

ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	UNIDAD DE ESTADISTICA
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	ADQUISICION DE FORMATOS PARA CONSULTA EXTERNA

I. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la atención oportuna, continua y adecuada de los pacientes, mediante el uso de formatos institucionales debidamente establecidos, en los cuales se registran de manera clara y precisa los diagnósticos, evaluaciones y procedimientos médicos, constituyendo un soporte indispensable para la toma de decisiones clínicas, la trazabilidad de la atención y el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

ADQUISICION DE FORMATOS PARA ATENCION DE PACIENTES

III. CARACTERISTICAS TECNICAS

Ítem	Descripción	Cant	Unid	Características	Codigo SIGA
1	FORMATO 28	20	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Anverso y reverso	
2	HOJA HIS	15	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Anverso y reverso	
3	EPICRISIS	10	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una cara	

El postor deberá incluir en su oferta el diseño, dicho diseño será remitido al área usuario en formato Word o Excel.

Se adjunta anexo de formatos escaneados.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

NO CORRESPONDE.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN:

NO CORRESPONDE.

VI. GARANTÍA COMERCIAL

6 MESES

VII. MUESTRAS

NO CORRESPONDE.

IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco.

Plazo: Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 5 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria, UNIDAD DE ESTADISTICA para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIV. PENALIDADES

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

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 a la siguiente fórmula:

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

Donde F = 0.40.

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

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XV. OTRAS PENALIDADES

NO CORRESPONDE.

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de Hospital Regional Cusco.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Hospital Regional Cusco.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XIX. GESTIÓN DE RIESGOS

NO CORRESPONDE.

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente

documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

Firma
Área usuaria o técnica estratégica

6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

11 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____

	A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R		
									2.	P	D	R
	M	F	Pab	TALLA	C	C	3.	P	D	R		
									4.	P	D	R
	D			Hb	R	R	5.	P	D	R		
									6.			

PARA ITEM 09: FINANCIADOR DE SALUD			ITEM12	ITEM16	PARA ITEM 17 Y 18 (CONDICIÓN DE INGRESO)	FECHA DE ULTIMA REGLA
1 USUARIO	4 SOAT	10 OTROS	REGISTRAR EL NOMBRE DEL CENTRO POBLADO	PESO = Kg TALLA = Cm Hb = Valor	N= PACIENTE NUEVO (1ra. VEZ EN SU VIDA). C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO	SI NO SE CUENTA CON EL DATO SE REGISTRARÁ LA FECHA DE LA PRIMERA ECOGRAFIA
2 SEGURO INTEGRAL	5 SANIDAD FAP	11 EXONERADO				
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL					

(*) Opcional ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACIÓN CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDAR ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

2 TURNO
M T N

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
AÑO		MES		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																	
DÍA		HISTORIA CLÍNICA		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTADÍSTICA DE SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CODIGO CIE / CPT		
GESTANTE / PUERPERA		ETNA		CENTRO POBLADO														P D R			1° 2° 3°								

1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___

A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R					
			TALLA			C	C	2.	P	D	R			
			Hb			R	R	3.	P	D	R			
	D	F	Pab				4.	P	D	R				
							5.	P	D	R				
							6.							

2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___

A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R					
			TALLA			C	C	2.	P	D	R			
			Hb			R	R	3.	P	D	R			
	D	F	Pab				4.	P	D	R				
							5.	P	D	R				
							6.							

3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___

A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R					
			TALLA			C	C	2.	P	D	R			
			Hb			R	R	3.	P	D	R			
	D	F	Pab				4.	P	D	R				
							5.	P	D	R				
							6.							

4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___

A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R					
			TALLA			C	C	2.	P	D	R			
			Hb			R	R	3.	P	D	R			
	D	F	Pab				4.	P	D	R				
							5.	P	D	R				
							6.							

5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ / FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___

A	M	PC	PESO	N	N	1.	P	D	R					
			TALLA			C	C	2.	P	D	R			
			Hb			R	R	3.	P	D	R			
	D	F	Pab				4.	P	D	R				
							5.	P	D	R				
							6.							

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ Edad: _____ Primera Consulta Seguimiento

Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: _____ Tiempo de Enfermedad: _____
 Síntomas y signos / Relato: _____

Funciones Biológicas: **Apetito:** _____ **Sed:** _____ **Sueño:** _____ **Orina:** _____ **Deposiciones:** _____

Examen Físico: **PA:** _____ **T°** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____

Estado general, hidratación, nutrición y de conciencia:

DIAGNÓSTICOS:	P	D	CIE10

PLAN DE TRABAJO
 Exámenes de ayuda diagnóstica:
 Procedimientos especiales:
 Interconsultas:
 Referencia Contrareferencia
 (Lugar y motivo):
 Próxima Cita:

 Firma y Sello del médico tratante

Tratamiento y Recomendaciones:

SERVICIO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ Edad: _____ Primera Consulta Seguimiento

Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: _____ Tiempo de Enfermedad: _____
 Síntomas y signos / Relato: _____

Funciones Biológicas: **Apetito:** _____ **Sed:** _____ **Sueño:** _____ **Orina:** _____ **Deposiciones:** _____

Examen Físico: **PA:** _____ **T°** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____

Estado general, hidratación, nutrición y de conciencia:

DIAGNÓSTICOS:	P	D	CIE10

PLAN DE TRABAJO
 Exámenes de ayuda diagnóstica:
 Procedimientos especiales:
 Interconsultas:
 Referencia Contrareferencia
 (Lugar y motivo):
 Próxima Cita:

 Firma y Sello del médico tratante

Tratamiento y Recomendaciones:

NOMBRES Y APELLIDOS:

HISTORIA CLÍNICA Nº _____

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ Edad: _____ Primera Consulta Seguimiento

Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: _____ Tiempo de Enfermedad: _____
 Síntomas y signos / Relato: _____

Funciones Biológicas: **Apetito:** _____ **Sed:** _____ **Sueño:** _____ **Orina:** _____ **Deposiciones:** _____

Examen Físico: **PA:** _____ **T°** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____

Estado general, hidratación, nutrición y de conciencia:

DIAGNÓSTICOS:	P	D	CIE10	PLAN DE TRABAJO
				Exámenes de ayuda diagnóstica:
				Procedimientos especiales:
				Interconsultas:
				Referencia <input type="checkbox"/> Contrareferencia <input type="checkbox"/>
				(Lugar y motivo):
				Próxima Cita:
Tratamiento y Recomendaciones:			 Firma y Sello del médico tratante

SERVICIO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ Edad: _____ Primera Consulta Seguimiento

Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: _____ Tiempo de Enfermedad: _____
 Síntomas y signos / Relato: _____

Funciones Biológicas: **Apetito:** _____ **Sed:** _____ **Sueño:** _____ **Orina:** _____ **Deposiciones:** _____

Examen Físico: **PA:** _____ **T°** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____

Estado general, hidratación, nutrición y de conciencia:

DIAGNÓSTICOS:	P	D	CIE10	PLAN DE TRABAJO
				Exámenes de ayuda diagnóstica:
				Procedimientos especiales:
				Interconsultas:
				Referencia <input type="checkbox"/> Contrareferencia <input type="checkbox"/>
				(Lugar y motivo):
				Próxima Cita:
Tratamiento y Recomendaciones:			 Firma y Sello del médico tratante

NOMBRES Y APELLIDOS:

HISTORIA CLÍNICA N°

Ho



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

EPICRISIS



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO:

HORA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO:

HORA DE EGRESO:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

SERVICIO DEL QUE EGRESA:

Nº DE CAMA:

PACIENTE DE: AÑOS DE EDAD, INGRESA CON UN CUADRO DE:

DE: DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

AL EXAMEN CLÍNICO SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS (SIGNOS):

EXÁMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO FUE: FAVORABLE () DESFAVORABLE ()

SE LE DA DE ALTA EN CONDICIÓN DE: MEJORADO () FALLECIDO () DE HABER SIDO HOSPITALIZADO

SI ES FALLECIDO. CAUSA DE MUERTE: ESTADÍA TOTAL: DÍAS

DIAGNÓSTICOS DE ALTA: PRINCIPAL (CIE10).

DIAGNÓSTICOS DE ALTA: SECUNDARIO (CIE10).

COMPLICACIONES:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Firma y Sello del médico tratante

C.P.M. Nº