

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000647

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

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00381

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

Concepto : SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HRGDV-ABANCAY

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL - 2000 HOJAS DE MONITOREO DE ENFERMERIA UCI TAMAÑO 55 CM X 40 CM DOBLE CARA - 2000 HOJAS DE MONITOREO DE ENFERMERIA UCIM TAMAÑO 55 CM X 40 CM DOBLE CARA - 1000 HOJAS DE KARDEX DE ENFERMERIA OFICIO DOBLE CARA - 1000 HOJAS DE EVALUACION DE NEMS DE ENFERMERIA TAMAÑO A-4 DOBLE CARA - 500 HOJAS DE EVALUACION TISS DE ENFERMERIA A-4 DOBLE CARA - 500 HOJAS DE SOFA Y APACHE A-4 DOBLE CARA - 500 HOJAS DE ANAMESIS Y EXAMEN CLINICO A-4 DOBLE CARA - 500 HOJAS DE NOTA DE INGRESO IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Y PLANES DE TRABAJO A-4 DOBLE CARA PLAZO DE EJECUCION: 10 DIAS CALENDARIOS DESPUES DEL DIA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACION DE LA ORDEN DE SERVICIO SE ADJUNTAN TERMINOS DE REFERENCIA	
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° Días/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:

Descripción del Servicio



FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios
Actividad del POI:	Atención al Paciente Crítico
Denominación de la Contratación:	Contratación del servicio de impresión de formatos de componentes de Historia Clínica

I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

Contratación del servicio de impresión de los formatos de la Historia Clínica para la atención del paciente crítico. Perteneciente al Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Contratación del servicio de impresión de Formatos de la Historia Clínica del paciente crítico y, conforme a la normativa vigente de contrataciones del Estado, con la finalidad de estandarizar, actualizar y garantizar la disponibilidad de documentos técnico-normativos para el personal de enfermería en los diferentes servicios asistenciales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

III. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: (Obligatorio)

El presente servicio comprende la impresión, de los formatos de la Historia Clínica para la atención del paciente crítico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Nivel II-2, conforme a las especificaciones técnicas.

Alcances del servicio

El proveedor adjudicado deberá ejecutar de manera integral las siguientes actividades:

- 2000 hojas de Monitoreo de Enfermería UCI Tamaño 55 cm X40cm doble cara
- 2000 hojas de Monitoreo de Enfermería UCIM 55 cm X40cm doble cara
- 1000 hojas de Kardex de Enfermería Oficio Doble Cara
- 1000 hojas de Evaluación de Nems de Enfermería tamaño A4 Doble Cara
- 500 hojas de evaluación TISS de Enfermería A4 Doble Cara
- 500 hojas de SOFA y Apache A4 Doble Cara
- 500 hojas de Anamnesis y Examen Clínico A4 Doble Cara
- 500 hojas de Nota de Ingreso Impresión Diagnóstica y Planes de Trabajo A4 Doble Cara

- Entrega del producto terminado en óptimas condiciones de presentación, durabilidad y legibilidad.
- Cumplimiento de los plazos establecidos y conformidad del área usuaria.

Descripción técnica del servicio

La impresión de los formatos de la Historia Clínica del servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios deberán cumplir con las siguientes características mínimas:

a) Impresión

- Impresión en doble cara.
- Formato de papel tamaño
 - A4 (210 x 297 mm de 80gr
 - Oficio de 80 Gramos
 - A2 (420x 594mm 80 gr
- Texto nítido, uniforme y legible, sin manchas, borrones o defectos de impresión.
- Uso de tinta de calidad que garantice **durabilidad y resistencia al uso frecuente**.
- Correcta alineación, márgenes uniformes y orden secuencial del contenido.

Condiciones de calidad

- El servicio deberá cumplir con **estándares de calidad gráfica y encuadernación**, asegurando un producto final apto para uso asistencial y administrativo.
- Los materiales utilizados deberán ser nuevos, no reciclados, y adecuados para documentos de consulta permanente.
- El proveedor será responsable de reemplazar, sin costo adicional, cualquier ejemplar que presente fallas de impresión, empastado o acabado.

