ANEXO N°2

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE BIENES

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	ADQUISICION DE FORMATOS DE SALUD MENTAL

1. OBJETO DEL BIEN: (Obligatorio)
Pijamas micropolar para atención de pacientes hospitalizados de salud mental

2. FINALIDAD PÚBLICA: (Obligatorio)
Brindar atención de pacientes hospitalizados de salud mental

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO: (Obligatorio)
Los formatos según el siguiente detalle y también se adjunta modelo, los libros es de acuerdo al autor.

ITEM	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	U/M	CANTIDAD
	Formatos de evaluación Psicológica (Doble cara) A4	01	MILLAR
	Formatos de evaluación médica psiquiátrica.A4	01	MILLAR
	Cuestionario de síntomas Test de sqr-18. (Doble cara) A4	10	MILLAR
	Historia clínica de Hospitalización(03 hojas a doble cara) A4	1/2	MILLAR (total 1 ½ de millar de hojas)

Los formatos deberán de estar en Papel A4, membretado el logo del hospital y Salud mental, de acuerdo al formato enviado

LIBROS EN FOTOCOPIA (NO ORIGINALES)

ITEM	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	U/M	CANTIDAD
		UNIDAD	
	A MI TAMBIEN, AUTOR: KARINA M. SOTO (A5-272 páginas)	**02**	**UNIDADES**
	EL CABALLERO DE LA ARMADURA OXIDADA, AUTOR: ROBERT FISHER (A5-108 páginas)	**02**	**UNIDADES**
	SE AMABLE CONTIGO MISMO, AUTOR KRISTIN NEFF (A5-336 páginas)	**02**	**UNIDADES**
	CUESTION DE CONFIANZA, AUTOR: RUSS HARRIS (A5-296 páginas)	**02**	**UNIDADES**
	EL PODER DEL AHORA, AUTOR: ECKHART TOLLE (A5-256 páginas)	**02**	**UNIDADES**

4. PERFIL DEL PROVEEDOR: (Obligatorio)
El proveedor deberá cumplir los siguientes requisitos y acreditarlos, **al momento deformalizar el contrato (Orden de Compra)**:

- ✓ Persona Jurídica y/o Natural.
- ✓ Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente

- ✓ Declaración jurada simple de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar por el estado

5. PLAZO DE ENTREGA: (Obligatorio)

Plazo de entrega no podrá exceder quince (15) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de notificada la Orden de Compra.

6. LUGAR DE ENTREGA: (Obligatorio)

Los bienes serán entregados en el almacén central del hospital regional del cusco ubicado en la Av. De la cultura s/n

7. GARANTÍA: (Opcional dependiendo del bien a adquirir)

La adquisición del bien no requiere garantía; se notificará al proveedor cualquier defecto para los reemplazos de los bienes, sin costo alguno dentro de los 03 días calendarios de recibida la notificación..

8. PENALIDAD:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado deacuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0{,}10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a 60 días: F = 0.40.
- Plazos mayores a 60 días: F= 0.25.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

9. FORMA DE PAGO: (Obligatorio)

El pago se efectuará en soles, en una sola armada, dentro de diez (10) días siguientes de otorgada la conformidad; para tal efecto el responsable de dar la conformidad deberá hacerlo en un plazo que no excederá los diez (10) días calendarios de recibidos los bienes.

10. CONFORMIDAD DEL BIEN: (Obligatorio)

La Conformidad del bien será otorgada por el jefe del área usuaria.

11. 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 sobreviniente 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.

12. 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 Hospital Regional Cusco.

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 Cusco.

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.

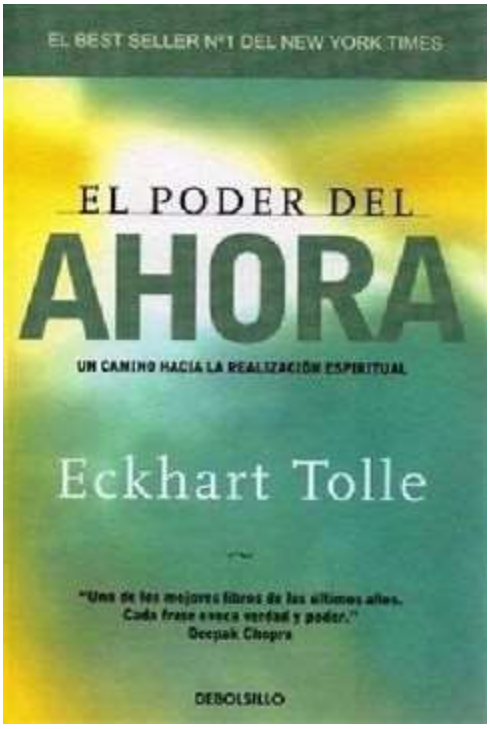
Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

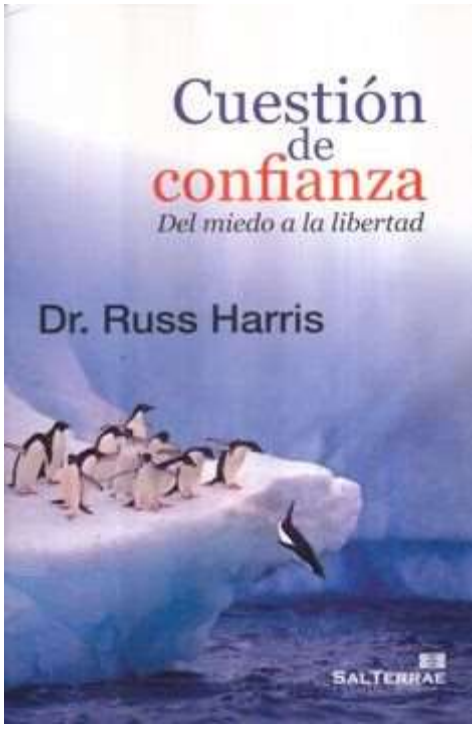
13. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

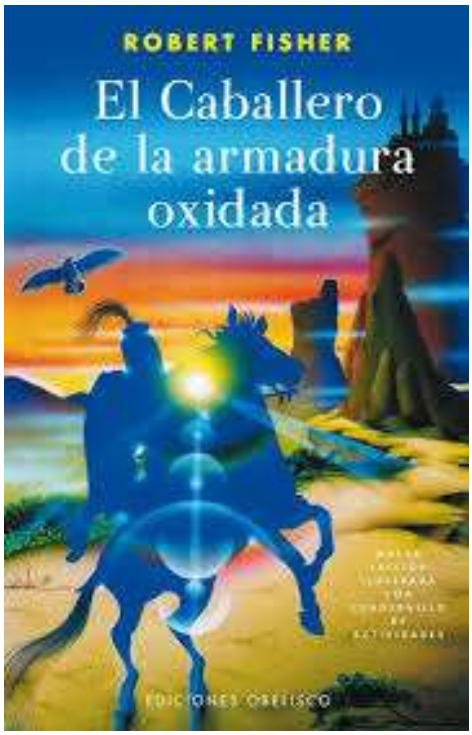
Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

_____
Firma y sello
Jefe del área usuaria

FOTOS REFERENCIALES







2. **Conciencia y Orientación:** .....
.....
.....
3. **Lenguaje:(forma, curso, velocidad, tono, volumen)**.....
.....
4. **Pensamiento**
   - **Curso:** .....
     .....
   - **Contenido:**.....
     .....
5. **Sensopercepción:**.....
.....
.....
6. **Ánimo y Afecto:**.....
.....
.....
7. **Atención y Concentración:** .....
.....
.....
8. **Memoria:** .....
.....
.....
9. **Inteligencia:**.....
.....
10. **Conciencia de enfermedad:**.....
.....
11. **Voluntad:**.....
.....

VII IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (CIE10)

1.....CIE 10.....
2..... CIE 10.....
3..... CIE 10.....
4.....CIE 10.....
5..... CIE 10.....

VIII PLAN DE TRABAJO (Procedimientos, exámenes de laboratorio, interconsultas)

.....
.....
.....
.....
.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HCL

IV HISTORIA SOCIOFAMILIAR

1. **Estructura Familiar:**
   Familia de Origen (Nombre, Edad, Ocupación, Antecedentes Patológicos)
   - **Padre:** .....
     .....
   - **Madre:** .....
     .....
   - **Hermanos:** .....
     .....
     .....
     .....
   - **Pareja: Casado ( ) Conviviente ( )**
     .....
     .....
   - **Hijos:** .....
     .....
     .....
2. **Dinámica Familiar:** .....
   .....
3. **Antecedentes Psicopatológicos de la Familia:**.....
   .....
   .....
   .....

V EXAMEN FÍSICO GENERAL

1. **Funciones Vitales: PA:..... FC:..... FR:..... T°:..... SatO2.....**
   Peso: _____Talla: _____ IMC: _____
2. **Funciones biológicas: Diuresis: _____ Deposiciones: _____**
   Apetito: _____ Sed: _____
   Sueño: _____
3. **Piel:**.....
4. **Cabeza:**.....
5. **Cuello:**.....
6. **Tórax:**.....
7. **Pulmones:**.....
8. **Corazón:**.....
9. **Abdomen:**.....
10. **Extremidades:**.....
11. **Neurológico:**.....

VI EXAMEN MENTAL

1. **Apariencia general y comportamiento:** .....
   .....
   .....

8. Vida Sexual: (Edad de inicio de relaciones sexuales, conductas sexuales relevantes, compatibilidad sexual con pareja, número de parejas sexuales)
   .....
   .....
9. Personalidad previa: .....
   .....
10. Hábitos e intereses y Hobbies: .....
11. Hábitos nocivos: Consumo de sustancias (fecha de inicio de consumo, edad, cantidad y frecuencia, Fecha de ultimo consumo)
    Alcohol _____
    Tabaco _____
    THC _____ _____
    Cocaína _____ _____
    PBC _____ _____
    Anfetaminas _____ _____
    Psicodélicos _____ _____
    Otros _____ _____
12. Eventos importantes y estresores psicosociales: (trauma, bulling, abuso)
    .....
    .....
    .....
13. Actitud frente a la enfermedad: .....
    .....
14. Antecedente socioculturales y económicos:
    Vivienda: Propia ( ) Alquilada ( ) Otros ( ).....
    Servicios Básicos:.....
    .....
    Nivel socioeconómico: .....
    .....
15. Antecedentes personales Patológicos:

- Patológicas neurológicas (Convulsiones, malformaciones, infecciones):.....
  .....
- Patológicas psiquiátricas:.....
  .....
  .....
- Patológicas endocrinas: .....
- Patologías reumatológicas: .....
- Otras patologías de importancia/ relevantes:.....
  .....
- Intervenciones quirúrgicas:.....
  .....
- RAM.....

III ANTECEDENTES PERSONALES

1. **Perinatal:**
   - **Embarazo**.....**CPN**.....
     INTERCURRENCIAS.....
   - **Parto:** EUTOSICO ( ) DISTOCICO ( ) MOTIVO.....
     COMPLICACIONES.....
2. **Posnatal**
   Neonatal (Complicaciones/hospitalizaciones)_____
3. **Alimentación:**
   - **Lactancia Materna exclusiva**.....
   - **Ablactancia**.....
4. **Desarrollo Psicomotor:**
   - **Se sentó solo sin apoyo**.....
   - **Gateo**.....
   - **Se paró**.....
   - **Camino**.....
   - **Empezó a hablar, palabras sueltas**.....
   - **Hablo fluido**.....
   - **Control de Esfínteres**.....
5. **Antecedentes Gineco-Obstétricos:**
   - **Menarquia**.....
   - **Telárquia**.....
   - **Ciclo menstrual**..... **FUR:** .....
   - **Nro. Gestaciones**_____ **Partos:** _____ **Cesárea:** _____**Abortos:** _____
   - **Hijos vivos:** _____
6. **Antecedentes de vida Escolar: (Edad de inicio, dificultades, participación, relación con compañeros y profesores)**
   - **Inicial:**_____
     _____
   - **Primaria:**_____
     _____
   - **Secundaria:**_____
     _____
   - **Superior:**_____
     _____
7. **Historia Laboral: (Edad de inicio, cambios laborales-motivos, relación con compañeros y jefes)**
   .....
   .....
   .....
   .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Historia Farmacológica:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HCL

PERÚ | Ministerio de Salud

HISTORIA CLINICA INTEGRAL
UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES-HRC

I FILIACION

Nombres y Apellidos: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ **Sexo:** _____
DNI: _____ **NUMERO DE HCL**_____
Tipo de seguro SIS ( ) ESSALUD ( ) OTRO ( ) N° DE SEGURO: _____
Raza: _____ **Religión:** _____**Estado Civil:** _____
Procedencia:_____
Domicilio actual: _____
Teléfono personal: _____ **Teléfono de contacto:** _____
Grado de Instrucción: Analfabeto ( ) Primaria: Completo ( ) Incompleto ( ) _____
Secundaria: Completo ( ) Incompleto ( ) _____ **Superior:** _____
Ocupación:_____
Lengua materna: _____**Vía de Ingreso al hospital:** _____
Fecha de ingreso al hospital: _____**Fecha de ingreso al servicio:** _____
Fecha de elaboración de Historia Clínica: _____
Ingresos hospitalarios previos en Psiquiatría ( ) _____
Persona responsable del paciente:

_____

_____

Fuente de la información: Directa ( ) Indirecta ( ) Mixta ( )
Médico Tratante: _____

II ANAMNESIS

Motivo de consulta:.....

.....

.....

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad total: _____ **Tiempo de episodio actual:** _____
Forma de Inicio: _____ **Curso:** _____
Síntomas principales: .....

.....

.....

Relato:.....

.....

.....

.....

.....

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HCL

19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herido en alguna forma? SI NO

20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piense los, demás? SI NO

21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI NO

22. ¿Oye voces sin saber, de donde vienen o que otras personas no pueden oir? SI NO

23. ¿Ha tenido convulsiones ataques o caídas, al suelo con movimientos de brazos y piernas con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento? SI NO

24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos, su medico o a su sacerdote que Ud. está bebiendo demasiado? SI NO

25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI NO

26. ¿ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o (estudio) a causa de la bebida? como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? SI NO

27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? SI NO

28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? SI NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a transtornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan en que el entrevistado tiene alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por tanto se le considera un "CASO"

Las preguntas del 19 al 22 son indicativas de un transtorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinan un "CASO"

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno compulsivo.

Las preguntas 24 y 28 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades o una conbinacion de tres, indica que efectivamente se trata de un "CASO"

Anexo 1
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.Q.R. - 18

SALUD MENTAL

Fecha:_____ Entrevistador:_____

Establecimiento:_____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:_____ DNI:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Edad:_____ Sexo: M F Telf.:_____

Dirección:_____ Distrito:_____

Motivo de la Consulta:

_____

_____

_____

_____

_____

1.	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2.	¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3.	¿Duerme mal?	SI	NO
4.	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5.	¿Sufre de temblor de manos?	SI	NO
6.	¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7.	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8.	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9.	¿Se siente triste?	SI	NO
10	¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Su trabajo se ha visto afectado?)	SI	NO
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?.	SI	NO
15.	¿ Ha perdido el interés en las cosas?	SI	NO
16.	¿Se siente aburrido?	SI	NO
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
	Puntualidad de las preguntas del 1 al 18		

Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

NOTA EVALUACION MEDICA PSIQUIATRICA

FECHA Y HORA	FUNCIONES VITALES (PA, FR, T°, FC, So^2, FIO_2, BALANCE HIDRICO	REGULACIÓN DEL HOSPITAL: 1. Apreciación Subjetiva 2.- Apreciación Objetiva 3.- Verificación de Tratamiento y dieta 4.- Interpretación de examen y comentarios 5.- Plan de Trabajo 6.- Firma y sello del medico

Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FECHA Y HORA	FUNCIONES VITALES (PA, FR, T°, FC, So_2, FIO_2, Balance Hídrico)	REGULACIÓN DEL HOSPITAL: 1.- Apreciación Subjetiva 2.- Apreciación Objetiva 3.- Verificación de Tratamiento y dieta 4.- Interpretación de examen y comentarios 5.- Plan de Trabajo 6.- Firma y Sello del Médico

A.P. PATERNO: A.M. MATERNO: NOMBRES:

SERVICIO: Nº CAMA: H. CLÍNICA:

A4

Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FECHA Y HORA	FUNCIONES VITALES (PA, FR, T°, FC, So_2, FIO_2, Balance Hídrico)	REGULACIÓN DEL HOSPITAL: 1.- Apreciación Subjetiva 2.- Apreciación Objetiva 3.- Verificación de Tratamiento y dieta 4.- Interpretación de examen y comentarios 5.- Plan de Trabajo 6.- Firma y Sello del Médico

A.P. PATERNO: A.M. MATERNO: NOMBRES:

SERVICIO: Nº CAMA: H. CLÍNICA: