

**REQUERIMIENTO N° 006 -2026/HMD III DE/LOGISTICA**

**"SERVICIO DE IMPRESIONES DEL HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO DE LA III DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AF-2026"**

**1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE**

Hospital Militar Divisionario de la III División de Ejército.

**2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN**

"SERVICIO DE IMPRESIONES DEL HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO III DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AF-2026"

**3. FINALIDAD PÚBLICA**

El presente proceso tiene por finalidad de contratación de servicio de IMPRESIÓN, con el propósito de asegurar la adecuada presentación, conservación y disponibilidad de documentos técnicos, administrativos, asistenciales y de gestión que son elaborados por los distintos departamentos del hospital.

Dicha documentación incluye indicaciones de medicamentos, recetarios médicos y registro diario de atención y otras actividades de salud de atenciones al público, que forman parte de las actividades institucionales.

**4. OBJETIVOS Y UTILIDAD DE LA CONTRATACIÓN**

OBJETIVO GENERAL:

Contratar el SERVICIO DE IMPRESIONES tiene por objetivo garantizar la adecuada presentación, organización y asistenciales generados en diferentes áreas, a fin de facilitar su uso interno, su presentación ante entidades de control y su archivo institucional para presente, AF-2026.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Imprimir formatos administrativos utilizados por las distintas unidades prestadoras de servicios de salud del Hospital Militar Divisionario, que permitan realizar el registro de pacientes y complementar actividades del acto médico.
- Distribuir oportunamente los formatos objeto de la contratación, a las UPSS del Hospital Militar Divisionario III División de Ejército.

- Cumplir con requerimientos normativos y de fiscalización, asegurando el uso físico de formatos apropiados para auditorías, inspecciones y procesos de control.

## 5. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO


### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR

Nº	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	IMPRESIÓN DE "RECETARIOS MEDICOS" EN MATERIAL DE PAPEL PERIODICO Y/O BULKY.	FORMATO A6 VERTICAL MEDIDAS 10.5 CM X 14.8 CM	MILLAR	35
2	IMPRESIÓN DE "INDICACIONES MEDICOS" EN MATERIAL DE PAPEL PERIODICO Y/O BULKY.	FORMATO A6 VERTICAL MEDIDAS 10.5 CM X 14.8 CM	MILLAR	35
3	IMPRESIÓN DE HOJAS HIS - ANVERSO Y REVERSO, EN MATERIAL DE PAPEL PERIODICO Y/O BULKY.	FORMATO A4 HORIZONTAL MEDIDAS 21 CM X 29.7 CM	MILLAR	33
4	IMPRESIÓN DE "PARTE DE ATENCION" CON 01 PAPEL AUTOCOPIABLE.	FORMATO A6, VERTICAL, MEDIDAS 10.5 CM X 14.8 CM, FOLIADO DESDE 28001 AL 43001.	MILLAR	15
5	IMPRESIÓN DE "NOTA DE VENTA" CON 01 PAPEL AUTOCOPIABLE,	FORMATO A6, VERTICAL, MEDIDAS 10.5 CM X 14.8 CM, FOLIADO DEL 00001 AL 2000	MILLAR	3
6	IMPRESIÓN DE "NOTA DE VENTA" CON 01 PAPEL AUTOCOPIABLE,	FORMATO A6, VERTICAL, MEDIDAS 10.5 CM X 14.8 CM, FOLIADO DEL 192001 AL 212001	UND	20
7	LIBRO EMPASTADO CON TAPA DURA X 200 HJAS " REGISTRO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA", MATERIAL PAPEL BOND DE 90 GR	FORMATO A3 HORIZONTAL, MEDIDAS 297 CM X 420 CM, FOLIADO DEL 001 AL 400, ANVERSO Y REVERSO.	UND	2
8	IMPRESIÓN EMPASTADO X 200 HOJAS DE " FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA" CON 02 HOJAS AUTOCOPIABLE DE COLOR,	FORMATO A4 VERTICAL, MEDIDAS 210 CM X 297 CM	UND	2
9	IMPRESIÓN EMPASTADO X 200 HOJAS DE " FORMATO DE REFERENCIA PARA TITULARES Y/O FAMILIARES DEL HOSPITAL MILITAR III DE - AREQUIPA PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD EXTRA MILITARES" CON 02 HOJAS AUTOCOPIABLE DE COLOR,	FORMATO A4 VERTICAL, MEDIDAS 210 CM X 297 CM	UND	1
10	IMPRESIÓN EMPASTADO X 200 HOJAS " REPORTE OPERATORIO" CON 01 HOJA AUTOCOPIABLE DE COLOR.	FORMATO A4 VERTICAL, MEDIDAS 210 CM X 297 CM	UND	3
11	IMPRESIÓN EMPASTADO X 200 HOJAS " LISTA DE VERIFICACION DE PRACTICAS QUIRURGICAS	FORMATO A4 VERTICAL, MEDIDAS 210 CM X 297 CM	UND	3

	SEGURAS " CON 01 HOJA AUTOCOPIABLE DE COLOR.			
12	IMPRESIÓN EMPASTADO X 200 HOJAS " FORMATO DE ANESTESIA HOSPITAL MILITAR III DE - AREQUIPA " CON 01 HOJA AUTOCOPIABLE DE COLOR.	FORMATO A4 VERTICAL, MEDIDAS 210 CM X 297 CM	UND	3
13	CARNET DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS ANVERSO Y REVERSO MEDIDA ESPECIAL EN CARTULINA	FORMTATO ESPECIAL HORIZONTAL 24.3 CM X 64 CM COLOR CELESTE	UND	50
14	CARNET DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS ANVERSO Y REVERSO MEDIDA ESPECIAL EN CARTULINA	FORMTATO ESPECIAL HORIZONTAL 24.3 CM X 64 CM COLOR ROSADO	UND	50
15	REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD EMERGENCIA ANVERSO Y REVERSO	FORMATO A4 VERTICAL MEDIDAS 21 CM X 29.7 CM	UND	700
16	REGISTRO DE EGRESOS HOSPITALARIOS ANVERSO Y REVERSO	FORMATO A4 HORIZONTAL MEDIDAS 21 CM X 29.7 CM	UND	700

**CARÁCTERÍSTICAS DEL SERVICIO A CONTRATAR:**

**ÍTEM 1. IMPRESIÓN DE RECETARIOS MEDICOS, EN MATERIAL DE PAPEL PERIODICO Y/O BULKY**

 Grado:..... Unidad:.....  
 Nombres y apellidos: ..... edad: .....  
 Nombre y dirección del Establecimiento: .....  
 CIP/DNI: ..... Historia clínica: .....

USUARIO	ATENCION	ESPECIALIDAD MEDICA
Demanda <input type="checkbox"/>	consulta extrema <input type="checkbox"/>	medicina <input type="checkbox"/>
Investigación sanitaria <input type="checkbox"/>	emergencia <input type="checkbox"/>	cirugía <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	hospitalización <input type="checkbox"/>	obstetricia <input type="checkbox"/>
	odontología <input type="checkbox"/>	pediatría <input type="checkbox"/>
	otros <input type="checkbox"/>	otros <input type="checkbox"/>

Diagnostico (definitivo presuntivo).....(CIE 10)

Rp/

Medicamento o insumo	concentración	forma farmacéutica	cantidad
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Sello/Firma/Col Profesional      Fecha de Atención      Valido hasta







ÍTEM 4. IMPRESIÓN DE PARTE DE ATENCION MEDICA CON UNA (01) COPIA BLANCO Y AMARILLO



**EJÉRCITO PERUANO  
HOSPITAL MILITAR III DE**  
Calle Huesped Scholz N° 500  
Calle 10a N° 400  
Marino Mégar - Arequipa  
Teléfono 084 - 221658 - 084 - 424592

**PARTE DE ATENCIÓN  
MÉDICA**  
028001

Apellidos y Nombres  
DNI/CIP  
Situación Civil

Fecha

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNID.	TOTAL
[Faint circular stamp]			
TOTAL S/			







**ÍTEM 8. IMPRESIÓN DE HOJAS DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA CON DOS HOJAS AUTOCOPIABLES**



**FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA**

1. DISA/DIRESA: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_  
 EESS: \_\_\_\_\_ 2. Servicio: \_\_\_\_\_ Cartera N°: \_\_\_\_\_

3. Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 GRADO: \_\_\_\_\_ GG/UU: \_\_\_\_\_ UU: \_\_\_\_\_  
 Hist. Clínica: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Referencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. Tipo de Muestra: Espudo  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_  
 5. Antecedente de tratamiento: Nunca tratado  Antes tratado: Recaida  Abandono Recup:  Fracaso   
 6. Diagnóstico: S.R  Seq. Diagnóstico  Rx Anormales  Otro: \_\_\_\_\_  
 7. Control de tratamiento: Mes  Esq TB sensible  Esq DR  Esq MODR  Esq XDR  Otros   
 8. Ex. solicitado: Bacteriología 1ra M  2da M  Otras (especificar N°): \_\_\_\_\_ Cultivo:   
 Prueba de Sensibilidad: Rápida  Especificar: \_\_\_\_\_ Convencional  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Otro examen (especificar): \_\_\_\_\_  
 9. Factores de riesgo TB resistentes a medicamentos: \_\_\_\_\_  
 10. Fecha de obtención de la muestra: \_\_\_\_\_ 11. Calidad de la muestra: Adecuada  Inadecuada   
 12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_  
 13. Observaciones: \_\_\_\_\_

**(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)**

14. RESULTADOS:

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto microbiológico	Resultados (solo marca casilla correspondiente)		
				Negativo (Anormal)	N° BAAR/Colonias	POSITIVO (Anormal o Aumento de colonias)
	Bacteriología					
	Cultivo					

15. Apellidos y Nombres de Laboratorio: \_\_\_\_\_ 16. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_  
 17. Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ÍTEM 9. IMPRESIÓN POR 200 HOJAS DE FORMATO DE REFERENCIA PARA TITULARES Y/O FAMILIARES DEL HMD III DE



**FORMATO DE REFERENCIA PARA TITULARES Y/O FAMILIARES DEL HOSPITAL MILITAR III DE - AREQUIPA PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD EXTRA MILITARES**

**1. DATOS GENERALES**

FECHA:  HORA:  TIPO DE SEGURO:  DEPARTAMENTO:

1. Beneficio directo TITULAR	<input type="checkbox"/>
2. Programa segundo Capa	<input type="checkbox"/>
3. Programa ONCOEP	<input type="checkbox"/>

**2. DATOS DEL PACIENTE:**

Apellidos y Nombres:	SEXO: M F	EDAD:
DNI N°:	CIP N°:	FECHA DE NACIMIENTO:
GRADO:	NUMERO DE CELULAR:	DIRECCION:

**3. DATOS DEL TITULAR:**

Apellidos y Nombres:	SEXO: M F
DNI N°:	CIP N°:
GRADO:	NUMERO DE CELULAR:

**4. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:**

**Anamnesis:**

.....

.....

.....

.....

Funciones Vitales:	(T)	(PA)	(FR)	(FC)
--------------------	-----	------	------	------

**Examen Físico:**

.....

.....

.....

.....

**Exámenes Auxiliares:**

Fecha: / /	Resultados:
Fecha: / /	Resultados:
Fecha: / /	Resultados:

**Diagnostico:**

.....

.....

.....

CIE-10: .....

CIE-10: .....

CIE-10: .....

**5. PROCEDIMIENTO O EXAMEN SOLICITADO:**

.....

.....

No se realiza en la IPRESS Militar correspondiente, debido a inoperatividad o ausencia de:

Equipos:  Dispositivos Médicos:  Materiales:  Recurso Humano:

Infraestructura:  Otro:  Especificar: .....

**6. ESTADO DEL PACIENTE:**

EMERGENCIA:  URGENCIA:  ELECTIVA:

Firma y sello del Médico Tratante  
IPRESS MILITAR

Firma y sello del Director Médico  
IPRESS MILITAR  
KELY CARDENAS MEDINA  
OPL SAN MED



## REPORTE OPERATORIO

Nº 000100

PACIENTE: \_\_\_\_\_

GRADO/UNIDAD: \_\_\_\_\_ NA/DNI: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ Nro. H. CL. \_\_\_\_\_

OPERACIÓN: \_\_\_\_\_

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA DE TERMINO: \_\_\_\_\_

CIRUJANO(S): \_\_\_\_\_

1º AYUDANTE

2º AYUDANTE

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESIÓLOGO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: \_\_\_\_\_

DRENES: \_\_\_\_\_

HALLAZGOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 <b>CONTROL DE INDICADORES DE MATERIAL ESTERILIZADO</b>		
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:	HORA:
<b>ROPA PARA ATENCIÓN:</b>		
PAQUETE A:		
PAQUETE B:		
INDIVIDUALES (media lina, campos, ante otros)		
<b>INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN:</b>		
<b>OTROS EQUIPOS Y/O INSTRUMENTALES:</b>		

Nombre

Firma y Sello







**ÍTEM 14. CARNET DE ATENCION INTEGRAL DE SALUS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS COLOR ROSADO ANVERSO Y REVERSO**



ÍTEM 15. REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD EMERGENCIA ANVERSO Y REVERSO

ANVERSO

Dr. DISAN. 100  
ANEXO

**PERU** Ministerio de Defensa

**REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD EMERGENCIA**

SAA: 280, DISTRICCIÓN: ZONA / ALA, ESTABLECIMIENTO, FECHA: / /

DPTO	PROV.	DST.	ESPECIALIDAD	PROFESIONAL RESPONSABLE DE ATENCION		TURNO	M	T	N	
				RAI / CP	Nº COL. PROF.					
1	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
2	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
3	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
4	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
5	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
6	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
7	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
8	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
9	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										
10	DNE	DISTRITO	UNIDAD	O Oficinas	A Actividad	P	D	R	TCH	
			T Técnicas	D Disponibilidad	M					1
			S Suboficinas	R Retiro						
C Cabaleros	CONDICIÓN	F	2	E	E	E	URG	ESPECIALIDAD		
A Alumnos	CONDICIÓN	F	3							
R Tropas	E Exonerados	Di	1							
F Familiares	D Discapacitados	Max		2						
P Prop. Social		Año	3		P	D	R	CON		
Z Otros										

REG.	HISTORIA CLINICA	PROCESOS	GRUPO	SITUACION	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO O MOTIVO DE ATENCION Y/O ACTIVIDADES DE SALUD	TPO DE DA	CE M. CPY	TIPO DE INGRESO	OTER CONSULTA
11	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
12	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
13	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
14	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
15	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
16	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
17	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
18	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
19	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										
20	DNI	DISTRITO	U	O	1	M	P	D	R	TCN	
			T	A							
			S	D							
			A	Actividad	2	F	P	D	R	URG	SPECIALIST
S	D										
C	R										
			A	Actividad	3	F	P	D	R	CON	
T	A										
S	D										

LEYENDA: TCN: TRAUMA SHOCK EME: EMERGENCIA URG: URGENCIA CON: CONSULTA  
 P: PRESUNTIVO D: DEFINITIVO R: RETERATIVO


FIRMA RESPONSABLE DE LA ATENCION

N° M. AREA DE REGISTRO



ÍTEM 16. REGISTRO DE EGRESOS HOSPITALARIOS ANVERSO Y REVERSO.

ANVERSO



**PERÚ**  
Ministerio de  
Defensa

**REGISTRO DE EGRESOS HOSPITALARIOS**

ESTABLECIMIENTO:

DIVISIÓN / ZONA / ALA:

IAA:

