



# GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

RED DE SALUD N° 1 CORONEL PORTILLO

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



## TERMINOS DE REFERENCIA

2.3.2 7.11.99 SERVICIO DE FOTOCOPIADO

ÁREA SOLICITANTE

PROMOCION DE LA SALUD

META	ESPECIFICA	ENCARGADO
0098	2.3.2 7.11.99	LICENCIADA. LINDA KAREN FLORES GONZALES

### 2. OBJETO DE SERVICIO

El objetivo de la contratación de la adquisición de **SERVICIO DE FOTOCOPIADO** es para dotar a los establecimientos que pertenecen a la Red Integrada de Salud N°2 Coronel Portillo y sus respectivas áreas para la atención de los ciudadanos.

### 3. FINALIDAD PÚBLICA

La presente adquisición busca garantizar los materiales de **SERVICIO DE FOTOCOPIADO**, para entregar durante las sesiones educativas realizadas por los responsables de Promoción de la Salud y los Agentes Comunitarios.

La adquisición de **SERVICIO DE FOTOCOPIADO** deberán cumplir con las siguientes características.

### 4. DESCRIPCION DEL SERVICIO

ITEM	CARACTERISTICAS TECNICAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	META	CLASIFICADOR
01	SERVICIO DE FOTOCOPIADO DE FORMATO HIS	UNIDAD	500	0098	2.3.2 7.11.99

### 5. REQUISITOS MINIMO DEL PROVEEDOR

- El proveedor debe dedicarse al objeto del servicio solicitado para la adquisición
- Consulta Ruc
- RNP

### 6. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

Brindar el servicio de manera gradual previa coordinación con el responsable del Programa Promoción de la salud, el cual será a partir del día siguiente de recibida la Orden de Servicio.

### 7. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La Entrega se realizará en la Red Integrada de salud N°2 Coronel Portillo.



# GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

RED DE SALUD N° 1 CORONEL PORTILLO

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



## 8. GARANTIA

De (06) meses contados a partir del día siguiente de la conformidad del servicio.

## CONFORMIDAD DE SERVICIO

La conformidad de la prestación del servicio será otorgada por el área usuaria (programa de promoción de la salud), debiéndose verificar dependiendo de la naturaleza de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las características técnicas del servicio.

## 10. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en moneda nacional, una vez realizado el servicio, previa a la Conformidad del Área Usuaria y a la presentación del comprobante de pago (Factura, RNP y Consulta Ruc).

## 11. PLAZO PARA EL PAGO:

Se realizará mediante abono al Código de Cuenta Interbancaria (CCI) comunicado al proveedor, en un plazo no mayor a diez (10) días calendarios, luego de haber recibido la conformidad por parte del área usuaria, y de encontrarse completo el expediente para el pago.

## 12. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA:

El contratista es responsable por la calidad del servicio ofertado, por un plazo no menor a un año, a partir del día siguiente de la Conformidad otorgada.

## 13. PENALIDADES:

Artículo 162.- penalidad por mora en la ejecución de la prestación

162.1 En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente formula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto del contrato}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F 0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
  - Para bienes, servicios en general y consultorías: F = 0.25
  - Para obras: F = 0.15

## FIRMA Y SELLO:

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI  
RED DE SALUD N° 1 CORONEL PORTILLO  
Linda Karen Gonzales Flores  
COORDINADORA PROMOCION DE LA SALUD

2		3		4		5		6																							
AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION																							
7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CERVICAL ABDOMINAL PESO PROYECCIONALES		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTADISTICA		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO		VALOR DE LAS CÓDIGO		CIC/CPMS					
11		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		A		M		PC		PESO		N		N		1.		P		D		R			
12		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		M		F		Pab		TALLA		C		C		2.		P		D		R			
13		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		D		F		P_Pr		Hb		R		R		3.		P		D		R			
14		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		A		M		PC		PESO		N		N		1.		P		D		R			
15		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		M		F		Pab		TALLA		C		C		2.		P		D		R			
16		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		D		F		P_Pr		Hb		R		R		3.		P		D		R			
17		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		A		M		PC		PESO		N		N		1.		P		D		R			
18		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		M		F		Pab		TALLA		C		C		2.		P		D		R			
19		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		D		F		P_Pr		Hb		R		R		3.		P		D		R			
20		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		A		M		PC		PESO		N		N		1.		P		D		R			
21		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		M		F		Pab		TALLA		C		C		2.		P		D		R			
		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGIA: / /		D		F		P_Pr		Hb		R		R		3.		P		D		R			