Entrega del servicio

- El servicio culmina con la **entrega total de los formatos impresos**, conforme a la cantidad requerida, en el lugar indicado por el área usuaria.
- La entrega estará sujeta a **verificación y conformidad** del Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)
NO APLICA
V. SEGUROS (De corresponder)
NO APLICA
VI. GARANTÍA COMERCIAL (De corresponder)
El proveedor deberá otorgar una garantía comercial mínima de doce (12) meses contados desde la conformidad del servicio, la cual cubrirá defectos de impresión, empastado, cosido, tapa dura y rotulación en letras doradas; ante cualquier falla atribuible a materiales o proceso de ejecución, el proveedor estará obligado a reponer o corregir los ejemplares observados sin costo adicional, dentro del plazo establecido por la Entidad, previa comunicación formal del área usuaria y conforme a la normativa vigente de contrataciones del Estado.
VII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (Obligatorio)
El proveedor y/o persona natural o jurídica deberá contar con RUC activo y habido, no estar impedido de contratar con el Estado, acreditar experiencia en servicios de impresión, disponer de capacidad técnica y operativa para cumplir con las especificaciones del servicio, y comprometerse al cumplimiento de los plazos, condiciones técnicas y garantía comercial establecidos en los Términos de Referencia.
VIII. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION (Obligatorio)
Lugar: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay Apurímac Plazo: 10 días Calendario desde la orden de Compra
IX. ENTREGABLES (De corresponder)
El servicio comprende un entregable, consistente en la entrega total de los formatos de historia Clínica del Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios impresos en doble cara, formato requerido por el área usuaria que es y , , en la cantidad requerida por la Entidad; dicho entregable deberá presentarse dentro del plazo máximo establecido en la orden de servicio, en el lugar indicado por el área usuaria del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, quedando sujeto a verificación y conformidad del área usuaria; el producto deberá cumplir con las especificaciones técnicas, condiciones de calidad y garantía comercial establecidas, siendo aplicables las penalidades correspondientes en caso de incumplimiento, conforme a la normativa vigente de contrataciones del Estado.
X. CONFORMIDAD (Obligatorio)
La conformidad del servicio será otorgada por el Departamento de Enfermería del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, previa verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas, cantidad, calidad y plazo establecidos en los Términos de Referencia y la orden de servicio; para ello, el proveedor deberá entregar la totalidad del producto conforme a lo requerido y presentar la constancia de entrega y el comprobante de pago, quedando la conformidad sujeta a la revisión física del material, debiendo subsanar cualquier observación sin costo adicional, conforme a la normativa vigente de contrataciones del Estado.
XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)
La contraprestación será cancelada en un solo pago, posterior a la conformidad total de la prestación por parte del área usuaria y de mantenimiento al ingreso del bien al Almacén Central del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Para proceder con el pago, el proveedor deberá presentar obligatoriamente la siguiente documentación 1.- Constancia de ingreso al almacén central (Guía de ingreso emitida por el almacén) 2.- Acta de informe de conformidad del Área usuaria indicando que los bienes fueron entregados completos, funcionales y de acuerdo a las especificaciones técnicas establecida. 3.- Comprobante de pago valido (factura o boleta electrónica) emitido a nombre del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega conforme al monto adjudicado. El pago se realizará únicamente si la toda la documentación se encuentra conforme y no presenta observaciones.
XII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)
(Indicar la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que se tenga accesos y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros).
XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA (Obligatorio)

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA (Obligatorio)
El contratista 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.
XIV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES (De Corresponder)
NO CORRESPONDE
XV. PENALIDADES (Obligatorio)
<u>Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:</u> 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 = $\frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$ 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.
XVI. OTRAS PENALIDADES (Opcional)
(De acuerdo al tipo de contratación las áreas usuarias pueden establecer otras penalidades diferentes a la mora, las cuales deben ser objetivas, razonables y proporcionales con el objeto de la contratación, por lo que se debe precisar el listado de las situaciones, condiciones, el procedimiento de verificación de las ocurrencias y los montos o porcentajes a aplicar)
XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL
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 P úblicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
XVIII. 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 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.