DPTD.	PROV.	DIST.	SERVICIO		RESPONSABLE DEL REGISTRO					FECHA EGRESO	FECHA CURADO	ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE				
			PROCENTE (Apellido y Nombre)	GRUPO	SITUACIÓN	TIPO DE DAÑO	CE 16 / CPT	CONDICIÓN DE ALTA	APELLIDOS Y NOMBRES							
1	DNI			O Oficinas	A Actividad	E Emergencia	M	1	P PDR	C Curado						
													T Técnicos	D Disponibilidad	R Referido	M Mejorado
													S Suboficiales	C Consultorio	F Fallido	R Referido
2	DNI			O Oficinas	A Actividad	E Emergencia	M	1	P PDR	C Curado						
													S Suboficiales	D Disponibilidad	R Referido	M Mejorado
													C Cabos	C Consultorio	F Fallido	R Referido
3	DNI			O Oficinas	A Actividad	E Emergencia	F	2	P PDR	C Curado						
													R Tropa	D Disponibilidad	R Referido	M Mejorado
													F Fuerzas	C Consultorio	F Fallido	R Referido
4	DNI			O Oficinas	A Actividad	E Emergencia	M	1	P PDR	C Curado						
													T Técnicos	D Disponibilidad	R Referido	M Mejorado
													S Suboficiales	C Consultorio	F Fallido	R Referido
5	DNI			O Oficinas	A Actividad	E Emergencia	F	2	P PDR	C Curado						
													R Tropa	D Disponibilidad	R Referido	M Mejorado
													F Fuerzas	C Consultorio	F Fallido	R Referido



Nº	SISTEMA CLÍNICA	PACIENTE (Apellidos y Nombre)	EDAD (Inicial)	GRUPO	SITUACIÓN	CONSEJO DEL PACIENTE (Inicial)	ROAD	SETO	DIAGNOSTICO DE ENFERMO	TIPO DE SOL	CIE 10 / CPT	CONDICION DE ALTA	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE
6	DNI			O	A Actividad	E Emergencia	Día	M	1	PDR		C Curado			
				Y	D Dependibilidad										
				U	R Referido										
7	DNI			O	A Actividad	E Emergencia	Día	M	1	PDR		C Curado			
				Y	D Dependibilidad										
				U	R Referido										
8	DNI			O	A Actividad	E Emergencia	Día	M	1	PDR		C Curado			
				Y	D Dependibilidad										
				U	R Referido										
9	DNI			O	A Actividad	E Emergencia	Día	M	1	PDR		C Curado			
				Y	D Dependibilidad										
				U	R Referido										
10	DNI			O	A Actividad	E Emergencia	Día	M	1	PDR		C Curado			
				Y	D Dependibilidad										
				U	R Referido										

FIRMA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

V-B  
AREA DE REGISTROS



## 6. PERFIL DEL POSTOR

### Capacidad Legal

- Contar con el Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente
- Contar con el Registro Único de Contribuyente RUC, activo y habido.
- No estar impedido contratar con el Estado, conforme al artículo 30 de la Ley General de Contrataciones Públicas – Ley N° 32069

## 7. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

### LUGAR:

Los bienes objeto del presente servicio deberán ser entregados en el Almacén de la Sección de Abastecimiento de la III División de Ejército, ubicado en Avenida Aviación S/N, km 8, Carretera Yura – Cerro Colorado – Arequipa, en el **horario de 09:00 a 14:00 horas**, de lunes a viernes (**días hábiles**).

El proveedor no podrá efectuar entregas fuera del horario establecido, y el **Almacén no está obligado a recibir bienes fuera de los horarios o fechas programadas**. La entrega deberá realizarse cumpliendo con las condiciones establecidas en el contrato y/o orden de servicio y lo indicado en el presente término de referencia.

### PLAZO DE EJECUCIÓN:

Los bienes del presente servicio serán entregados en una (01) sola entrega, en un plazo no mayor a **cinco (05) días hábiles**, contados desde el día siguiente de la notificación de la orden de servicio.

## 8. CONFORMIDAD

La recepción será efectuada por el/la responsable del almacén general de la III División de Ejército y la verificación del cumplimiento de la calidad de los bienes entregados de acuerdo con el término de referencia, como la conformidad de la prestación regulada y dispuesto en el artículo 144° del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, será otorgada al **HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO – III DE**, previo informe con servicios internos en el plazo máximo de cinco (05) días hábiles

De existir observaciones, LA ENTIDAD CONTRATANTE las comunica a EL CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar el cual no debe ser mayor al 30% del plazo del entregable correspondiente, dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD CONTRATANTE

puede otorgar a EL CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar sin considerar los días en los que pudiera incurrir LA ENTIDAD CONTRATANTE para efectuar las revisiones y notificar las observaciones correspondientes.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes del presente servicio manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD CONTRATANTE no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse

## 9. GARANTÍA COMERCIAL

### ALCANCE DE LA GARANTÍA

La garantía comercial de los bienes será de seis (06) meses y tendrá alcance contra defectos de diseño y/o fabricación, presencia de humedad y/o abolladura en las hojas, entre otros supuestos que deben ser especificados, ajenos al uso normal o habitual de los bienes y no detectables al momento que se otorga la conformidad.

### CONDICIONES DE LA GARANTÍA

La garantía cubrirá el reemplazo o reposición de los bienes defectuosos sin costo adicional para LA ENTIDAD CONTRATANTE, a partir de la fecha en la que se otorgó la conformidad de recepción del bien, la cual deberá responder por cualquier desperfecto que impida el uso normal y adecuado de los bienes.

### PERÍODO DE GARANTÍA

EL CONTRATISTA deberá otorgar una **garantía mínima de seis (06) meses** contados a partir de la **conformidad de la recepción del servicio de impresión.**

Durante dicho período, EL CONTRATISTA será responsable de **corregir, reemplazar o reimprimir**, sin costo adicional para LA ENTIDAD CONTRATANTE, cualquier material impreso que presente **defectos de impresión, fallas en el acabado, errores en el contenido autorizado, deterioro prematuro de los materiales utilizados o incumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas** en el presente Término de Referencia.

### INICIO DEL CÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA

El cómputo del periodo de garantía se iniciará a partir de la firma de conformidad de la recepción y verificación por parte del responsable de la recepción de los bienes en el Almacén General de la III División de Ejército, en coordinación con el personal asignado por las ÁREA USUARIA.

## 10. MUESTRAS

Ninguno

## 11. FORMA DE PAGO:

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67° de la Ley.

LA ENTIDAD CONTRATANTE paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles.

LA ENTIDAD CONTRATANTE realiza el pago ÚNICO de la contraprestación pactada a favor del contratista en moneda nacional (sol peruano), en abono en la cuenta bancaria a través del banco de nación o de cualquier otra institución bancaria del sistema Financiero Nacional, para cuyo efecto EL CONTRATISTA comunicara su CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO(CCI), luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 144° del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

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

- Copia de resolución administrativa
- Orden de servicio
- Factura electrónica
- Acta de recepción de servicio (SISCOBAM)
- Conformidad de prestación.
- Informe de conformidad de servicio
- Código de Cuenta interbancaria (CCI)



## 12. PENALIDAD POR MORA

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 CONTRATANTE le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

*Penalidad diaria*= 0,10 x monto

*F x plazos en días*  
*Donde F tiene los siguientes valores*  
*F=0.40*

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato, 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.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme al numeral 120.4 del artículo 120° del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

Las penalidades se deducen de los pagos a cuenta, pagos parciales o del pago final, según corresponda.

### **13. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

EL CONTRATISTA es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de tres (3) meses contados a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE. El contrato puede establecer excepciones para bienes fungibles y/o perecibles, siempre que la naturaleza de estos bienes no se adecue a este plazo.

### **14. GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA, de corresponder, entrega al perfeccionamiento de la Orden de Compra o Servicio la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD CONTRATANTE, en concordancia con el artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, manteniéndose vigente hasta la conformidad de la conformidad de la prestación.

### **15. ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del reglamento de la ley de contrataciones del estado, ofrecido, negociado

o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.

Asimismo, el contratista se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del reglamento de la ley de contrataciones del estado.

Además, el contratista se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

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, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de LA ENTIDAD CONTRATANTE.

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 LA ENTIDAD CONTRATANTE.

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.

## 16. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación.

Cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 82° de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

## 17. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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 144 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

El plazo máximo de responsabilidad de EL CONTRATISTA es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE.

## 18. GESTIÓN DE RIESGOS

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.

Arequipa, 05 de febrero de 2026.



O-225930794-O+  
JORGE ALFREDO BARJA MALDONADO  
Coronel de Artillería  
DIRECTOR GENERAL DEL HMD - III DE