líneas punteadas fácilmente desglosables - Color de letras y gráficos en Azul - Se adjunta Modelo		
2	Formato Kardex	Millar	1.00
	<u>Características del Formato:</u> - Material en hoja bond de 75 gr, Tamaño A4 - Impreso en Anverso y Reverso - Color de letras y gráficos en Azul - Se adjunta Modelo		



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

3	Formato de Consumo de Viveres Frescos: Dividido en 02 formatos	Unidad	1,000.00
	1. Formato de pedidos de Frutas y verduras	Und	500
	2. Formato de pedido de Carnes - Pan - Gas	Und	500
4	Características del Formato:		
	- Material en hoja bond de 75 gr, Tamaño A4		
	- Impreso en Anverso con líneas punteadas fácilmente desglosables		
	- Color de letras y gráficos en Azul		
	- Se adjunta Modelo		
	Formato Atención: Dividido en 02 formatos	Millar	1.00
	1. Formato de Atención de Desayuno y Almuerzo - Guardia Diurna	Und	500
	2. Formato de Atención de Cena - Guardia Nocturna	Und	500
	Características del Formato:		
	- Material en hoja bond de 75 gr, Tamaño A4		
	- Impreso en Anverso		
	- Color de letras y gráficos en Azul		
	- Se adjunta Modelo		

5. REQUISITOS GENERALES:

El proveedor debe contar con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente
- Declaración Jurada del postor
- Declaración Jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.
- Declaración Jurada de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del Reglamento de la Ley de contrataciones del Estado.

6. TRANSPORTE:

El Contratista es responsable del transporte del bien, 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 formatos en las condiciones requeridas por el área usuaria de la Entidad.

7. GARANTÍA COMERCIAL:

Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado, con un mínimo de (06) meses, contados de a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad.

CONDICION DE INICIO DEL CÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA: A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria del responsable del pedido de la U.E. 408 Hospital de Espinar.

8. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

LUGAR: 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 8:00am a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAZO DE ENTREGA: Los bienes materia de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 20 días calendarios de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO.

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.

10. FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

RO (RECURSOS ORDINARIOS)

11. PENALIDADES:

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la contratación, LA ENTIDAD le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contratado vigente o, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse, en concordancia con el artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

En todos los casos, la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Dónde:

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, al contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que éstos involucraran obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso.

Esta penalidad será deducida de los pagos parciales o del pago final y cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, LA ENTIDAD podrá resolver el contrato por incumplimiento.

12. FORMA DE PAGO:

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Nuevos Soles (S/), en PAGO ÚNICO, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente

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.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD DE GESTIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

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

13. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL ESPINAR:

LA UE N° 408 Hospital de Espinar, como entidad contratante proveerá de información y documentación como (cargo del contrato, órdenes de compra) en el debido plazo dentro de las fechas establecidas para su ejecución de pago.

13.1 OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL BIEN:

El proveedor tiene la obligación de proveer los productos de acuerdo a las especificaciones técnicas y en los plazos establecidos durante la vigencia del contrato.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic Ampara Mamani Turquesa
JEFE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CNP 2342



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

DIETAS HOSPITALARIAS

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
Hospital de Espinar

SERVICIO:.....FECHA:...../...../.....

	MEDICINA	CIRUGÍA	PEDIATRIA	NEONATOLOGÍA
LIQUIDA RESTRINGIDA.....				
LIQUIDA AMPLIA.....				
BLANDA.....				
BL HIPERPROTEICA.....				
BL HIPOSODICA.....				
BL HIPOGLUSIDA.....				
NORMAL / COMPLETAS.....				
.....				
N. HIPOSODICA.....				
N. HIPOGRASA.....				
N. HIPERPROTEICA.....				
N. HIPERCALORICA.....				
LICUADA / ABLACTANCIA.....				
N.P.O.....				
ALTAS.....				

FIRMA DE RESPONSABLE



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

DIETAS HOSPITALARIAS

SERVICIO:.....FECHA:...../...../.....

LIQUIDA RESTRINGIDA.....				
LIQUIDA AMPLIA.....				
BLANDA.....				
BL HIPERPROTEICA.....				
BL HIPOGLUSIDA.....				
BL HIPOSODICA.....				
NORMAL / COMPLETAS.....				
.....				
N. HIPOSODICA.....				
N. HIPOGRASA.....				
N. HIPERPROTEICA.....				
N.P.O.....				
ESPECIAL.....				
INGRESOS.....				

DIETA BLANDA

ALIMENTOS PERMITIDOS

ALIMENTO	CANTIDAD	TIPO	FORMA DE PREPARACIÓN
Leche		Yogurt, leche en polvo, evaporada, fresca.	Bebidas con té, café en mazamoras, sopas o en otras preparaciones.
Queso fresco		Fresco, requesón.	Al natural o en preparaciones.
Huevo		Aves de Corral.	Bebida, pasada, dura, como ingrediente
Carnes		Res, pescado, ave, cordero, panzaderes, pollo.	Licuada, molida, al vapor, sancochada, a la plancha, al horno, guisada.
Cereales		Pan o galletas.	Blanco, molde, francés, tolete, tostadas.
		Arroz, fideos, trigo, quinua, avena, sémola, polenta, maizena, chuño.	Sancochadas, guisadas, mazamoras, sopas.
Tubérculos		Papa, camote, yuca, ollucos.	Purés, asados, sancochados, guisados.
Vegetales		Acelga, alcachofa, apio, espárragos, espinacas, caiguas, nabo, zapallo, pimiento, brócoli, etc.	En preparaciones o ensaladas cocidas.
		Arveja, berenjena, beterraga, poro, habas, frijol verde, vainitas, zanahorias.	Caldos, sopas, sancochados, guisados, al horno, ensaladas cocidas.
Frutas		Fresca, todas en general	En jugos, al horno, compotas, mazamorra
Azúcares		Azúcar miel de caña, miel de abeja, mermelada, jaleas.	
Grasas		Margarina, aceite vegetal, aceite de oliva.	Moderadamente como ingrediente de preparaciones y en frituras ligeras.
Sal		Sal Común.	Para sazonar.
Líquidos		Agua natural, infusiones, agua mineral.	
Condimentos		Sal, hierbas aromáticas.	para sazonar moderadamente las preparaciones.

Imp. Cealicoando

Alimentos Excluidos

Carnes grasosas: cerdo, pato, pavo, ganzo, carnes en conserva

Visceras: cesos, riñón, mollejas, hígado, lengua, corazón.

Mariscos: camarones, choros, machas, cangrejos.

Grasas y aceites de origen animal: manteca de cerdo, mayonesa.

Postres y productos de pastelería: preparados con cremas de leche y otros.

Frituras y preparaciones muy condimentadas.

Bebidas Alcohólicas

Alimentos Fermentativos: verduras crudas; coliflor, cebolla, pepinillo, culantro, menestras, pimientos.

frutas: sandía, pepino, mango, palta, aceituna, melón, coco, y frutas.

crudas y secas.

RELACIÓN DE SERVICIOS QUE RECIBEN DESAYUNO Y ALMUERZO - GUARDIAS DIURNAS

FECHA: ____/____/____

CANTIDAD	SERVICIOS	APELLIDOS Y NOMBRES	DESAYUNO	ALMUERZO
1	CIRUGIA ESPECIALIDADES			
2	GINECOLOGO			
3	PEDIATRIA			
4	MEDICO DE FAMILIA			
5	ANESTESIOLOGIA			
6	OFTALMOLOGIA			
7	TRAUMATOLOGIA			
8	NEUMOLOGIA			
9	MEDICO DE EMERGENCIA			
10	MEDICO DE MEDICINA			
11	MEDICO CIRUGIA			
12	MEDICO GINECO - OBST.			
13	MEDICO PEDIATRIA			
14	ENFER. HOSPITALIZACION			
15	ENFER. EMERGENCIA			
16	ENFER. QUIRURGICO			
17	ENFER. CENTRAL ESTERILIZACION			
18	ENFER. TOPICO, EMERGENCIA			
19	ENFER. URPA			
20	ENFER. NEONATOLOGIA			
21	ENFER. PEDIATRIA			
22	TEC. ENF. EMERGENCIA			
23	TEC. ENF. TOPICO DE EMERGENCIA			
24	TEC. ENF. PEDIATRIA			
25	TEC. ENF. C. QUIRURGICO			
26	TEC. ENF. HOSPITALIZACION			
27	OBSTETRA. HOSPITALIZACION			
28	OBSTETRA. CENTRO OBSTETRICO			
29	OBSTETRA. EMERGENCIA			
30	TEC. OBST. EMERGENCIA			
31	TEC. OBST. HOSPITALIZACION			
32	TEC. CENTRO OBSTETRICO			
33	LABORATORIO			
34	TEC. EN LABORATORIO			
35	FARMACIA			
36	TEC. EN FARMACIA			
37	BANCO DE SANGRE			
38	TRANSPORTES			
39	RAYOS X			
40	NUTRICIONISTA			
41	TEC. NUTRICION			
42	TEC. NUTRICION			
43	TEC. NUTRICION			

RELACIÓN DE SERVICIOS QUE RECIBEN CENA - GUARDIAS NOCTURNAS

FECHA: ____/____/____

CANTIDAD	SERVICIOS	APELLIDOS Y NOMBRES	CENA
1	CIRUGIA ESPECIALIDADES		
2	GINECOLOGO		
3	PEDIATRIA		
4	MEDICO DE FAMILIA		
5	ANESTESIOLOGIA		
6	OFTALMOLOGIA		
7	TRAUMATOLOGIA		
8	NEUMOLOGIA		
9	MEDICO DE EMERGENCIA		
10	MEDICO DE MEDICINA		
11	MEDICO CIRUGIA		
12	MEDICO GINECO - OBST.		
13	MEDICO PEDIATRIA		
14	ENFER. HOSPITALIZACION		
15	ENFER. EMERGENCIA		
16	ENFER. QUIRURGICO		
17	ENFER. CENTRAL ESTERILIZACION		
18	ENFER. TOPICO, EMERGENCIA		
19	ENFER. URPA		
20	ENFER. NEONATOLOGIA		
21	ENFER. PEDIATRIA		
22	TEC. ENF. EMERGENCIA		
23	TEC. ENF. TOPICO DE EMERGENCIA		
24	TEC. ENF. PEDIATRIA		
25	TEC. ENF. C. QUIRURGICO		
26	TEC. ENF. HOSPITALIZACION		
27	OBSTETRA. HOSPITALIZACION		
28	OBSTETRA. CENTRO OBSTETRICO		
29	OBSTETRA. EMERGENCIA		
30	TEC. OBST. EMERGENCIA		
31	TEC. OBST. HOSPITALIZACION		
32	TEC. CENTRO OBSTETRICO		
33	LABORATORIO		
34	TEC. EN LABORATORIO		
35	FARMACIA		
36	TEC. EN FARMACIA		
37	BANCO DE SANGRE		
38	TRANSPORTES		
39	RAYOS X		
40	NUTRICIONISTA		
41	TEC. NUTRICION		
42	TEC. NUTRICION		
43	TEC. NUTRICION		

**PEDIDO DE VERDURAS Y HORTALIZAS**

FECHA: _____

CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO
	Aceituna		Cola De Caballo		Nabo (Al Peso)
	Acelga (Por Atado)		Col Crespa		Olluco
	Aji Amarillo		Coliflor (Al Peso)		Oregano Fresco
	Ajo Entero		Carambola		Papa Peruanita
	Albahaca (Por Atado)		Cocona (Al Peso)		Papa Canchán
	Arveja Verde		Culantro (Por Atado)		Pepinillo (Al Peso)
	Apio		Espinaca Al Peso		Perejil (Por Atado)
	Berenjena (Al Peso)		Haba Fresca		Pimiento Morron
	Beterraga (Al Peso)		Hierba Buena		Poroto
	Brocoli (Al Peso)		Hierba Luisa		Rabanito (Por Atado)
	Caigua (Al Peso)		Huacatay (Por Atado)		Rocoto (Al Peso)
	Calabaza (Al Peso)		Kión Fresco (Al Peso)		Romero (Por Atado)
	Zapallo Italiano		Lechuga Escarola		Tomate (Al Peso)
	Camote Amarillo		Limon Categoría Extra		Vainita Calidad Primera
	Cebolla China		Manzanilla Fresca		Yuca Categoría Extra
	Cebolla Roja		Maracuya		Zanahoria (Al Peso)
	Cedron (Por Atado)		Menta (Por Atado)		Zapallo Macre
	Choclo		Muña Fresca		

