

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000277

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00275

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :	Fax :		
Email :	Fecha :	Moneda :	S/.
Concepto :	SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATOS PARA EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HRGDV-ABANCAY		

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	071100436750	SERVICIO DE IMPRESION DE DOCUMENTOS  SE ADJUNTAN TERMINOS DE REFERENCIA	
<b>TOTAL</b>			

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:	Unidad de Hemodiálisis
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formatos para la Unidad de Hemodiálisis del HRGDV.

<b>I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)</b>			
El presente proceso busca la adquisición de formatos e insumos de escritorio necesarios para garantizar el adecuado registro, control y continuidad de la atención de enfermería y medica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.			
<b>II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)</b>			
Adquisición de formatos e insumos de escritorio para la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay			
<b>III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)</b>			
3.1 Descripción de los bienes a contratar			
Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	05	MILLAR	FORMATO HOJAS DE PROCEDIMIENTO DE HEMODIALISIS – AMBAS CARAS, TAMAÑO A4
NOTA: Se adjuntan los formatos requeridos.			
<b>IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)</b>			
En conformidad de siguiente normativa del Régimen Especial de Gestión y Manejo de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos de acuerdo al Decreto Supremo N° 009-2019-MINAM			
<b>V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)</b>			
NO APLICA			
<b>VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)</b>			
El postor brindara la garantía por un lapso de 12 meses. Inicio del cómputo del período de garantía A partir del día siguiente de la entrega de los bienes			
<b>VII. MUESTRAS (De corresponder)</b>			
NO APLICA			
<b>VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona natural o jurídica</li> <li>• Estar habilitado para contratar con el estado</li> <li>• Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes.</li> <li>• RUC Activo y Habido</li> </ul>			
<b>IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)</b>			
<p><b>Lugar:</b> Se realizará la entrega en el <b>ALMACEN CENTRAL</b> del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay.</p> <p><b>Plazo:</b> Por un plazo de <b>05 DÍAS CALENDARIOS</b> a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra o de la suscripción del contrato, según sea el caso</p>			

  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Cualquiera de las partes puede resolver el contrato de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069 , Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

#### **XVI. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO (Obligatorio)**

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.

  
Lic. Enf. Maryli Ccala Gonzales  
Esp. Enfermería en Nefrología  
CEP: 052248 - RNE: 029891



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

TALLA:

FECHA:

FORMATO DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODIALISIS

N° DE SIS:

Apellidos y Nombres:

EDAD:

AÑOS:

Frecuencia:

Turno:

N° de Sesión:

N° de HC:

I. PARTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Atención en condiciones de COVID 19:

SI

NO

Hora de Evaluación:

PROBLEMAS CLINICOS:

1.-

2.-

EVOLUCIÓN:

Signos y síntomas:

HIERRO SACARATO 100mg Fe/ml/ INY 5ml

Epoetina Alfa 2000 UI/mL INY 1 MI

Hidroxidocobalamina 1 mg/mL INY 1mL

Calcitriol 1 mcg/mL INY

FUNCIONES VITALES:

T°

PA:

FC:

FR:

SAT:

PRESCRIPCIÓN PARA MÁQUINA DE HD

PRESCRIPCIÓN PARA DIALIZADOR

Tiempo Diálisis: \_\_\_\_\_ HRS

Perfil de Na: \_\_\_\_\_

Tipo Membrana: \_\_\_\_\_

Heparina: \_\_\_\_\_ UI

Sodio Inicial: \_\_\_\_\_ Meq/L

Área: \_\_\_\_\_ m²

Ultrafiltración: \_\_\_\_\_ cc

Sodio Final: \_\_\_\_\_ Meq/L

Condición clínica del paciente al finalizar HD:

Perfil UF: \_\_\_\_\_

Flujo Sanguíneo (Qb): \_\_\_\_\_ ml/min

Peso Seco: \_\_\_\_\_ Kg.

Flujo Dializado (Qd): \_\_\_\_\_ ml/min

Peso Inicial: \_\_\_\_\_ Kg.

Conductividad: \_\_\_\_\_

OTRAS PRESCRIPCIONES:

Peso Final: \_\_\_\_\_ Kg.

Buffer Bicarbonato

Firma y Sello del Médico Inicia HD

Firma y Sello del Médico Finaliza HD

II. PARTE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PA Inicial:

N° c Maq.:

Acceso Vasculat:

PA Final:

Puesto:

Arterial: FAV INJ CVCT CVC LP

Peso Inicial:

Marca Mod.:

Venoso: FAV INJ CVCT CVC LP

Peso Final:

UF Programado:

UF EFECTIVO:

Valoración de Enfermería:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

