

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000593

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00569

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha :
Concepto :	Moneda : S/.

Concepto : ADQUISICION DE LIBRO DE RECLAMACIONES Y FLUJOGRAMAS PARA EL PAUS DEL HRGDV

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20	UNIDAD	475100016055	FORMATO DE ATENCIÓN - FLUJOGRAMA DE PROCESO DE ATENCION DE CONSULTAS = 10 UND - FLUJOGRAMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS = 10 UND		
2	UNIDAD	475100030817	LIBRO DE RECLAMACIONES TAMAÑO A4 AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) X 100 JUEGOS		
2	UNIDAD	717200140210	LIBRO DE REGISTRO DE RECLAMACIONES X 100 HOJAS SE ADJUNTA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		
				TOTAL	

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° 01

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES



Órgano y/o Unidad Orgánica:	Plataforma de Atención al Usuario en Salud - PAUS
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	Adquisición de Libro de Reclamaciones en Salud para Plataforma de Atención al Usuario en Salud - PAUS y Flujogramas de atención de Reclamos y Flujograma de atención de consultas del Hospital Guillermo Díaz de La Vega.

I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

El presente proceso busca contar con la adquisición de Libro de Reclamaciones en Salud y Ficha de Reclamaciones en Salud para Plataforma de Atención al Usuario en Salud - PAUS del Hospital Guillermo Díaz de La Vega. Para que registren sus quejas los usuarios que acuden al establecimiento por supuesta vulneración de sus derechos en salud, así como Flujograma de atención de reclamos y Flujograma de atención de consultas en material vinil resistente con pega pega.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

- Adquisición de Libro de Reclamaciones en Salud para Plataforma de Atención al Usuario en Salud - PAUS del Hospital Guillermo Díaz de La Vega.
- Adquisición de Ficha de Reclamaciones en Salud para Plataforma de Atención al Usuario en Salud - PAUS del Hospital Guillermo Díaz de La Vega.
- Flujograma de atención de **CONSULTAS** en material vinil resistente con pega pega.
- Flujograma de atención de **RECLAMOS** en material vinil resistente con pega pega.

III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	02	UNIDAD	Libro de Reclamaciones en Salud
02	02	UNIDAD	Ficha de Reclamaciones en Salud
03	10	UNIDAD	Flujogramas de proceso de atención de consultas.
04	10	UNIDAD	Flujogramas de proceso de atención de reclamos

CARACTERÍSTICAS DE LIBRO Y FICHA DE RECLAMACIONES:

- TIPO: LIBRO DE 100 PÁGINAS (EMPASTADO Y COCIDO)
- MEDIDAS: Tamaño Oficio de 0.30m de largo por 0.20m de ancho
- Libro y Ficha de Reclamaciones de 100 Páginas con dos hojas autocopiativas ver hoja adjunto y coordinar con área usuaria como indica:
- **Libro de Reclamaciones en Salud:** De 300 a 399 y 400 a 499
- **Ficha de Reclamaciones Numeración de en Salud:** De 400 a 499 y 500 a 599

CARACTERÍSTICAS DE FLUJOGRAMAS:

- **Flujogramas de atención de consultas:** De 0.60 m de largo x 0.25 m de ancho
- **Flujogramas de atención de reclamos:** De 0.60 m de largo x 0.25 m de ancho

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

En conformidad de siguiente Normativa de SUSALUD equivalente, cuyo alcance involucra al proceso de fabricación del papel.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

NO APLICA

VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)



NO APLICA
VII. MUESTRAS (De corresponder)
NO APLICA
VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)
• Persona natural o jurídica • Estar habilitado para contratar con el estado • Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes. • RUC Activo y Habido
IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)
Lugar: Se realizará la entrega en el ALMACEN CENTRAL del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay. Plazo: Por un plazo de 07 DÍAS CALENDARIOS a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra.
X. CONFORMIDAD (Obligatorio)
La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas. La recepción será otorgada por el encargado del Área de almacén Central del HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA y la conformidad será otorgada por el JEFE DE ALMACEN CENTRAL Y EL AREA USUARIA, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.
XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)
El pago se realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del Contratista, en moneda nacional, en un ÚNICO PAGO, en conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley. El HRGDV 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 realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en soles (S/.) con abono en cuenta bancaria (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 debe contar con la siguiente documentación: – Acta de Conformidad de la recepción – Guía de remisión – Comprobante de Pago - Factura 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.
XII. 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.
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 = $0.10 \times \text{Monto}$

$F \times \text{Plazo en días}$

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. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

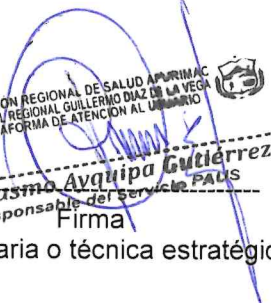
Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

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.