**PEDIDO DE FRUTAS**

FECHA: _____

CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO
	Durazno Categoría I		Manzana Pero		Pera De Agua
	Mandarina Satsuma		Naranja Valencia		Piña (Al Peso)
	Mango Criollo (Al Peso)		Palta Fuerte Categoría I		Platano De Seda
	Manzana Chilena		Papaya Categoría I		Uva Rosada (Al Peso)

PEDIDO DE CARNICOS

FECHA: _____

CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO	CANTIDAD	ARTICULO
	Pollo Entero		Carne De Alpaca		Queso Fresco De Vaca
	Pierna Con Encuentro		Pescado Jurel		Carne de Cordero
	Pechuga De Pollo		Pescado Trucha		Pata de res
	Carne De Res		Huevo De Gallina		Mondongo



PEDIDO DE PAN

[illegible]

REDO DE GAS

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRECCIÓN REGIONAL
DE CUSCO

HOSPITAL DE ESPINAR U.E. 408

SERVICIO DE
EMERGENCIA

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU "

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA "

ESPECIFICACIONES TECNICAS.**1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**

Adquisición de FORMATOS IMPRESOS, para el servicio de emergencia de 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 por ello es de gran importancia la adquisición de dicho material para garantizar desde el adecuado registro de las atenciones en el servicio de emergencia de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

3. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO:

ITEM	DESCRIPCIÓN	U/M	CANT.
FORMATO DE BALANCE HIDRICO	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	03
FORMATO DE HOJA DE PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (10.5 X 14.85cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	01
FORMATO DE HISTORIA CLICA DE EMERGENCIA	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso Y Reverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	05
FORMATO DE HOJA DE INTERCONSULTA	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	03

MINISTERIO DE SALUD
[Firma]

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.

4. PERFIL DEL PROVEEDOR:

FORMATO DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	MILLAR	02
FORMATO DE CONTROL DE OXIGENO	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (10.5 X 14.85cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto	CIENTO	05
FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (10.5 X 14.85cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: negro • DISEÑO: Como el modelo adjunto - de: • Adulto: 300 hojas • Pediatrico: 300 hojas	CIENTO	06
FORMATO DE REGISTRO DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA	• PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: negro • DISEÑO: Como el modelo adjunto	UNIDAD	2000



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRECCIÓN REGIONAL
DE CUSCO

HOSPITAL DE ESPINAR U.E. 408

SERVICIO DE
EMERGENCIA

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU "

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA "

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 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;

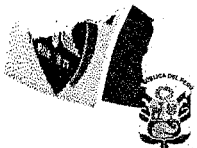
F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

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).



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL
DE CUSCO

HOSPITAL DE ESPINAR U.E. 408

SERVICIO DE
EMERGENCIA



"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU "

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA "

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
Mario Cesar Choque Romero
LIC. ENFERMERO
CEP. 74607

J. Albert Pareja Narvaez
ENF ESP EMERGENCIAS Y DESASTRES
CEP: 62734 RNE: 24117



BALANCE HÍDRICO

			7-1	1-7	7-7	Total de Horas	CUARTO
I N G R E S O S	1	Oral					Fecha: _____ GRAN TOTAL Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Parenteral					
	3	Sangre					
	4	Agua de Oxidación					
	5	Otros					
E G R E S O S	1	Orina					Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Deposición					
	3	Aspiración de Secresiones					
	4	Drenaje					
	5	Vómitos					
	6	P. Insen.					
I N G R E S O S	1	Oral					Fecha: _____ GRAN TOTAL Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Parenteral					
	3	Sangre					
	4	Agua de Oxidación					
	5	Otros					
E G R E S O S	1	Orina					Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Deposición					
	3	Aspiración de Secresiones					
	4	Drenaje					
	5	Vómitos					
	6	P. Insen.					
I N G R E S O S	1	Oral					Fecha: _____ GRAN TOTAL Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Parenteral					
	3	Sangre					
	4	Agua de Oxidación					
	5	Otros					
E G R E S O S	1	Orina					Ingestión: _____ Eliminación: _____ BALANCE: _____ DENSIDAD DE LA ORINA _____
	2	Deposición					
	3	Aspiración de Secresiones					
	4	Drenaje					
	5	Vómitos					
	6	P. Insen.					

PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES

FECHA: HORA: H.CL. N° Consultorio:
H.CL. N° Emergencia:

SERVICIO: CAMA: Grupo Sanguíneo:
SEXO:

EDAD:
NOMBRES Y APELLIDOS: CIE 10:

DIAGNÓSTICO: Emergencia ☐ Programado ☐

OPERACIÓN:

ANESTESIA:

CIRUJANO:

AYUDANTE: FECHA:/...../.....

TIPO DE OPERACIÓN:

ORDEN RECIBIDA:

OTROS:

SIS:

F.N:

PESO:

TALLA:

CPT:

Jefe del Departamento
V°B°

Jefe de Servicio
V°B°

Hora de recepción:

NOTA: Este pedido debe ser llenado en su integridad y ser remitido a la jefatura del Departamento de Cirugía antes de las 11:00 a.m del día anterior a la intervención.

[illegible]

N° REGISTRO

N° CAMA

FECHA: ____/____/____

HORA: ____

N° HCL: ____

PRIORIDAD:

I

II

III

IV

APELLIDOS NOMBRES: _____

TELÉFONO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

TIPO: _____ N° _____

EDAD: _____

SEXO: ☐ M ☐ F

DOMICILIO ACTUAL:
(Calle, Jr. Urb. Com.) _____

TIPO DE SEGURO: PARTICULAR ☐

SIS ☐

ESSALUD ☐

SOAT ☐

SALUDPOL ☐

OTROS ☐

N° _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____

Ocupación _____

PROCEDENCIA (Distrito): _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

RELIGIÓN: _____

REFERIDO: SI ☐

NO ☐

LUGAR DE REFERENCIA: _____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

PARENTESCO: _____

DNI: _____

DIRECCIÓN: _____

FORMA INGRESO:

CAMINANDO ☐

SILLA DE RUEDAS ☐

CAMILA ☐

OTROS ☐

ANAMNESIS: FECHA: ____/____/____

HORA: ____

TIEMPO ENFERMEDAD: _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES: _____

RELATO CRONOLÓGICO: _____

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA Marca con X y luego describa: tiempo - medicina - dosis que recibe-

FUR: ____/____/____

HTA ☐

DIABETES ☐

INSUF. RENAL ☐

ARTRITIS ☐

TBC ☐

HEPATITIS ☐

VIH ☐

CIRUGIAS PREVIAS ☐

DESCRIBIR: _____

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: _____

REACCIÓN ALÉRGICA/MEDICAMENTOS: _____

EXAMEN CLÍNICO

ANTROPOMETRÍA

PESO: _____

TALLA: _____

IMC: _____

GLASGOW: _____

FUNCIONES VITALES:

PA: _____

FC: _____

FR: _____

T°: _____

Sat. O2: _____

EXAMEN CLÍNICO GENERAL: _____

EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: _____

EXAMEN OBSTÉTRICO:

ABDOMEN

Feto: _____

Situación: _____

Long ☐

Posición

Derecha ☐

P. Est. ☐

Cef. ☐

Otros Hallazgos

A.U. ☐ c.m.

Trans ☐

Izquierda ☐

Pod. ☐

L.F. ☐ x mín.

