

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Órgano y/o Unidad Orgánica:	PROGRAMAS PRESUPUESTALES
Actividad del POI/Acción Estratégica PEI:	0002-50000053-3330501 ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO.
Denominación de la Contratación:	ADQUISICION DE: <ul style="list-style-type: none"> • TARJETA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO PARA VARON Y MUJER. • FORMATO DE HOJA DE TRATAMIENTO.

I. FINALIDAD PÚBLICA

La adquisición de las tarjetas tiene como finalidad mantener identificados a los recién nacidos que se encuentran hospitalizados en nuestro durante la permanencia en el servicio de neonatología y las tarjetas de tratamiento para el registro del tratamiento médico indicado.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de tarjetas de identificación del recién nacido y tarjetas de tratamiento para su uso durante su permanencia en el servicio de neonatología.

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Nº	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	TARJETA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO VARON	10	CIENTO
2	TARJETA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO MUJER	10	CIENTO
3	FORMATO DE HOJA DE TRATAMIENTO	02	MILLAR

3.2 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:

1. TARJETA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO VARON

Tamaño: 19 cms X 14 cms.

Cartulina Blanca satinada

Borde de color rosado según modelo.

Impresión de acuerdo a modelo adjunto.

**HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**

Nº CUNA CAMA CNV TAMIZAJE

NOMBRE DE LA MADRE: DNI:

NOMBRE DEL RN:

SEXO: Fecha de Nacimiento: Hora:

PESO: gr. Talla: cm PC: cm EG: sem.

APAGAR 1' 5' 10' GRUPO SANGUÍNEO

TIPO DE PARTO DX

FECHA DE ALTA PESO DE ALTA

VACUNAS: BCG ANTIHEPATITIS B.....

TELÉFONO Y/O CELULAR SIS:

CONTACTO PIEL A PIEL NO () SI () TIEMPO.....

LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA: NO () SI () TIEMPO.....

Fecha Hospitalización INT: A:..... B UCIN ALTA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL HONORIO DELGADO
 Lic. Delfino Chávez Ferrer
 CEP: 6870 ENFERMERA-5675

2. TARJETA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO MUJER

Tamaño: 19 cms. X 14 cms.

Cartulina Blanca satinada

Borde de color celeste según modelo.

Impresión de acuerdo a modelo adjunto

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Nº CUNA CAMA CNV TAMIZAJE

NOMBRE DE LA MADRE: DNI:

NOMBRE DEL RN:

SEXO: Fecha de Nacimiento: Hora:

PESO: gr. Talla: cm PC: cm EG: sem.

APGAR 1': 5' 10' GRUPO SANGUÍNEO

TIPO DE PARTO DX

FECHA DE ALTA PESO DE ALTA

VACUNAS: BCG ANTIHEPATITIS B.

TELÉFONO Y/O CELULAR SIS:

CONTACTO PIEL A PIEL NO () SI () TIEMPO

LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA: NO () SI () TIEMPO

Fecha Hospitalización INT: A..... B UCIN ALTA

INDICACIONES MEDICAS

1. DAR DE LACTAR AL BEBE, CADA VEZ QUE LO PIDA, DE DÍA Y DE NOCHE, A LIBRE DEMANDA (8 A 12 VECES EN 24 HORAS).
2. Despierte a su bebe para lactar, si duerme más de 3 horas o si sus pechos están llenos.
3. Si su bebe: abre la boca, saca la lengua, pone la mano en la boca, mueve la cabeza de atrás hacia adelante, significa que TIENE HAMBRE: dele de lactar.
4. Si usted necesita ayuda con la lactancia, acuda al consultorio de Pediatría, Neonatología o crecimiento y desarrollo.
5. El baño es a partir del 3er. día de vida, con agua tibia y jabón de glicerina.
6. No use biberón, no chupón, no champú, no talco y no aceite.
7. Usar ropa de algodón. Evite la lana y el polar. No lo abrigue mucho.
8. Limpiar la base del cordón umbilical con alcohol puro, 1 vez por día.
9. Vigilar signos de alarma: fiebre, no quiere lactar, se ve amarillo, color azulado en los labios, secreción por los ojos, orina escasa, llora mucho ACUDIR AL HOSPITAL.

10. EL TAMIZAJE NEONATAL es muy importante para descartar enfermedades congénitas raras. Se realiza a partir del 3er. Día, hasta los 10 días de vida. Debe contar con SIS: Tamizaje Neonatal toma de muestras FECHA Resultado

Hipotiroidismo Congénito.....
Fenilcetonuria
Hiperplasia suprarrenal
Fibrosis Quística

Cita para Tamizaje.....

Control por Consultorio de Neonatología.....

FIRMA del MÉDICO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HONORIO DELGADO

Lic. Delia
RNE: 5670
ENFERMERA

**3. FORMATO DE HOJA DE TRATAMIENTO
01 MILLAR DE ESTAS CARACTERISTICAS**

- Cartulina celeste satinada
- Con medida de 6 cms. X 8 cms.
- Con impresión de modelo que se adjunta.

NEONATOLOGIA

H.G.H.D.

Nombre.....

Dextrosa.....%..... CC

CL Na.....%..... CC

CL K.....%..... CC

NPT..... CC

Agregados:

.....

.....

Dextrosa 33 %..... CC

Sulfato..... CC

Agua destilada..... CC

Pasar.....a.....ugts

I.....

II.....

Fecha...../...../..... Cambio...../...../.....

4. 01 MILLAR DE ESTAS CARACTERISTICAS

- Cartulina rosada satinada

Con medida de 13 cms. X 10 cms.

- Con impresión de modelo que se adjunta.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL MONDRIO DELGADO

[Signature]
Lic. Delia Chávez Veyaray
C.E.P.: 19779 INRE: 0678
ENFERMERA

TARJETA DE TRATAMIENTO

H.G.H.D.
NEONATOLOGÍA

SECTOR: _____ CUNA: _____

Nombre: _____

LME LPP LM 14% _____ CC.C/ _____ hrx _____ T

RG: _____ VIA : _____

BH: _____ PICC : _____

SOG : _____

Terapéuticas Especiales

Fecha: _____/_____/_____

Baño: _____

	No Corresponde
V.	ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN
	No corresponde
VI.	GARANTÍA COMERCIAL
	No corresponde
VII.	MUESTRAS
	No corresponde
VIII.	PRESTACIONES ACCESORIAS
	No corresponde
IX.	REQUISITOS DEL PROVEEDOR
	- Contar con RUC vigente - Contar con RNP vigente
X.	LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN
	LUGAR: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Av. Daniel Alcides Carrión 505 PLAZO: la entrega en 08 días calendario
XI.	CONFORMIDAD
	La conformidad será otorgada por la responsable del PPR del Servicio de Neonatología o el Coordinador de Programas Presupuestales.
XII.	FORMA Y CONDICIONES DE PAGO
	El pago se realizará en una (01) solo pago, en soles, previa conformidad otorgada por el Área Usuaría de cada Programas Presupuestal o la Coordinadora de Programas Presupuestales. Para efectos del pago la Entidad debe contar como mínimo con la siguiente documentación: a) Guía de remisión donde se verifique la recepción del bien requerido por parte de la Unidad de Almacén. b) Documento del funcionario responsable de la Oficina de Control Patrimonial, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada. c) Comprobante de Pago.
XIII.	GARANTÍAS
	NO CORRESPONDE
XIV.	RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR
	El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.
XV.	PENALIDADES POR MORA
	<u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u> En caso de retraso injustificado del proveedor 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: Penalidad diaria = $0.10 \times \text{monto}$ F x plazo en días Donde F tiene los siguientes valores: a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F = 0.40. b) Para plazos mayores a sesenta (60) días: b.1) Para bienes, servicios y consultorías: F = 0.25. b.2) Para obras: F = 0.15. 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 proveedor 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,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HONORIO DELGADO
[Firma]
Dalia Chávez Tururay
RNE: 18379
E-VERMERA

XVI. OTRO TIPO DE PENALIDADES (De Corresponder)
XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL
No corresponde
XVIII. SANCIONES
EL PROVEEDOR se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, siendo aplicable lo previsto en el artículo 50 del TUO de la LEY.
XIX. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN
<p>EL PROVEEDOR 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, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.</p> <p>Asimismo, EL PROVEEDOR 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, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.</p> <p>Además, EL PROVEEDOR debe 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.</p>

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HONORIO DELGADO

Lic. Delia Chávez Vergaray
CEP: 18979 RNE: 5679
ENFERMERA

*Firma del Jefe del Área Usaria o
Coordinadora de Programas Presupuestal*