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO


Mg. Erasmo Arquiza Gutiérrez
Responsable del Servicio PAUS
Firma

Área usuaria o técnica estratégica

FICHA DE RECLAMACIONES EN SALUD

Nº 07

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
Av. Daniel A. Carrión s/n - Abancay - Apurímac

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

CÓDIGO DE LA IPRESS N° 007719

FECHA DE OCURRENCIA

24/01/24

FECHA DE RECLAMO

24/01/24

Nº 000141

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RONALDO COLOCA BENTES

E-MAIL: RCB-1565@GMAIL.COM

DOMICILIO: Jr. SANIDAD YN - ABANCAY

TELÉFONO: 95729731

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO

2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

MI PERSONA VIENE RECIBIENDO TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA DESDE EL 06-01-24 CON LA LIC. MAURA A HORAS 17.00 POR INDICACIÓN MÉDICA 10 SESIONES, TAL ES ASÍ QUE COMO LA HABITUAL ME APROXIMO AL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA A ENTREGAR MIS FORMULARIOS PARA QUE ME LLAMEN LA LIC. DETUENO (NO TIENE IDENTIFICACIÓN ALGUNA) EN FORMA PREPOTENTE ME INDICA QUE TIENES QUE REPROGRAMAR PARA OTRA FECHA Y NO QUIERO ATENDERME PERJUDICANDO LA CONTINUIDAD DE MI TRATAMIENTO

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI () NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

FIRMA O HUELLA DIGITAL
EN CASO DE SER PERSONA
ILETRADA

FIRMA

HUELLA DIGITAL

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO
DETALLE DE LA SOLUCIÓN

Solucionado el problema por haber conseguido programación en Terapia Física firmando al pie su conformidad.

24/01/2024

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LA FIRMA
RECLAMACIONES EN SALUD

FIRMA

FIRMA

FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO
DE SER PERSONA ILETRADA

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA
FICHA DE RECLAMACIONES EN SALUD

*Las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles
*Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS O IPRESS, o que dependen de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo.

USUARIO

LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

Nº 09

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Av. Daniel A. Carrion s/n - Abancay - Apurimac

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

CÓDIGO DE LA IPRESS N° 007719

FECHA DE OCURRENCIA

01/02/2024

FECHA DE RECLAMO

01/01/2024

Nº 000152

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

Manuel A. Alvarado

E-MAIL:

DOMICILIO:

Av. Condorcanqui 100

TELÉFONO:

088493726

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

() DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

1684832

2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

() DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podra continuar al reverso de la hoja)

Llevo esperando desde las 7am hasta las 12 de medio día a que me atiendan y solo se me puso un analgésico, el medico no evaluó adecuadamente. EL PERSONAL ESTA PREOCUPADO Y OCURRAN EN LA FLEBOMIA (carreteras Camarados) No se me avisa no se me evalúa, el dolor es fuerte. Si medico no aparece con la justificación que esta en sala de espera cuando claramente se le ha conversado con las enfermeras

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (X) NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

FIRMA O HUELLA DIGITAL
EN CASO DE SER PERSONA
ILETRADA

FIRMA

HUELLA DIGITAL

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO
DETALLE DE LA SOLUCIÓN

Se aclara el hecho, que el personal de turno normalmente cumplen su turno, asimismo el médico evaluó antes de indicar analgésico, por lo que fue atendido según su turno quedando conforme impregnado su rúbrica.

01/02/2024

RECLAMANTE

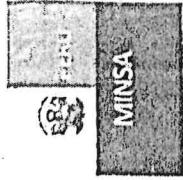
RESPONSABLE DE LA FIRMA DE RECLAMACIONES EN SALUD

FIRMA O HUELLA DIGITAL (EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA)

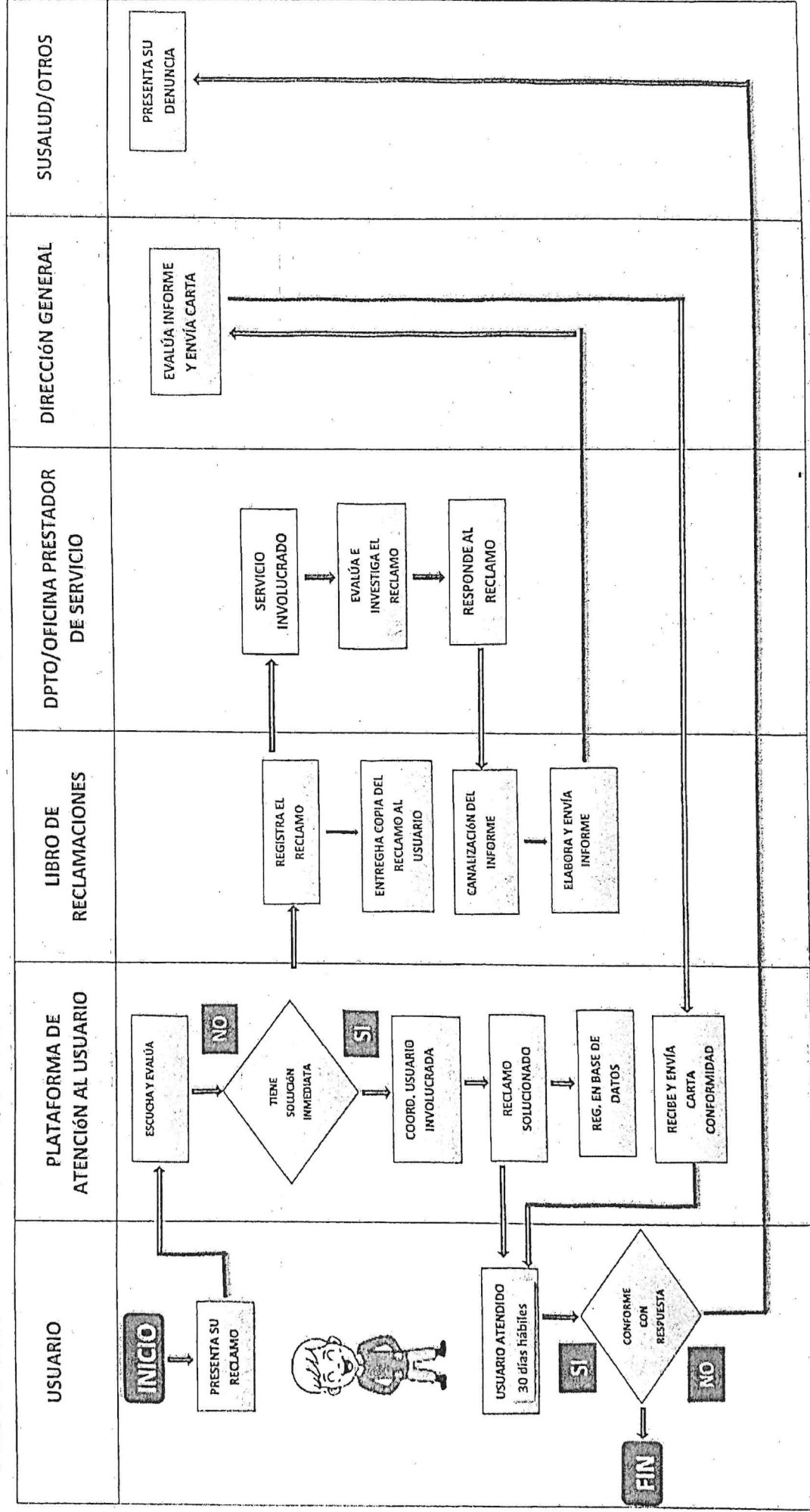
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA FIRMA DE RECLAMACIONES EN SALUD

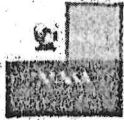
Estimado usuario. Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no la hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS O IPRESS, o que dependen de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo

USUARIO



FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS DE LOS USUARIOS DE LOS USUARIOS EN SALUD





FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS POR LOS USUARIOS EXTERNOS DEL HRGDV

