

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000166

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037
N° E/M : 00164

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :	Fax :		
Email :	Fecha :	Moneda :	S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATOS DIVERSOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN GENERAL DEL HRGDV		

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	071100436750	SERVICIO DE IMPRESION DE DOCUMENTOS SE REQUIERE: - 3 MILLARES DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION PARA CADA PACIENTE - 1 MILLAR DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD - 1 MILLAR DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACION DE TOMA DE GASES DE SANGRE ARTERIAL NOTA: REVISAR EL TERMINO DE REFERENCIA ADJUNTADO AL DOCUMENTO	
TOTAL			

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :
- Atentamente;

Requerimientos Técnicos:
Descripción del Servicio



FORMATO N° 01
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	EMERGENCIA GENERAL Y CUIDADOS CRITICOS
Actividad del POI:	IMPRESIÓN DE FORMATOS DIVERSOS.
Denominación de la Contratación:	IMPRESIÓN DE FORMATOS DIVERSOS QUE SON COMPONENTES DE HISTORIAS CLINICAS.

I. FINALIDAD PÚBLICA			
Adquirir e imprimir los formatos diversos que son componentes de las historias clínicas de pacientes.			
II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)			
Impresión de formaterias diversos para el llenado y adjuntar en la historia clínica de su atención correspondiente de todo los pacientes durante las 24 horas que ingresan al servicio de emergencia general del HRGDV. Para el presente año 2026.			
III. CARACTERISTICAS Y CONDICINES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)			
3.1 Descripción de los bienes a contratar			
Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	TRES Millares	En papel bond A4	Formato de consentimiento informado de Hospitalización para cada paciente.
02	UN MILLAR	En papel bond A4	Formato de consentimiento informado de docencia durante la atención de salud.
03	UN MILLAR	En papel bond A4	Formato de consentimiento informado de aceptación de toma de gases de sangre arterial.
IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)			
V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)			
VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)			
El proveedor en el trabajo de impresión deberá garantizar la calidad del papel y la impresión que permita el buen llenado adecuado y el contenido del texto que permita el estado legible y claro.			
VII. MUESTRAS (De corresponder)			
VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)			
El proveedor no debe estar impedido para hacer contrata con el estado. Copia del registro nacional de proveedores.			
IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)			
Lugar: Almacén central del hospital regional Guillermo Díaz de la vega, sito en Av. Daniel Alcides Carrión. Plazo: En un plazo de 02 días calendarios, contados a partir del día siguiente de notificado de la impresión de todo los formatos.			
X. CONFORMIDAD (Obligatorio)			
La conformidad de recepción será otorgada por el jefe del licenciados de enfermería del servicio de emergencia general y cuidados críticos, una vez culminado el proceso de compra de lo requerido			

[Firma manuscrita]
2026

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 EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

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 GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

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 EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

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

XVIII. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

(Identificar los riesgos que pueden presentarse durante el proceso de contratación, con especial énfasis en la ejecución contractual; así como identificar responsabilidades de las partes.)

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.



Daniel Mendoza Peña
LIC. ENFERMERÍA
CEP: 30120
Jefe del Servicio Emergencia General

Firma
Área usuaria o técnica estratégica

Gobierno Regional de Apurímac
Dirección Regional de Salud Apurímac
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay
SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES

YO:, identificado con DNI

FAMILIAR Directo Del (la) paciente

Con Historia Clínica N° Declaro Haber recibido información detallada sobre El estado de salud actual de mi familiar y para que pueda recibir tratamiento y manejo especializado en el servicio de: aclarando todas mis dudas, acepto de forma voluntaria y libre para la hospitalización de mi familiar.

Abancayde.....202.....

Hora:

Firma del Familiar

DNI N° _____



Firma del Medico

N° CMP _____

REVOCATORIA DE HOSPITALIZACIÓN.

En pleno uso de mis facultades dego son efecto el consentimiento de hospitalización, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.

Nombre de paciente:firma:

Nombre de familiar:firma:

Fecha y hora:

Firma del Medico.


EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Fecha: de del 202..... Hora:

Yo, con DNI. N° e

Historia Clínica N°, declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()



.....


Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D.N.I.....

.....

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento
D.N.I.....

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: de del 202.....



.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D.N.I.....

.....

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria
D.N.I.....
Nota: Cualquier profesional de la salud.


EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Fecha: de del 202..... Hora:

Yo, con DNI. N° e

Historia Clínica N°, declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()



.....


Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D.N.I.....

.....

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento
D.N.I.....

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: de del 202.....



.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D.N.I.....

.....

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria
D.N.I.....
Nota: Cualquier profesional de la salud.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE TOMA DE GASES DE SANGRE ARTERIAL

Yo, identificado con DNI familiar directo del paciente con Historia Clínica N° Declaro haber recibido información detallada sobre el procedimiento Toma de Gases de Sangre Arterial, aclarando mis dudas en entrevista personal con el Médico Dr. del Servicio de del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

Los gases en sangre son una prueba en la cual se miden el pH (acidez) y el contenido de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre arterial. Este examen se utiliza para evaluar enfermedades respiratorias y condiciones de afectan a los pulmones, e igualmente para determinar la efectividad de la terapia con oxígeno. El componente ácido-básico del examen también suministra información respecto al funcionamiento de los riñones.

Riesgos del examen: En general, cuando el procedimiento se lleva acabo correctamente el riesgo es muy bajo. Puede haber sangrado op amoratamiento en el sitio de punción o un sangrado tardío. Se puede producir un trastorno de la circulación en el área de punción, pero es excepcional.

Consideraciones especiales: Se debe notificar al médico si se presenta sangrado, amoratamiento, entumecimiento, hormigueo o decoloración en el sitio de la punción. De la misma manera, se debe informar al médico si se está tomando algún tipo de anticoagulante (medicamentos para diluir la sangre) o aspirina.

Abancay, _____ de _____ 20 _____
Hora

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico
N° CMP _____

PROCEDIMIENTO:

Para realizar este examen se realiza una punción introduciendo una aguja fina a través de la piel hasta la arteria, es posible que se sienta un calambre breve o una sensación pulsátil en el área de punción. La aguja se retira después de extraer la muestra. Dicha muestra puede tomarse de la arteria radial de la muñeca, de la arteria femoral en el ingle o de la arteria braquial en el brazo. Después de la punción se aplica presión sobre la zona de la punción durante unos 5 a 10 minutos para prevenir el sangrado.



[Handwritten signature]