Soplo SI ☐ No ☐

Dinámica Uterina _____

DIP II: SI ☐ No ☐

Poderado fetal _____

TACTO VAGINA:

Cervix: _____

Long _____

Const. _____

Ubic. _____

Dilatación _____

Pérdida Liq. Amniótico _____

Incorporación _____

Procúbito ☐

Claro ☐

PELVIMETRÍA

Estrecho: _____

Adecuado Estrecho

Pelvis Ginecoide

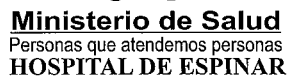
SI ☐ No ☐

SERVICIO DE EMERGENCIA

EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

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

[illegible]



FORMATO DE INTERCONSULTA

HORA:

Nº DE CAMA:

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

INFORME DE INTERCONSULTA

FECHA: _____	HORA: _____
SERVICIOS DE: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Nombres y Apellidos	Colegio Profesional
Sello y Firma	

RESULTADOS DE LABORATORIO

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



HOSPITAL DE ESPINAR

HOSPITAL 110 515 :

Nombre: _____

KARDEX DE OXIGENO O₂

07

Cama:

[illegible]

U. C. Callocondo



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

Registro de Evaluación Pre Anestésica

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

Hospital / Instituto: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
DD MM AAAA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre (Apellidos y Nombres)	Historia Clínica	Edad	☐ Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s)	Sexo ☐ F ☐ M
Especialidades quirúrgica(s)	Procedimiento a realizar			

ANTECEDENTES

- Anestésicos General N° _____ Regional N° _____ Última anestesia hace: _____

- Complicaciones _____

- Alérgicos _____

- Farmacológicos _____

- Hemorrágicos _____

- Patológicos _____

- Quirúrgicos _____

- Tóxicos _____

- Transfusionales _____

- Otros _____

REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea ☐ Si ☐ No Grado Angina ☐ Si ☐ No Grado

Palpitaciones ☐ Si ☐ No Precipitados por _____

Pulmonar Tos ☐ Si ☐ No Periodicidad de la Tos _____

SNC. (o Glasgow) _____ Otros síntomas _____

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial ☐ Sentado ☐ Decúbito	Frecuencia cardíaca Latidos /min	Frecuencia respiratoria Respirac./min.	Temperatura °C	Pulsoximetría %	Peso kg.	Talla m	IMC
---	----------------------------------	--	----------------	-----------------	----------	---------	-----

Cabeza:

Lentes contacto ☐ Si ☐ No	Prótesis ☐ Si ☐ No	Tórax: ☐ Rítmicos ☐ Arrítmicos
Cuello normal ☐ Si ☐ No	Removible ☐ Si ☐ No	Ruidos cardíacos ☐ Si ☐ No
Masas ☐ Si ☐ No	Dientes flojos ☐ Si ☐ No	Soplos ☐ Si ☐ No
Pulsos ☐ Normal ☐ Anormal	Apertura ☐ Normal ☐ Anormal	Características del Sopro _____
Probabilidad vía aérea difícil ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja Otros _____		Auscultación pulmonar ☐ Normal ☐ Anormal
		Especifique: _____

Abdomen: _____ Extremidades: _____

Otros hallazgos

EXÁMENES DE LABORATORIO	EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	Fecha del Examen
Resultados		
Hematocrito	Electrocardiograma _____	DD MM AAAA
Creatinina	Rx de Tórax _____	DD MM AAAA
Urea	Otros estudios _____	DD MM AAAA
Glicemia		DD MM AAAA
Albúmina		DD MM AAAA
Plaqueta 1000		DD MM AAAA

Diagnóstico (s): _____

Clasificación ASA: _____

Recomendaciones: _____

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
HOSPITAL DE ESPINAR**

SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA

Yo: _____ identificado con DNI _____
natural de _____ espinar departamento del Cusco, solicito el alta
voluntaria DE MI MENOR HIJO _____ del servicio
de hospitalización _____ bajo mi responsabilidad y excluyendo de
culpa al **HOSPITAL DE ESPINAR**, los médicos y personal que labora en el mismo; para
lo cual firmo en el presente documento para que sirva de medio probatorio en caso
sucediera algún problema después de alta voluntaria solicitada.

Espinar, _____ de _____ del 201 _____

.....
DNI:

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA

Yo: _____ identificado con DNI _____
natural de _____ Espinar departamento del Cusco, solicito el alta
voluntaria del servicio de **EMERGENCIA** bajo mi responsabilidad y excluyendo de culpa al
HOSPITAL DE ESPINAR, los médicos y personal que labora en el mismo; para lo cual firmo en
el presente documento para que sirva de medio probatorio en caso sucediera algún problema
después de alta voluntaria solicitada.

Espinar, _____ de _____ del 202__

.....
DNI: