

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000590

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00567

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :		Fax :	
Email :		Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	SERVICIO DE IMPRESION DE TARJETAS DE CONTROL NEONATAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HRGDV		

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
SERVICIO	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL SE ADJUNTA TDR	
<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;



**FORMATO N° 02**  
**TERMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATACION DE SERVICIOS EN GENERAL**

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Servicio de Neonatología del HRGDV-A
Actividad del POI:	C0029- Atención Inmediata de Recién Nacido
Denominación de la Contratación:	Contratación del servicio de impresión de carnet de control de crecimiento para el servicio de Neonatología del HRGDV.

<b>I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)</b>					
Por el Servicio de Neonatología con la finalidad de vaciar datos de la atención inmediata del Recién nacido, lo cual esta normados para la atención del RN y monitoreo por la DIRESA.					
<b>II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)</b>					
Contratar un servicio de elaboración e impresión de carnet de control de recién nacido para el Servicio de atención inmediata del RN correspondiente al Servicio de Neonatología del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega					
<b>III. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)</b>					
3.1 Descripción de los bienes a contratar					
N.º	Descripción del formato	Tipo de impresión	Cantidad	Material de impresión	Tamaño
1	Carnet de control de crecimiento color celeste (niño)	Multicolor	01 millar	Foldcote N° 12	31x21.5cm
2	Carnet de control de crecimiento color rosado (niña)	Multicolor	01 millar	Foldcote N° 12	31x21.5cm
- SEGÚN EL MODELO QUE SE ADJUNTA					
<b>IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)</b>					
No aplica					
<b>V. SEGUROS (De corresponder)</b>					
NO APLICA					
<b>VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)</b>					
NO APLICA					
<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>• RUC habilitado</li> <li>• REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES-RNP-habilitado</li> <li>• PERSONA NATURAL O JURIDICO SIN IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR DEL ESTADO</li> </ul>					
<b>IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)</b>					
Lugar: En el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay.					
Plazo: 07 días después de la orden de servicio no bien					
<b>X. CONFORMIDAD (Obligatorio)</b>					
La conformidad del servicio será otorgada por el servicio de Neonatología del HRGDV-A, previa verificación del cumplimiento de servicio.					
<b>XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)</b>					
La entidad debe pagar las contraprestaciones en un solo PAGO UNICO pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad del servicio, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.					
<b>XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA</b>					

  
 Mg. Sonia Mariluz Peña Marquez  
 JEFE SERVICIO NEONATOLOGIA  
 Especialista en Pediatría  
 CEP. 43916 RE. 8771 RMg. 2529

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.

### **XIII. PENALIDADES (Obligatorio)**

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 x Monto**

**F x Plazo en días**

Donde F tendrá el siguiente valor: 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.

### **XIV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)**

NO APLICA

### **XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)**

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.

  
.....  
Mg. Sonia Mariluz Peña Marquez  
JEFE SERVICIO NEONATOLOGIA  
Especialista en Pediatría  
CEP. 43916 RE. 0771 RMg. 2529

Área usuaria

# CONTROLES DEL RECIÉN NACIDO

## 1er. CONTROL CRED

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 2do. CONTROL CRED

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 3er. CONTROL CRED

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 4to. CONTROL CRED

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

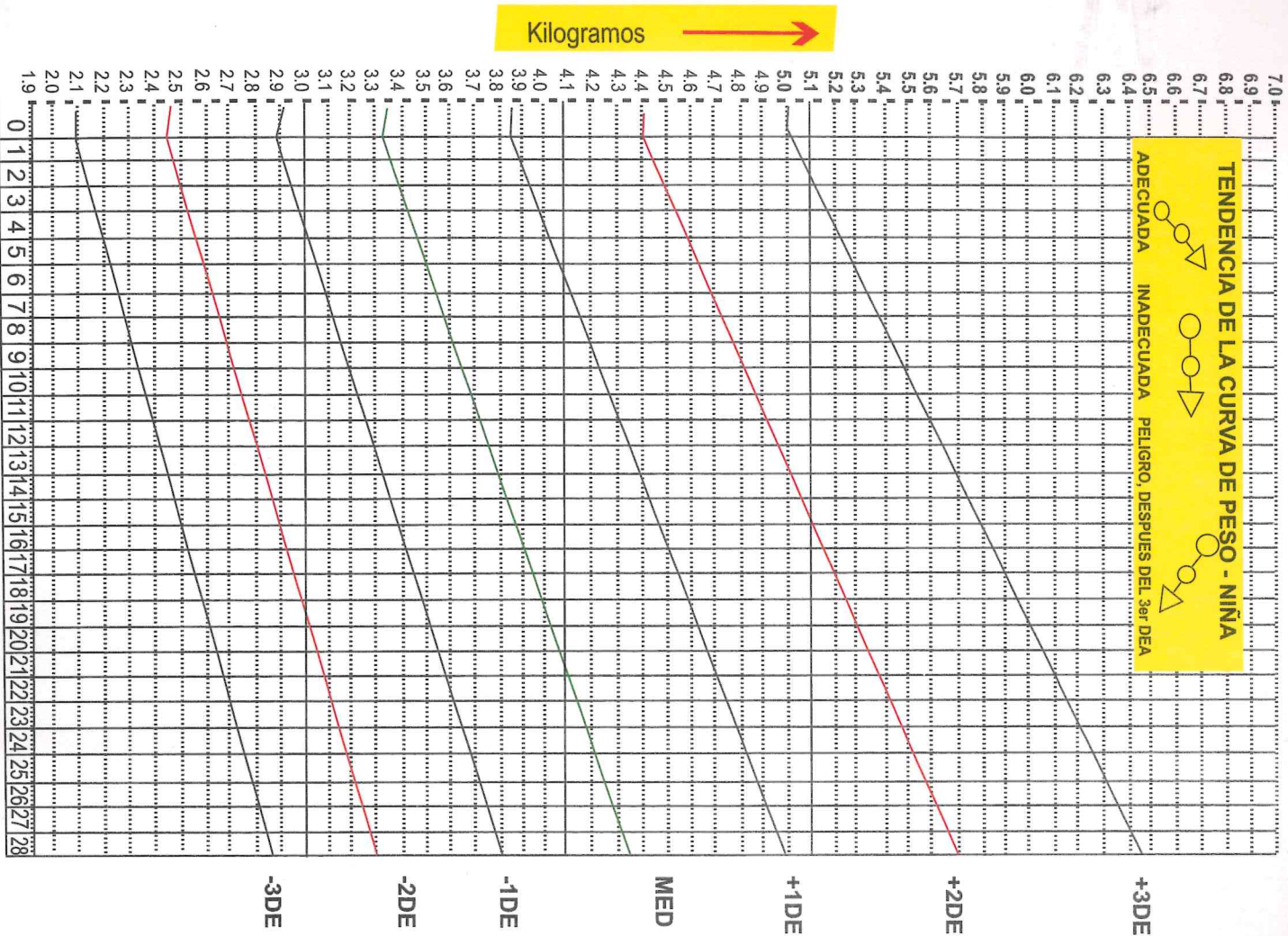
GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## GANANCIA DE PESO NEONATAL DEL NIÑA

EDAD (Días)	INCREMENTO DE PESO POR PESO AL NACER (gr)			
	2000 - 2500	2500 - 3000	3000 - 3500	3500 - 4000
0 - 7	100	100	200	100
7 - 14	200	200	300	300
14 - 21	300	350	330	350
21 - 30	300	350	330	350



EDAD (DÍAS)

Kilogramos

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

GESTACIÓN: NORMAL  RIESGO

N° CPNS  INICIO CPNS  SEMANAS

PARTO INSTITUCIONAL  DOMICILIARIO  NORMAL  COMPLICADO

RN: NORMAL (SI) (NO)  BPN (SI) (NO)  PREMATURO (SI) (NO)

**FACTORES DE RIESGO NEONATAL:**

HOSPITALIZACIÓN PREVIA SI  NO  NECESITO REANIMACIÓN AL NACER: SI  NO   
 ENGELALOPATÍA NEONATAL: SI  NO  ASFIXIA AL NACIMIENTO: SI  NO   
 MALFORMACIÓN CONGENITA: SI  NO  OTRO: SI  NO   
 ESPECIFICAR:

TAMIZAJE NEONATAL: SI ( ) NO ( ) 1ra. MUESTRA  2da. MUESTRA

SIGNOS DE ALARMA NEONATAL	1° CRED		2° CRED		3° CRED		4° CRED	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SUCCIONA								
SUCCIONA DEBIL								
FRECUENCIA RESPIRATORIA ≥ 60/MIN.								
TEMPERATURA < 35.5 °C								
TEMPERATURA < 37.5 °C								
ICTERIA NEONATAL PATOLÓGICA								
CONVULSIONES								
MOVIMIENTOS SOLO AL ESTIMULO								
TIRAJE								
OMBLIGO CON SIGNOS INFLAMATORIOS								
VÓMITOS								



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC**  
**HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA**  
**CARNET DE CRECIMIENTO NEONATAL**  
**NIÑA**



LUGAR DE NACIMIENTO:  N° H.C.I.:

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:  HORA:  ARGAR: 1 MIN  5 MIN

PESO AL NACER:  TALLA:  PC:  PT:  EG POR CAPURRO:  SEM.

BCG:  HVB:  G.S.:  FACTOR  HB

CORTE TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL:  MIN. CONTACTO PIEL A PIEL  MIN.

INICIO DE LACTANCIA MATERNA:  MIN.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO: SI  NO

DNI N°  CNV N°

FECHA DE ALTA  PESO DE ALTA:

LUGAR DE ATENCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE:

DOMICILIO ACTUAL:

COMUNIDAD/SECTOR:

N° DE CELULAR MADRE  PADRE   
 N° DE CELULAR DEL E.E.S.S.



# CONTROLES DEL RECIÉN NACIDO

1er. CONTROL CRED

PRÓXIMA CITA: / /

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: / /

2do. CONTROL CRED

PRÓXIMA CITA: / /

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: / /

3er. CONTROL CRED

PRÓXIMA CITA: / /

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: / /

4to. CONTROL CRED

PRÓXIMA CITA: / /

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO (g): \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

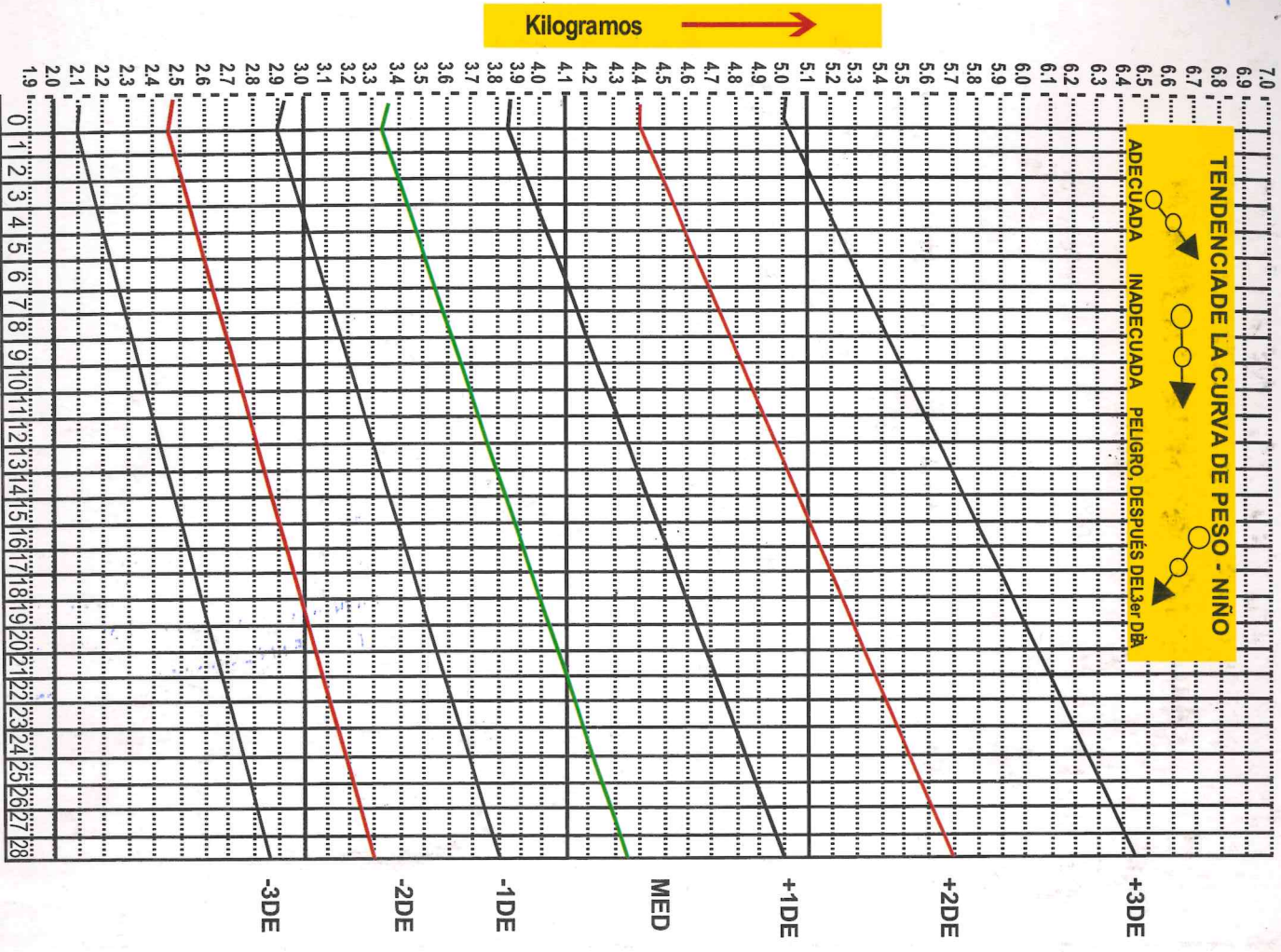
GANANCIA DE PESO: ADECUADO ( ) INADECUADO ( )

FECHA DE ATENCIÓN: / /

## GANANCIA DE PESO NEONATAL DEL NIÑO

### INCREMENTO DE PESO POR PESO AL NACER (gr.)

EDAD (Días)	2000 - 2500	2500 - 3000	3000 - 3500	3500 - 4000
0 - 7	100	100	200	100
7 - 14	200	200	300	300
14 - 21	300	350	330	350
21 - 30	300	350	330	350



EDAD (DÍAS)

- Diagnóstico de acuerdo a esta ganancia de peso

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

GESTACION: NORMAL

RIESGO

Nº CPNS

INICIO CPNS

SEMANAS

PARTO INSTITUCIONAL

DOMICILIARIO

NORMAL

COMPLICADO

RN: NORMAL (SI) (NO)

BPN (SI) (NO)

PREMATURO (SI) (NO)

**FACTORES DE RIESGO NEONATAL:**

HOSPITALIZACION PREVIA



NECESITO REANIMACION AL NACER:



ENCEFALOPATIA NEONATAL:



ASFIXIA AL NACIMIENTO:



MALFORMACION CONGENITA:



OTRO:



ESPECIFICAR:

TAMIAJE NEONATAL: SI ( ) NO ( ) 1ra. MUESTRA

2da. MUESTRA

SIGNOS DE ALARMA NEONATAL	1º CRED		2º CRED		3º CRED		4º CRED	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SUCCIONA								
SUCCIONA DEBIL								
FRECUENCIA RESPIRATORIA ≥60/MIN.								
TEMPERATURA < 35.5 °C								
TEMPERATURA < 37.5 °C								
ICTERICIA NEONATAL PATOLOGICA								
CONVULSIONES								
MOVIMIENTOS SOLO AL ESTIMULO								
TIRAJE								
OMBLIGO CON SIGNOS INFLAMATORIOS								
VÓMITOS								



GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC

**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
**CARNET DE CRECIMIENTO NEONATAL**  
**NIÑO**



LUGAR DE NACIMIENTO:

Nº H.C.I.:

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORA:

APGAR: 1 MIN.

5 MIN.

PESO AL NACER:

TALLA:

PC:

PT:

EG POR CAPURO:

SEM.

BCG:

HVB:

G.S.

FACTOR

HB

CORTE TARDIO DEL CORDON UMBILICAL:

MIN.

CONTACTO PIEL A PIEL

MIN.

INICIO DE LACTANCIA MATERNA:

MIN.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO:

SI

NO

DNI Nº

CNV Nº

FECHA DE ALTA

PESO DE ALTA:

LUGAR DE ATENCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE:

DOMICILIO ACTUAL:

COMUNIDAD/SECTOR:

Nº DE CELULAR MADRE

PADRE

Nº DE CELULAR DEL EE.SS.

