

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

INFORME N° 0001-2026-CQ-HDAC-EJCI

A : C. P. C OLIVER HUAMAN MARTEL
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

DE : LIC. ENF. CONDOR IZAGUIRRE, ELMER
COORDINADOR DEL CENTRO QUIRÚRGICO

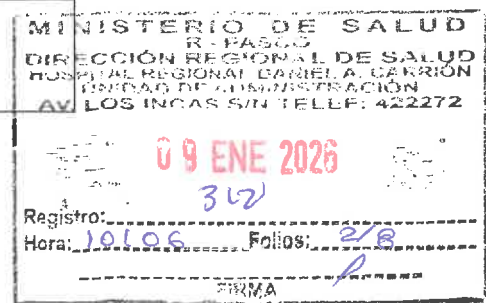
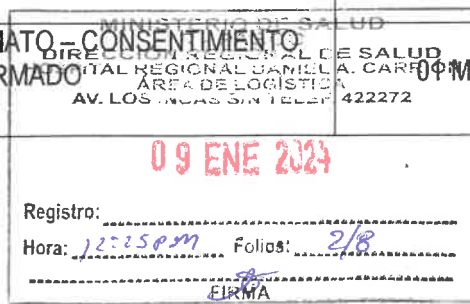
ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FORMATOS

FECHA : CERRO DE PASCO, 09 DE ENERO DEL 2026

Es grato dirigirme a usted respetuosamente para saludarlo a nombre de la jefatura del Centro Quirúrgico, asimismo es para indicarle lo siguiente.

Que siendo de suma importancia contar con los distintos formatos necesarios para este servicio, ya que esto nos ayuda a registrar, controlar y monitorear el proceso de recuperación de nuestros pacientes, haciendo de su conocimiento que esto se registra diariamente por paciente, por lo tanto, realizo el **REQUERIMIENTO DEL SERVICIO DE FOTOCOPIADO DE LOS FORMATOS**, según se detalla en el siguiente cuadro.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
01	FORMATO – BALANCE HIDRICO • Tamaño A4	03 MILLARES
02	FORMATO – ANOTACIONES DE ENFERMERÍA • TAMAÑO A4	03 MILLARES
03	FORMATO – HOJA DE RECUPERACIÓN • TAMAÑO A4	03 MILLARES
04	FORMATO – HOJA DE EVOLUCIÓN POST ANESTÉSICA • TAMAÑO A4	03 MILLARES
05	FORMATO – CONTROL DE ASISTENCIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS	02 MILLARES
06	FORMATO – CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE CRITICO	01 MILLAR
07	FORMATO – HOJA DE INTERCONSULTAS	01 MILLAR
08	FORMATO – CONSENTIMIENTO INFORMADO	01 MILLAR



- **Se adjunta:**

Modelo de formatos

Agradecido anticipadamente por la atención que le puedan brindar a la presente, quedo de usted no sin antes reiterarle mi estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE PASCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

LIC. ENF. ELMER JORGE CONDOR IZAGUIRRE
CEP: 20468 - RNE: 1028
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO

SISGEDO	
REG. DO	01835026
REG. EXPE	01170829

ESPECIFICACIONES TECNICAS

01. AREA USUARIA:

Servicio de centro quirúrgico y anestesiología del HDAC.

02. FINALIDAD PUBLICA:

SERVICIO DE FOTOCOPIADO DE DISTINTOS FORMATOS, PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE NUESTROS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA.

03. BASE LEGAL:



- ✓ Ley N° 28411 Ley General de Sistema Nacional de Presupuesto.
- ✓ Ley N° 32185 Ley del Presupuesto del Sector Publico Para el Año Fiscal 2025.
- ✓ Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902.
- ✓ Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- ✓ Código Civil – Decreto Legislativo N° 295
- ✓ DIRECTIVA N° 007-2018-GRP-GGR/DGA

04. ANTECEDENTES:

Mediante Informe de Requerimiento, se requiere el servicio de fotocopiado de los **FORMATOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**, para el Servicio de centro quirúrgico y anestesiología del HDAC.

05. OBJETIVO:

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Servicio de fotocopiado de los **FORMATOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**, usado para el registro de los procedimientos quirúrgicos que se realiza antes durante y después de cada intervención.

06. CARACTERISTICAS DEL BIEN A CONTRATAR:

ITEM	DESCRIPCION	UND. MED	CANTIDAD
01	FORMATO – BALANCE HÍDRICO • Tamaño A4	MILLAR	03
02	FORMATO – ANOTACIONES DE ENFERMERÍA • Tamaño A4	MILLAR	03
03	FORMATO – HOJA DE RECUPERACIÓN • Tamaño A4	MILLAR	03
04	FORMATO – HOJA DE EVOLUCIÓN POST ANESTÉSICA • Tamaño A4	MILLAR	03
05	FORMATO – CONTROL DE ASISTENCIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS • Tamaño A4	MILLAR	02

06	FORMATO – CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE CRITICO <ul style="list-style-type: none"> Tamaño A4 	MILLAR	01
07	FORMATO – HOJA DE INTERCONSULTAS <ul style="list-style-type: none"> Tamaño A4 	MILLAR	01
08	FORMATO – CONSENTIMIENTO INFORMADO <ul style="list-style-type: none"> Tamaño A4 	MILLAR	01

07. REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL POSTOR:
7.1 EL POSTOR:


- Persona Natural o Jurídica, dedicada a la actividad del rubro.
- Contar con RUC, activo y habido
- No tener impedimento para contratar con el estado.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente.

08. LUGAR DE ENTREGA:

La entrega se realizará en el servicio de centro quirúrgico y anestesiología del HDAC.

09. PLAZO DE ENTREGA:

El plazo de entrega del bien, será a 05 días partir de la notificación de la orden de compra.

10. FORMA DE PAGO:

El pago se hará efectivo por parte de la entidad en una sola armada, al término de la entrega del bien.

11. CONFORMIDAD DE LA RECEPCION DEL BIEN:

Después de la entrega del bien, se otorgará la conformidad por parte del sub gerente de supervisión de obras, previa verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas.

12. PENALIDADES:

Si el proveedor incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la compra, LA ENTIDAD le aplicará en todos los casos, una penalidad por cada día calendario de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la O/C La penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente formula:

$$\text{PENALIDAD DIARIA} = 0.10 \times \text{monto} \times \text{F} \times \text{PLAZO EN DIAS}$$

Donde:

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

F = 0.25 para plazos mayores a 60 días.

13. RESOLUCION DEL VINCULO CONTRACTUAL:

Conforme a la DIRECTIVA N°002-2023-GRP-HDAC-UA/AL en el numeral 6.2.1 dispone lo siguiente:

- En caso de incumplimiento en la prestación por parte del proveedor, se le requerirá mediante carta simple, correo electrónico suscrita por el Director de abastecimiento el cumplimiento de sus obligaciones **EN CASO PERSISTIR EL INCUMPLIMIENTO SE DISPONDRA LA ANULACIÓN DE CONTRATO**, por tanto, se podrá llamar al proveedor que ocupo el segundo lugar de acuerdo al cuadro comparativo.



GOBIERNO REGIONAL DE PASCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

LIC. ENF. ELMER JOSE CONDOR IZAGUIRRE
CEP: 40.68 - RNE: 1028
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO



BALANCE HIDRICO



FECHA / HORA									
INGRESOS					EGRESOS				
INDICADOR	M	T	N	TOTAL	INDICADOR	M	T	N	TOTAL
PARENTERAL					DIURESIS				
					HECES				
					VÓMITO				
					DRENAJE				
ORAL									
AGUA ENDÓGENA	→				PÉRDIDAS INSENSIBLES	→			
SUB TOTAL					SUB TOTAL				
BALANCE:									

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE

FECHA / HORA									
INGRESOS					EGRESOS				
INDICADOR	M	T	N	TOTAL	INDICADOR	M	T	N	TOTAL
PARENTERAL					DIURESIS				
					HECES				
					VÓMITO				
					DRENAJE				
ORAL									
AGUA ENDÓGENA	→				PÉRDIDAS INSENSIBLES	→			
SUB TOTAL					SUB TOTAL				
BALANCE:									

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE

FECHA / HORA									
INGRESOS					EGRESOS				
INDICADOR	M	T	N	TOTAL	INDICADOR	M	T	N	TOTAL
PARENTERAL					DIURESIS				
					HECES				
					VÓMITO				
					DRENAJE				
ORAL									
AGUA ENDÓGENA	→				PÉRDIDAS INSENSIBLES	→			
SUB TOTAL					SUB TOTAL				
BALANCE:									

A.E. = 0.1 x peso + 5.5 x hora

P.I. = peso x 0.5 x hora

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRES :

SERVICIO : MEDICINA CIRUGIA TMT URPA CAMA Nº



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL REGIONAL
DANIEL ALCIDES CARRION - PASCO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE CRÍTICO

Cerro de Pasco ____ de ____ del 20__

Yo _____ de ____ años, con DNI _____ en mi condición de _____ me he reunido con los médicos del servicio de _____, y CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. Y DECLARO QUE EL Dr. _____ me ha informado mi condición de PACIENTE CRITICO Y/O POTENCIALMENTE CRITICO motivo por el cual debo ser hospitalizado en el área de CUIDADOS INTENSIVOS en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

Debo indicar que se me ha informado sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi enfermedad así como la necesidad de iniciar TERAPIA INTENSIVA Y MONITOREO INTENSIVO para lo cual es necesario ejecutar múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos los cuales implica un alto riesgo de morbilidad (complicaciones) y mortalidad (muerte).

Habiendo comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y despejado todas mis dudas, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo los riesgos y alcances del tratamiento médico y los procedimientos invasivos y en tales condiciones voluntaria y libremente autorizo al personal de cuidado intensivos del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco a:

- a) AUTORIZO MÍ (EL) INGRESO AL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- b) AUTORIZO EL INICIO DE TERAPIA Y MONITOREO INTENSIVO
- c) AUTORIZO SE ME REALICE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS NECESARIOS DURANTE MI HOSPITALIZACION.
- d) AUTORIZO A QUE SE ME ADMINISTRE SANGRE Y HEMODERIVADOS.

FIRMA DEL PACIENTE
APELLIDOS Y NOMBRES
DNI:
HUELLA DIGITAL

FIRMA DEL RESPONSABLE
APELLIDOS Y NOMBRES
DNI:
HUELLA DIGITAL

FIRMA DEL TESTIGO
APELLIDOS Y NOMBRES
DNI:
HUELLA DIGITAL

FIRMA DEL MEDICO
CMP:

NO AUTORIZO

MI INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS Y EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL MEDICO DEL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION – PASCO

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
DNI:
HUELLA DIGITAL



MINISTERIO DE SALUD
AIS. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PASCO

HOJA DE INTERCONSULTAS

FECHA.....HORA.....CAMA.....

NOMBRE.....EDAD.....

DEL SERVICIO.....

.....
FIRMA DEL MÉDICO

RESPUESTA DEL SERVICIO CONSULTADO
FECHA.....HORA.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Ley General de Salud Art. 15° INC. F.G.H. y Art. 27°)

Yo.....
Identificado con Autorizo a los médicos tratantes la
siguiente intervención quirúrgica procedimiento y tratamiento.....

Por presentar tal afección de mi salud. Por lo que habiendo sostenido una reunión con el medico tratante:

1. Declaro que se me ha informado amplia y completamente sobre el diagnóstico y sobre las alternativas de tratamiento de mi enfermedad sobre las ventajas y desventajas, riesgos , consecuencias, indicaciones, contraindicaciones, precauciones y advertencias de cada uno de los tratamientos y medicamentos que se administran incluyendo intervenciones quirurgicas y procedimientos relacionados a mi enfermedad y sobre las consecuencias de no tratamiento o procedimiento, lo cual se me ha explicado teniendo en consideración clínica , física y social
2. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos quirúrgicos, además de los de ahora previstos o diferentes de ellos tanto si se deben a afecciones imprevistas o no, que el medico o su equipo medico puedan considerar necesarias o convenientes en el curso de la operación.
3. Doy mi consentimiento para la administración de ANESTESIA LOCAL, REGIONAL O GENERAL según lo que el medico anestesiólogo considere aconsejable. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y salud relacionados con la ANESTESIA y que tales riesgos se me han explicado
4. Comprendo completamente la autorización que estoy dando, las razones por las cuales hay que administrar el medicamento, sus ventajas, peligros y complicaciones posibles y las alternativas.
5. Manifiesto que si en el curso de esta operación surge cualquier problema imprevisto que haga necesario otros procedimientos a parte de los que se contempla ahora o procedimientos diferentes, pido y autorizo al medico a que haga todo lo que exige aconsejable y necesario bajo las circunstancias incluyendo la administración de sangre y sus derivados o sustitutos
6. Me comprometo a cumplir con los procedimientos y cuidado para el tratamiento elegido y/o actos que autorizo con la presente conforme a las indicaciones que los profesionales de la salud indiquen, y asumo la responsabilidad de los riesgos y consecuencias del tratamiento, así como el de aquellos que pudieron producirse por no cumplir los procedimientos y cuidado indicados.
7. Considero en que se fotografien o televisen las operaciones o procedimientos que sean de ejecutar incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos científicos y educacionales, siempre que mi identidad no se vea revelada por las imágenes o por textos descriptivos que los acompañen.
- 8.-Consiento con el objeto de contribuir al progreso de la educación médica la admisión de observadores a la sala de operaciones
- 9- Que habiendo comprendido la naturaleza y objeto de la operación, los posibles métodos alternativos al tratamiento,, los riesgos en que se incurre y las posibilidades de complicaciones y que ninguna garantía o seguridad me ha sido dada por nadie en cuanto a los resultados que puedan obtenerse, doy el consentimiento para que realicen el acto médico referido en fe de lo cual firmo.

.....
PACIENTE (Firma y Huella Digital)

.....
Familiar (Firma y Huella Digital)

.....
MEDICO TRATANTE (FIRMA)

Cerro de Pasco,.....de.....del 20.....