

ANEXO 1

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

Órgano y/o Unidad Orgánica:	DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA
Actividad del POI:	Programa de Prevención y Control de Cáncer – Hospital Regional del Cusco.
Denominación de la Contratación:	Servicio de impresión de formatos de receta médica autocopiable para el Programa de Prevención y Control de Cáncer del Hospital Regional del Cusco.

1. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la disponibilidad de formatos de receta médica para la adecuada atención de pacientes oncológicos, contribuyendo al cumplimiento de las metas del programa de prevención, monitoreo, supervisión, evaluación y control del cáncer, en el marco de los servicios de salud brindados por el Hospital Regional del Cusco.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

El servicio consiste en la impresión de formatos de receta médica auto copiable.

3. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO

Debe cumplir con las siguientes características:

- Número de copias: 3 (original + 2 copias)
- Tipo de papel: Papel autocopiable
- Tamaño y diseño: Según formato adjunto
- Impresión: Alta calidad, Tinta: Negro
- Presentación: Talonarios de 50 juegos (triplicados) cada uno

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Receta e indicaciones médicas	5,000 recetarios

4. GARANTÍA COMERCIAL

El proveedor garantizará la calidad de la impresión, debiendo reponer sin costo alguno cualquier material defectuoso.

5. 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.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

6. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION

Lugar: Almacén Central del Hospital Regional Cusco

Plazo: Cinco (05) días calendario, contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio

7. ENTREGABLES

El proveedor deberá realizar una sola entrega de los formatos solicitados en condiciones óptimas y conforme a lo solicitado.

8. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad será otorgada por: Coordinador(a) del Programa de Prevención y Control de Cáncer
Prevía verificación de: Cantidad, Calidad de impresión y Cumplimiento de TDR.

9. FORMA DE PAGO


Luz Elvira
LIC. ENFERMERIA RCP ONG
C.E.P. 30950 - RNE: 13877

Pago único, previa presentación de: Conformidad del servicio, Presentación de comprobante de pago Y Acta de conformidad correspondiente.

10. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

El contratista es responsable por la calidad del servicio brindado y por los defectos que pudieran presentarse.

11. 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:

Penalidad diaria = $0.10 \times \text{monto}$

$F \times \text{plazo en días}$

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.

12. 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 sobreveniente 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.

13. CLÁUSULA ANTICORRUPCIÓN

El contratista se compromete a no incurrir en actos de corrupción, conforme a la normativa vigente.

14. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.


Luz Elvira Mora Alvarez
LIC. ENFERMERIA ESP. ONC
C.E.P. 39950 RNE. 12823

Firma

Área usuaria o técnica estratégica



NOMBRE:

ESQUEMA:

FECHA:

DIAGNOSTICO:

CIE 10:

CICLO:

CAMA:

HISTORIA CLINICA:

PREFACTURA:

FECHA DE ADMINISTRACIÓN

PESO:

TALLA:

SC.

CR:

DCR:

FEV1:

PREMEDITACIÓN	DOSIS	INDICACIÓN	CANTIDAD
RANITIDINA 50 MG /2ML			
DEXAMETASONA 4 MG/2ML			
ONDASETRON 8MG/4ML			
CLORFENAMINA 10MG/ML			
PARACETAMOL 500 MG TB			
METAMIZOL 1 GR/2ML			
ATROPINA 1 GR AMP			
SULFATO DE MAGNESIO AMP			
MANITOL 20%X 500 CC			
EQ VOLUTROL			
LLAVE TRIPLE VIA			
CATERER N° 22 () Y/O CATETER N° 20 ()			
GUANTES Q N° 61/2			
NACL 9% X 1L			
DX (5% X 1L)			
KALIUM			

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA:

[illegible]

INSUMOS Y DISPOSITIVOS

INSUMO Y/O DISPOSITIVO	CANTIDAD	NOTAS DE ENFERMERÍA:
NACL 9% X 1L		
NACL 9% X 500 CC		
NACL 9% Y 100 CC		
DX 5% X 1L		
DXS% X 500 cc		
EQ. VENOCLISIS		
JERINGAS 20 CC		
JERINGAS CC		
JERINGA 50 CC		
AGUJAS N° 18		
AGUA DESTILADA AMP.		
GUANTES Q. N° 6 1/2		
APÓSITO DE GASA		
GASA 10 CM X10 CM		
CAMPO QUIRÚRGICO		
PUNZÓN CON FILTRO		

FECHA:

CICLO:

CAMA:

PREFACTURA:

FECHA DE ADMINISTRACIÓN

TALLA:

SC:

CR:

DCR:

FEV1:

PREMEDITACIÓN	DOSIS	INDICACIÓN	CANTIDAD
RANITIDINA 50 MG /2ML			
DEXAMETASONA 4 MG/2ML			
ONDASETRON 8MG/4ML			
CLORFENAMINA 10MG/ML			
PARACETAMOL 500 MG TB			
METAMIZOL 1 GR/2ML			
ATROPINA 1 GR AMP			
SULFATO DE MAGNESIO AMP			
MANITOL 20%X 500 CC			
EQ VOLUTROL			
LLAVE TRIPLE VIA			
CATERER N° 22 () Y/O CATETER N° 20 ()			
GUANTES Q N° 61/2			
NACL 9% X 1L			
DX (5% X 1L)			
KALIUM			

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA:

[illegible]

INSUMOS Y DISPOSITIVOS

INSUMO Y/O DISPOSITIVO	CANTIDAD	NOTAS DE ENFERMERÍA:
NACL 9% X 1L		
NACL 9% X 500 CC		
NACL 9% Y 100 CC		
DX 5% X 1L		
DXS% X 500 cc		
EQ. VENOCLISIS		
JERINGAS 20 CC		
JERINGAS CC		
JERINGA 50 CC		
AGUJAS N° 18		
AGUA DESTILADA AMP.		
GUANTES Q. N° 6 1/2		
APÓSITO DE GASA		
GASA 10 CM X10 CM		
CAMPO QUIRÚRGICO		
PUNZÓN CON FILTRO		

Firma y sello de Médico tratante

Firma y sello de Químico Farmacéutico

Firma y sello de Licenciada en Enfermería

NOMBRE:

ESQUEMA:

FECHA:

DIAGNOSTICO:

CIE 10:

C/CLO:

CAMA:

HISTORIA CLINICA:

PREFACTURA:

FECHA DE ADMINISTRACIÓN

PESO:

TALLA:

SC:

CR:

DCR:

FEV1:

PREEDITACIÓN	DOSIS	INDICACIÓN	CANTIDAD
RANITIDINA 50 MG /2ML			
DEXAMETASONA 4 MG/2ML			
ONDASETRON 8MG/4ML			
CLORFENAMINA 10MG/ML			
PARACETAMOL 500 MG TB			
METAMIZOL 1 GR/2ML			
ATROPINA 1 GR AMP			
SULFATO DE MAGNESIO AMP			
MANITOL 20%X 500 CC			
EQ VOLTROL			
LLAVE TRIPLE VIA			
CATERER N° 22 () Y/O CATETER N° 20 ()			
GUANTES Q N° 61/2			
NACL 9% X 1L			
DX (5% X 1L)			
KALIUM			

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA:

[illegible]

INSUMOS Y DISPOSITIVOS

INSUMO Y/O DISPOSITIVO	CANTIDAD	NOTAS DE ENFERMERÍA:
NACL 9% X 1L		
NACL 9% X 500 CC		
NACL 9% Y 100 CC		
DX 5% X 1L		
DXS% X 500 cc		
EQ. VENOCLISIS		
JERINGAS 20 CC		
JERINGAS CC		
JERINGA 50 CC		
AGUJAS N° 18		
AGUA DESTILADA AMP.		
GUANTES Q. N° 6 1/2		
APÓSITO DE GASA		
GASA 10 CM X10 CM		
CAMPO QUIRÚRGICO		
PUNZÓN CON FILTRO		