

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 ATENCION DE PACIENTE

I. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la disponibilidad oportuna de formatos de atención de pacientes para el adecuado registro, control, seguimiento y archivo de las atenciones brindadas en los diferentes servicios del hospital.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Se requiere contar con formatos impresos de calidad para el registro de información clínica y administrativa de pacientes atendidos en consulta externa, emergencia, hospitalización y demás áreas asistenciales del hospital.

III. CARACTERISTICAS TECNICAS

Se solicitan diferentes formatos como: Formato 28, Formato de hojas HIS, Formato Epicrisis y Formato sumario según detalle siguiente, en cuadro y fotos:

Ítem	Descripción	Cantidad	Unidad	Características	Código SIGA
1	Formato 28.	30,000	Unidades	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Letras negras Legibilidad: Impresión clara, sin manchas ni borrones Caras: anversos	
2	Formato de hojas HIS.	30,000	Unidades	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Letras negras Legibilidad: Impresión clara, sin manchas ni borrones Caras: anversos	
3	Formato Epicrisis.	5,000	Unidades	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Letras negras Legibilidad: Impresión clara, sin manchas ni borrones	
4	Formato Sumario.	5,000	Unidades	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Letras negras Legibilidad: Impresión clara, sin manchas ni borrones Caras: anversos	

ITEM 1: FORMATO 28 (CARA ANVERSA)

HOSPITAL REGIONAL CUSCO		HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA					
SERVICIO:	FECHA:	HORA:	Edad:	Primera Consulta	<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>
Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):							
ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: Síntomas y signos / Relato:				Tiempo de Enfermedad:			
Funciones Biológicas:	Apetito:	Sed:	Sueño:	Orina:	Deposiciones:		
Examen Físico:	PA:	T°	F C:	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	<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>
Antecedentes (Personales Familiares, epidemiológicos y ocupacionales):							
ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas: Síntomas y signos / Relato:				Tiempo de Enfermedad:			
Funciones Biológicas:	Apetito:	Sed:	Sueño:	Orina:	Deposiciones:		
Examen Físico:	PA:	T°	F C:	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°			

ITEM 3: FORMATO EPICRISIS



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

EPICRISIS



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 _____

Nota: el sumario complementa los otros datos de la epicrisis.

ITEM 4: FORMATO SUMARIO (CARA ANVERSA)

SUMARIO



APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		N° HISTORIA CLINICA	
PISO		SERVICIOS Y N° DE CAMA					
DIRECCIÓN DEL PACIENTE				DEPARTAMENTO		PROVINCIA	DISTRITO
GENERO		RAZA		ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD	
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACIÓN	
NOMBRE DEL PADRE		VIVO O MUERTO		NOMBRE DE LA MADRE		VIVA O MUERTA	
NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA A:			DOMICILIO			TELEFONO	
FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO			DNI:	
DIAGNOSTICO PRINCIPALES: _____ _____ _____ DIAGNOSTICO SECUNDARIOS: _____ _____ _____ _____						CODIGO CIE 10	

COMPLICACIONES:							
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:							
RESULTADO				NECROPSIA: SI () NO ()			
CURADO () MEJORADO () IGUAL () NO TRATADO () RETIRADO () FALLECIDO ()							

CURADO ()

Firma y Sello del Médico tratante

C.P.M. N° _____

HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

	<u>NOMBRE DE PROCEDIMIENTOS</u>	<u>CODIGO CPMS</u>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

Firma y Sello del médico tratante
C.P.M. N°

Nota: Obligatorio tendrá que ser codificado cada procedimiento realizado.
CPM5: Código de procedimiento médico o sanitario.

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.11 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 10 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 Almacen 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