XIX. 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.

XX. 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.

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
APURÍMAC - APURÍMAC
Dra. M. Verónica Casafranca/Zanabarro
Especialista en Cuidados Intensivos Generales
Unidad de Enfermería de la Unidad de Cuidados
Intensivos Generales
COP 35282 - RNE 00001 - BOM 1006

Firma
Área usuaria o técnica estratégica



Fecha/...../..... Hora:

ANAMNESIS

1. FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos:

Edad: años Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Raza: Mestiza ☐ Otra:

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Otro:

Religión: Católica ☐ Otra:

Grado de Instrucción:

Ocupación:

Domicilio: Teléfono:

Fecha de Ingreso a UCI:/...../..... Hora:

Fecha de Ingreso al Hospital:...../...../..... Ingresó por EMG ☐ SOP ☐ Otros ☐

Familiar o Persona Responsable:

Antecedentes:

H.T.A. () DM. () TBC () C.C. I. () Asma () Otros:

CIRUGÍAS PREVIAS Y HOSPITALIZACIÓN

2. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de Enfermedad: Inicio: Curso:

Síntomas Principales:

RELATO:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: Orina: Deposiciones:
 Sueño: Peso:

EXAMEN CLÍNICO

1. EXAMEN GENERAL

T°:°C, PA: /mmHg, PAM.....mmHg, FC:x', FR.....x',
 Peso:Kg. Talla:m.

Aspecto General:

2. EXAMEN REGIONAL

Cabeza:

Cuello:

Tórax y Pulmones:

Cardiovascular:

Abdomen:

•SNC: Glasgow: (AO..... RV RM) = Estado de Sensorio

SOFA

FECHA DE INGRESO HORA F. ALTA HORA

LUGAR PROCEDENCIA

- () Emeg (1)
() Hospitalización (2)
() SOP (3)
() Otro (4)

PUNTAJE	% MORTALIDAD
1-4	1%
5-8	3%
9-12	25%
13-16	50%
17-20	75%
>20	100%

Permanencia en UCI (día)	FECHA	PaO ₂ /FiO ₂	Plaquetas	Bilirrubinas	Presión Arterial	Creatinina	Puntaje
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Puntaje	PaO ₂ /FiO ₂	Plaquetas	Bilirrubinas	Presión Arterial	Creatinina/Diuresis	EG
0	>400	> 150 000	< 1.2	No hipotensión	< 1.2	15
1	<400	< 150 000	1.2 - 1.9	PAM < 70 mm Hg	1.2 - 1.9	13 - 14
2	<300	< 100 000	2.0 - 5.9	Dopamina < 5(1)	2.0 - 3.4	10 - 12
3	<200	< 50 000	6 - 11.9	Dopamina > 5(2)	3.5 - 4.9 - < 500 ml/día	6 - 9
4	<100	< 20 000	> 12	Dopamina > 15(3)	> 5 < 200 ml/día	< 6

* Con ventilación mecánica (3-4)

* Con soporte Respiratorio

(1) ó Dobutamina

(2) ó Epinefrina < 0,1 ó NE < 0,1

(3) ó Epinefrina > 0,1 ó NE > 0,1

*** Fármacos vasoactivos administrados durante más de una hora, dosis en microgramos kg/ min.

APACHE II: Sistema de Clasificación de Severidad de Enfermedad

cara 2

PACIENTE: _____ EDAD: _____ CAMA: _____ H.C. N° _____

DIAGNÓSTICO: _____ HORA: _____ SEXO: ☐ F ☐ M FECHA: _____

VARIABLES FISIOLÓGICAS	RANGO ELEVADO				BAJO RANGO				
	4 +	3 +	2 +	1 +	0 +	1 +	2 +	3 +	4 +
Temperatura rectal (axilar + 0.5 °C)	O > 41	O 39 - 40.9		O 38,5 - 39,9	O 36 - 38.4	O 34 - 35,9	O 32 - 33,9	O 30 - 31,9	O < 29,9
Presión Arterial Media (mmHg)	O > 160	O 130 - 159	O 110 - 129		O 70 - 109		O 50 - 69		O < 49
Frecuencia cardiaca	O > 180	O 140 - 179	O 110 - 139		O 70 - 109		O 50 - 69	O 40 - 54	O < 39
Frecuencia respiratoria	O > 50	O 35 - 49		O 25 - 34	O 12 - 24	O 10 - 11	O 6 - 9		O < 5
OXIGENACIÓN, elegir a o b									
a. Si FIO2> 0.5 anotar PaO2	O > 500	O 350 - 499	O 200 - 349		O < 200				
b. Si FIO2< 0.5 anotar PaO2					O > 70	O 61 - 70		O 55 - 60	O < 55
pH arterial	O > 7.7	O 7.6 - 7.69		O 7,5 - 7,59	O 7,33 - 7,49		O 7,25 - 7,32	O 7,15 - 7,24	O < 7,15
Sodio sérico (mMol/L)	O > 180	O 160 - 179	O 155 - 159	O 150 - 154	O 130 - 149		O 120 - 129	O 111 - 119	O < 110
Potasio sérico (mMol/L)	O > 7	O 6 - 6,9		O 5,5 - 5,9	O 3,5 - 5,4	O 3 - 3,4	O 2,5 - 2,9		O < 2,5
Creatinina sérica (mgr/100 ml)	O > 3,5	O 2 - 3,4	O 1,5 - 1,9		O 0,6 - 1,4		O < 0,6		
Doble puntuación en fracaso renal agudo									
Hematocrito (%)	O > 60		O 50 - 50,9	O 46 - 49,9	O 30 - 45,9		O 20 - 29,9		O < 20
Leucocitos (Total/mm3)	O > 40		O 20 - 39,9	O 15 - 19,9	O 3 - 14,9		O 11 - 2,9		O < 1
HCO3 sérico venoso (mMol/L)	O > 52	O 41 - 51,9		O 32 - 40,9	O 22 - 31,9		O 18 - 21,9	O 15 - 17,9	O < 15

(Anotar solo si no hay gasometría arterial)

Escala de Glasgow

Puntuación = 15 - Glasgow actual

A APS total Suma de las 12 variables individuales

B Puntuación por edad

Edad (años) Puntos

≤ 44 0

45 - 54 2

55 - 64 3

65 - 74 5

≥ 75 6

C Puntuación por enfermedad crónica

Historia de insuficiencia orgánica sistémica o esta inmunocomprometido, puntuar:

a) Posquirúrgicos urgente o no quirúrgicos :5

b) Posquirúrgicos de cirugía electiva :2

DEFINICIONES

Debe existir evidencias de insuficiencia orgánica o inmunocompromiso previo al ingreso hospitalario y conforme a los criterios de:

Higado: Cirrosis (con Biopsia), HTA portal comprobada, antecedentes de HDA por HTA portal o Episodios previos de falla hepática/encefalopatía/coma.

Cardiovascular: Clase IV según la Asociación

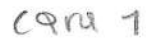
cardiológica de Nueva York

Respiratorio: enf. restrictiva, obstructiva o vascular que obligue restricción al ejercicio, ejm. incapacidad para subir escaleras, tareas domésticas; o hipoxia crónica, hipercapnia, polictemia secundaria, HTP severa (>40 mmHg), dependencia respiratoria. Renal: hemodializados

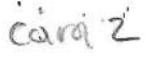
Inmunocomprometidos: si recibió terapia que suprima resistencia a infección. Ej. quimioterapia, radiación Tx crónica o altas dosis de esteroides o enfermedades avanzadas para inmunodeprimidos. Ej. sida, leucemia linfoma.

Puntuación APACHE II		INTERPRETACIÓN SCORE	
Suma de A + B + C		PUNTAJE	MORTAL %
A Puntuación APS		0 - 4	4
B Puntuación edad		5 - 9	8
C Puntuación crónicos		10 - 14	15
		15 - 19	25
		20 - 24	40
		25 - 29	55
		30 - 34	75
		> 34	85
APACHE TOTAL			
ESCALA GLASGOW			
RPTA OCULAR	VERBAL	MOTRIZ	
4-Espontáneo	5-Orientado	6-Obedece	
3-Al llamado	4-Confuso	5-Localiza dolor	
2-Dolor	3-Incoherente	4-Relira	
1-Ausente	2-Incomprensible	3-Decortica	
	1-Ninguno	2-Descerebrado	
		1-Ninguna	

RESPONSABLE



Apachell:..... SOFA:.....



PLAN DE TRABAJO

[illegible]

ASISTENTE RESPONSABLE:

Sello y firma del Médico asistente

[illegible]