



PERÚ

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNOUNIDAD EJECUTORA 412  
SALUD LAMPADIRECCIÓN DEL  
HOSPITAL "A. B."-LAMPA**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL**

<b>I. ÁREA USUARIA:</b>	Unidad de seguros			
<b>II. META PRESUPUESTARIA:</b>	005			
<b>III. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:</b>	Servicio de impresión en general (FUA) para registrar prestaciones brindadas a los asegurados al seguro integral de salud SIS, en el formato único de atención, de tal modo que el mismo se realice de acuerdo a las normas y procedimientos vigentes.			
<b>IV. MARCO LEGAL:</b>	Comprende la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento aprobado Por Decreto Supremo N° 009-2025-EF, las directivas que emita la Dirección General de Abastecimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, así como el OECE y demás normativa especial que resulte aplicable.			
<b>V. FINALIDAD PÚBLICA:</b>	Se requiere contar con el servicio de impresión de Formatos Únicos de Atención (FUAS). para estandarizar el registro de las prestaciones financiadas por el seguro integral de salud, dirigida a la población de la red de salud Lampa, en los cuales se registran las actividades realizadas por el personal asistencial de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que comprende la REDESS Lampa, en beneficio de los asegurados al SIS.			
<b>VI. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN:</b>	Contar con un registro adecuado de las actividades asistenciales y administrativas realizadas por el personal de salud de los establecimientos de la REDESS Lampa, en beneficio de los asegurados SIS de acuerdo a la Resolución Jefatural RJ 015-2026/SIS/J. (15/01/2026) SIS			
<b>VII. DENOMINACION DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR:</b>				
El servicio requerido, debe incluir lo siguiente: 40 MILLARES de talonarios de FUAs, los cuales cada talonario debe contener 100 originales 100 copias, para el control de prestaciones a pacientes asegurados por el SIS:				
<b>ITEM</b>	<b>DESCRIPCION DE ITEM/ PROGRAMADO</b>		<b>U. MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD</b>
01	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material: Papel autocopiativo (1 original y 1 copia)</li> <li>Tamaño: A4</li> <li>Impresión: anverso y reverso</li> <li>Numerados y con desglose</li> <li>Ver el Anexo 1 (adjunto FUA)</li> </ul>	SERVICIO	40 MILLARES
<b>VIII. GARANTÍA COMERCIAL:</b>				
a) <b>GARANTÍA COMERCIAL DEL SERVICIO:</b> El postor deberá garantizar la calidad tanto de los materiales utilizados, como de la Elaboración, asimismo, el contratista se compromete a realizar los cambios a consecuencia de la garantía				



PERÚ

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNO

UNIDAD EJECUTORA 412  
SALUD LAMPA

DIRECCIÓN DEL  
HOSPITAL "A. B."-LAMPA

ofertada, como máximo dentro de los siete (07) días calendarios siguientes de recibida la comunicación de parte del área usuaria.

**b) TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL SERVICIO:**

Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio del producto que presenten fallas en un periodo no mayor a cinco (05) días calendario. (De ser el caso)

**IX. CONDICIONES DE LA COTIZACIÓN**

Al momento de la cotización el proveedor deberá remitir a parte de la Declaración Jurada, términos de referencia.

**X. PRESTACIONES ACCESORIAS (De corresponder)**

(De acuerdo a las características de los servicios requeridos puede considerarse prestaciones accesorias tales como: mantenimiento)

**XI. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (OBLIGATORIO DEC Y AREA USUARIA O AREA ESTRATEGICA)**

**Persona Jurídica o Natural.**

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

**En el Acto de Recepción del servicio que formaran parte de la entrega, el proveedor deberá entregar en el punto de destino, copia simple de los siguientes documentos, a fin de llevar a cabo la conformidad de recepción:**

- Orden de servicio
- Copia de la Declaración Jurada de Compromiso de Canje y/o reposición por Defectos o Vicios Ocultos.
- Toda documentación presentada debe ser legible.

**XII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN**

**LUGAR:** La entrega del servicio se realizará en la Redess Lampa, oficina de unidad de seguros.

- Horario: lunes a viernes de 08:00 a.m. a 14:00 p.m.

**PLAZO:** 10 días hábiles.

**XIII. CONFORMIDAD (Obligatorio)**

La recepción será otorgada por el Área Usuaria, Área Técnica y la conformidad será otorgada por el Área Usuaria en el plazo máximo de siete (07) días, esto último en caso se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, los días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

**XIV. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

Precisar si se realiza el pago de la contraprestación en un solo pago o pagos periódicos. Precisar la documentación obligatoria a presentar por el contratista para la realización del pago. El pago se realiza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad del servicio por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles.

**XV. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR**

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 69 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y el artículo 144 de su Reglamento.



PERÚ

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNO

UNIDAD EJECUTORA 412  
SALUD LAMPA

DIRECCIÓN DEL  
HOSPITAL "A. B."-LAMPA

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por la entidad.

#### **XVI. PENALIDAD POR MORA**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo con la siguiente fórmula:

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

Donde F tiene el siguiente valor:

$$F = 0.40.$$

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato u orden de compra, componente o ítem que debió ejecutarse o, en caso de que estos involucren entregables cuantificables en monto y plazo, al monto y plazo del entregable que fuera materia de retraso.

La suma de la aplicación de las penalidades por mora y de otras penalidades no debe exceder el 10% del monto vigente del contrato, o de ser el caso, del ítem correspondiente.

#### **XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato u orden de compra, total o parcialmente, en los siguientes casos:

- Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible a la parte que incumple. 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.
- Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción.
- Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.
- Configuración de la condición de terminación anticipada (De ser el caso, el área usuaria debe sustentar la condición de terminación anticipada, en caso de que el contrato contenga más de un hito y el resultado de alguno de estos impida o haga innecesaria la continuidad del siguiente, sin que resulte atribuible a alguna de las partes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 121 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009- 2025-EF).

#### **XVIII. ENFOQUE PRINCIPIO VALOR POR DINERO (OBLIGATORIO DEC Y AREA USUARIA O AREA ESTRATEGICA)**

El presente requerimiento tiene el enfoque del principio de valor por dinero: maximizando el valor de lo que obtienen en cada contratación, en términos de eficiencia, eficacia y economía, lo cual implica que se contrate a quien asegure el cumplimiento de la finalidad pública de la contratación, considerando la calidad, la sostenibilidad de la oferta y la evaluación de los costos y plazos, entre otros aspectos vinculados a la naturaleza de lo que se contrate, y que no procure únicamente el menor precio.

En cuanto a la consideración de costos implica valorar los costes y riesgos del ciclo completo de vida; calidad significa cumplir con una especificación que es adecuada en cuanto a su propósito y suficiente para satisfacer los requisitos de necesidad, y sostenibilidad comprende los beneficios económicos, sociales y ambientales según corresponda al objeto de la contratación.

#### **XIX. ANTICORRUPCION**

El proveedor declara que no ha ofrecido ni efectuado ningún pago, beneficio o incentivo ilegal relacionado con el contrato, ya sea directa o indirectamente, ni por medio de sus socios, representantes o funcionarios.



PERÚ

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNO

UNIDAD EJECUTORA 412  
SALUD LAMPA

DIRECCIÓN DEL  
HOSPITAL "A. B."-LAMPA

Se compromete a actuar con honestidad, integridad y legalidad durante toda la ejecución del contrato, absteniéndose de cualquier acto de corrupción o conducta ilícita.

Asimismo, se obliga a comunicar de forma oportuna a las autoridades competentes cualquier acto ilegal del que tenga conocimiento. Además, deberá cumplir con la Política Antisoborno de la entidad y comportarse de forma ética y conforme a los valores institucionales.

El incumplimiento de estas obligaciones podrá ser sancionado según la normativa vigente.

FIRMA DE AREA USUARIA



*[Handwritten Signature]*  
Dra. Milena Y. Sallica Cantazo  
C.M.P. 101912  
MÉDICO CIRUJANO

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

RED DE SALUD LAMPA 00003128 26 00003200

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS 3128 NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO

PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENIPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA			

IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFA	
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN			
				COD. SEGURO			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES			

SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					40
FEMENINO						
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

DE LA ATENCIÓN					HOSPITALIZACIÓN
FECHA DE ATENCIÓN		HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	
DÍA	MES	AÑO			
2	0				
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR			FECHA
					DE INGRESO
					DE ALTA
					DE CORTE ADMINISTRATIVO

CONCEPTO PRESTACIONAL		SEPELIO		
ATENCIÓN DIRECTA		NATIMUERTO	OBITO	OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO				
ALTA	CITADO	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA
				APOYO AL DIAGNÓSTICO
				CONTRA RREFERIDO
				FALLECIDO
				CORTE ADMINIS.

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:		N° HOJA DE REFER / CONTRARR.
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE	

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS					VACUNAS N° DE DOSIS				
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (Kg/M2)	PAB (cm)	BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA		
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC		
OPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA		
EDAD GEST	APGAR 1° 5°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI	ADULTO MAYOR	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD	SI	NO
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	VACAM	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH		
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	SR	IPV	VARICELA		
CONTROL PUERP (N°)	HB GLUCOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (µg/mL)	DEPURACIÓN DE CREATININA (mL/min)	PAT. NOR.	HVB	PENTAVAL			
TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS					GRUPO DE RIESGO HVB	GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD; 2. TRABAJAD. SEXUALES; 3. HSH; 4. PRIVADO LIBERTAD; 5. CP; 6. PA; 8. POLICIA NACIONAL; 7. ESTUDIANTE DE SALUD; 9. POLTRAFANUJIDOS; 8. DROGO DEPENDIENTES.			

DIAGNÓSTICOS					INGRESO			EGRESO		
N°	DESCRIPCIÓN	TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P	D	R		D	R			
2		P	D	R		D	R			
3		P	D	R		D	R			
4		P	D	R		D	R			
5		P	D	R		D	R			

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° DE COLEGIATURA
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	N° RNE
		EGRESADO

1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO

FIRMA

ASEGURADO

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:  
NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

DNI o CE DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

Huella Digital del Asegurado o del Representante

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN