

## ANEXO 2

### ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	UNIDAD DE ESTADISTICA
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	ADQUISICION DE FORMATERIA PARA DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO

#### I. FINALIDAD PÚBLICA

Brindar atención oportuna y gestionar la documentación de pacientes.

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

*REQUERIMIENTO DE FORMATERIA PARA DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL CONFORME INFORMES DE CADA SERVICIO.*

#### III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

El postor ganador deberá pasar por la Unidad de Logística para recoger las muestras en físico.

#### Ítem paquete

#### SE ADJUNTA INFORMES CON SUS RESPECTIVAS EE.TT DETALLADAS

- INFORME N° 102-2025-SF-HRC Exp. 11833
- INFORME N° 168-2025-SF-HRC Exp. 18284
- INFORME N° 02-2025-TELESALUD-HRC Exp. 11306
- INFORME N° 119-JSAP-HRC-2025 Exp. 18368

#### IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

NO CORRESPONDE.

#### V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN:

NO CORRESPONDE.

#### VI. GARANTÍA COMERCIAL

6 MESES

#### VII. MUESTRAS

NO CORRESPONDE.

#### IX. 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.11 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

#### X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

**Lugar:** Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco.

**Plazo:** Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 15 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

#### **XI. CONFORMIDAD**

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria, Farmacia y servicio de anatomía patológica, para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

#### **XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

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.

#### **XIII. 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.

#### **XIV. 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:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

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.

#### **XV. OTRAS PENALIDADES**

NO CORRESPONDE.

#### **XVI. 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.

## **XVII. 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 conducta 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.

## **XVIII. 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.

## **XIX. GESTIÓN DE RIESGOS**

NO CORRESPONDE.

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.



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Servicio de Farmacia



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Cusco, 11 de junio del 2025

INFORME N° 102-2025 –SF-HRC.

ASUNTO : REMITO REQUERIMIENTO DE RECETARIOS Y OTROS FORMATOS PARA DOSIS UNITARIA  
 A : DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO  
 DE : JEFATURA DE FARMACIA.  
 CC : JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO  
 ATENCIÓN : UNIDAD DE LOGÍSTICA

Es grato dirigirme a Ud., y por intermedio del presente remitirle el requerimiento de:

2. 3000 talonarios x 50 recetas estandarizadas para el servicio de Dosis Unitaria en cada uno de los servicios del Hospital. *Autocopiativo 2*
3. 2500 talonarios x 50 recetas estandarizadas para el servicio de farmacia (Consultorios externos) *Autocopiativo 2*
4. 2500 talonarios x 50 recetas estandarizadas para el servicio de farmacia (Pacientes hospitalizados) *autocopiativo 2*
5. 1000 talonarios x 50 recetas estandarizadas para medicamentos estupefacientes - *autocopiativo 3*
6. 500 talonarios x 50 formatos para nutrición parenteral. *Auto copiativo 2*

Se adjunta modelo.

Esperando su pronta atención quedo de Ud.

Atentamente.

Gobierno Regional Cusco  
 Gerencia Regional de Salud Cusco  
 Hospital Regional Cusco  
*Edison Sanchez Quintana*  
 QUÍMICO FARMACÉUTICO  
 JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA  
 C.Q.F.P. 12757

c.c. archivo  
SFHRC/ESQ

11833

EXPL.	0
COPIA	20
TRAM.	0
11 JUN 2025	
HORA	10:19
FOLIOS:	05
FIRMA	

**MINISTERIO DE SALUD**  
AGENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

**FORMA ÚNICA ESTANDARIZADA**



..... Edad

..... H.C.:

**ATENCIÓN**

Consulta externa	<input type="checkbox"/>
Emergencia	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Odontológica	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>

**ESPECIALIDAD MÉDICA**

Medicina	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>
Gineco-Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Pediatría	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

..... (CIE-10)

Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15 cm

Válido Hasta



11E11 (5)

Nº 001451



**RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS**  
(D.L. 22095 / DS 023-2001-SA / R.M.Nº1105-2002-SA/DM)



HOSPITAL REGIONAL  
CUSCO

**PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DNI O CARNET DE EXTRANJERÍA O PASAPORTE: \_\_\_\_\_

R.P.: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_  
D.C.I.: \_\_\_\_\_  
CONCENTRACIÓN: \_\_\_\_\_ F.F. \_\_\_\_\_  
POSOLÓGIA: \_\_\_\_\_ CADA: \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_  
DURANTE: \_\_\_\_\_ DÍA(S) \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_

21.5 cm

PROFESIONAL MÉDICO ( ) U ODONTÓLOGO ( )  
NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
DISTRITO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
COLEGIATURA N° \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO**

050 Numeración  
1-50  
51-100  
101-150

CONTROL Y FISCALIZACIÓN

15 cm



# HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

ORDEN ESTANDARIZADA PARA NUTRICIÓN PARENTERAL

ITEM 6

NOMBRES Y APELLIDOS		DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL		N° H.C.	
SERVICIO Y CAMA:		PESO Y TALLA:		N° DE PREFECTURA:			
REQUERIMIENTO CALÓRICO		PREPARACIÓN: 2:1 / 3:1		PARENTERAL		PERIFÉRICA	
ORDEN DE PREPARACIÓN		MEDICAMENTOS UTILIZADOS		DISPOSITIVOS MÉDICOS UTILIZADOS			
DESCRIPCIÓN	VOL. (ML)	DESCRIPCIÓN	CANT	DESCRIPCIÓN	PRES	FF	CANT
DEXTROSA		DEXTROSA 50% FCO 1 LITRO		BOLSA DE NUTRICIÓN	1000 ML	UNID	
AMINOÁCIDOS 10%		DEXTROSA 10% FCO 1 LITRO		PARENTERAL	3000 ML	UNID	
LÍPIDOS 20%		DEXTROSA 5% FCO 1 LITRO			250 ML	UNID	
SODIO CLORURO 20%		DEXTROSA 33.3% INY 20ML				UNID	
POTASIO CLORURO 20%		ANIMOÁCIDOS 10% FCO 500 ML		AGUJA 18G		UNID	
OLIGOELEMENTOS PEDIÁTRICOS		AMINOÁCIDOS 10% FCO 250 ML		APOSITO GASA ALGODÓN		UNID	
OLIGOELEMENTOS ADULTO		SODIO CLORURO 20% INY 20ML		BOTAS DESCARGABLES		UNID	
SULFATO DE MAGNESIO 20%		POTASIO CLORURO 20% INY 10ML		CAMPO ESTÉRIL		UNID	
GLUCONATO DE CALCIO 10%		MAGNESIO SULFATO 20% INY 20ML		GASA 5 X 5 CM		UNID	
FOSFATO DE POTASIO INY		CALCIO GLUCONATO 100 MG INY 10ML		GORROS DESCARTABLES		UNID	
INSULINA R UI		FOSFATO DE POTASIO INY 20ML		GUANTES QUIRÚRGICOS		UNID	
MULTIVITAMÍNICO INY		OLIGOELEMENTOS PEDIÁTRICOS		JERINGA 1 CC X 21G		UNID	
		OLIGOELEMENTOS ADULTOS		JERINGA 10 CC X 21G		UNID	
		LÍPIDOS 20% FCO 250ML		JERINGA 20 CC X 21G		UNID	
		LÍPIDOS 20% FCO 500 ML		JERINGA 5 CC X 21G		UNID	
		VITAMINAS		JERINGA 60 CC X 21 G		UNID	
		INSULINA R 100 UI		MANDIL ESTÉRIL		UNID	
				MASCARILLA N 95		UNID	
				ALCOHOL 70 % LITRO		UNID	
COMENTARIOS ADICIONALES							

..... Firma y Sello Médico .....

..... Firma y Sello Q.F. Responsable .....

..... Firma y Sello Q.F. Responsable .....

← 21 cm →

└





PERÚ

Ministerio  
de Salud

HOSPITAL REGIONAL  
DEL CUSCO

Servicio de Farmacia



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Cusco, 25 de agosto del 2025

INFORME N° 168-2025-SF-HRC.

**ASUNTO** : REQUERIMIENTO DE IMPRESIÓN DE ETIQUETAS (STICKERS) PARA LA UNIDAD DE MEZCLAS ONCOLOGICAS  
**A** : DIRECTOR EJECUIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO  
**DE** : JEFATURA DE FARMACIA.  
**ATENCIÓN** : UNIDAD DE LOGISTICA

Mediante la presente me dirijo a Ud. Con un cordial saludo, al mismo tiempo solicitar la impresión de:

- 10000 etiquetas (rotulo de citostáticos) para el Área de Mezclas oncológicas.

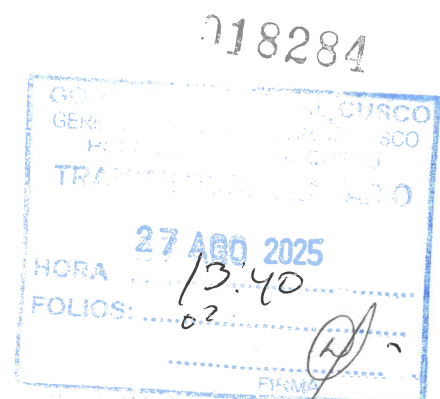
Se adjunta modelo del sticker al presente (01 folio)

Sin otro particular esperando su pronta atención quedo de Ud.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
*Edison Sánchez Quintana*  
QUÍMICO FARMACÉUTICO  
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA  
C.Q.F.P. 12757

c.c. archivo  
SFHRC/ESQ





**HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
UNIDAD DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS**

NOMBRE: .....

MEDICAMENTO: .....

DOSIS: .....

FECHA: .....

4 cm

8 cm



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"

Cusco, 05 de junio del 2025

**INFORME. N° 02 -2025-TELESALUD-HRC**

**A:** Dr. Carlos Enrique Gamarra Valdivia  
Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco.

**DE:** Lic. Giancarla Bayona Olivera  
Coordinador servicio de TELESALUD.

**ASUNTO:** REQUERIMIENTO DE FORMATOS FUAT

**ATENCION:** Oficina de Logística

Por medio del presente es grato dirigirme a Ud. Que en el Marco de la Ley TELESALUD N°30421 modificada por Decreto Legislativo N°1303 y Decreto Legislativo N°1490, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben incorporar en forma progresiva en su cartera de servicios la prestación de los servicios de TELESALUD. Solicitamos a Ud. La impresión de:

**FORMATOS DE FUAT PARA TELEMONITOREO con autocopiado** **3.000 Und.**  
para el servicio de TELESALUD, para 02 años estos son muy necesarios para las atenciones a pacientes de TELEMONITOREO en las especialidades de: Psiquiatría, Neurología, Reumatología, Hematología Clínica, Neonatología de consultorios externos.

Adjunto modelo para la impresión.

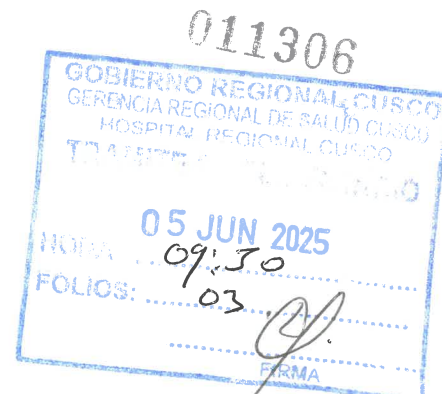
Sin otro particular agradezco su atención prestada y aprovecho la oportunidad para hacerle llegar las consideraciones especiales de estima personal.

Atentamente.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

LIC. GIANCARLA BAYONA OLIVERA  
COORDINADORA TELESALUD





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

Red Nacional de TeleSalud Perú



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN DE TELEORIENTACION Y TELEMONITOREO - FUAT

I. SOLICITUD DE SERVICIOS (para ser llenado por el teleorientador)
[ ] Teleorientación [ ] Telemonitoreo (marque el tipo de servicio a brindar)
N° de Historia Clínica

1. DATOS DEL PACIENTE
Nombre de ipress mas cercana al domicilio (Establecimiento de Salud y/o Servicio Medico de Apoyo)
Fecha de Llamada Telefónica para Cita
Hora de Llamada Telefonica
Nombre y Apellidos:
Edad: Sexo F M DNI. Tipo de Seguro del Paciente
(\*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaparto, carne de Extranjería o Cedula de identidad

II. ATENCION DEL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN O TELEMONITOREO
Nueva [ ] Control [ ] N° Control 1 2 >2
Especialidad: Fecha de Teleorientación/Teleorientación Hora
Paciente acepta concentimiento informado SI [ ] NO [ ] (En caso de no aceptar se termina la atención)

1. BREVETE RESUMEN CLÍNICO (Antecedentes de importancia, enfermedad actual)
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

2. EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO (En caso de disponer)
[ ]

3. MOTIVO DE TELECONSULTA
1
2
3

4. DIAGNOSTICO (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)
N° DIAGNOSTICO P D R CIE 10
1
2
3
4

5. RECOMENDACIONES/PLAN/INDICACIONES (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

DESTINO DEL PACIENTE:
Termina la Atención
Requiere nueva Teleorientación/Telemonitoreo
Se deriva a EE SS
Se revira a Hospital Regional

Firma y Sello de Teleconsulta



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

Red Nacional de TeleSalud Perú



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN DE TELEORIENTACION Y
TELEMONITOREO - FUAT

I. SOLICITUD DE SERVICIOS (para ser llenado por el teleorientador)
[ ] Teleorientación [ ] Telemonitoreo (marque el tipo de servicio a brindar)
N° de Historia Clínica

1. DATOS DEL PACIENTE
Nombre de ipress mas cercana al domicilio (Establecimiento de Salud y/o Servicio Medico de Apoyo)
Fecha de Llamada Telefónica para Cita
Hora de Llamada Telefonica
Nombre y Apellidos:
Edad: Sexo F M DNI. Tipo de Seguro del Paciente
(\*) En caso de no poseer DNI. indicar Pasaparto, carne de Extranjeria o Cedula de identidad

II. ATENCION DEL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN O TELEMONITOREO
Nueva [ ] Control [ ] N° Control 1 2 >2
Especialidad: Fecha de Teleorientación/ Teleorientación Hora
Paciente acepta concentimiento informado SI [ ] NO [ ] (En caso de no aceptar se termina la atención)

1. BREVETE RESUMEN CLÍNICO (Antecedentes de importancia, enfermedad actual)
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

2. EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO (En caso de disponer)
2948

3. MOTIVO DE TELECONSULTA
1
2
3

4. DIAGNOSTICO (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)
N° DIAGNOSTICO P D R CIE 10
1
2
3
4

5. RECOMENDACIONES/PLAN/INDICACIONES (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

DESTINO DEL PACIENTE:
Termina la Atención
Requiere nueva Teleorientación/Telemonitoreo
Se deriva a EE SS
Se revira a Hospital Regional

Firma y Sello de Teleconsulta
03



Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Hospital Regional del Cusco



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Cusco, 27 de agosto del 2025

Informe Nro 119-JSAP-HRC-2025

A : Dr. Carlos Enrique Gamarra Valdivia  
Presidente de la Asociación Peruana de Patólogos del Perú  
DE : Med. Valmi Luna Flores  
Jefe del servicio de Anatomía Patológica HRC  
ASUNTO : **Solicita impresión de formatos de solicitudes y libros de registro.**  
ATENCION : **Responsables de compras en logística.**

Previo cordial saludo me dirijo a usted para solicitar impresión de los siguientes formatos y libros:

**ANTECEDENTE:**

Cada año según la demanda requerimos impresión de los formatos que utilizamos en el servicio de Anatomía Patológica, cuyos modelos se adjuntan a este pedido.

**ANALISIS:**

- 1 - 50 blocks de 50 solicitudes de estudio de Papanicolaou con impresión en doble cara y papel autocopiativo.
- 2 - 2000 formatos de solicitudes de estudio de líquidos biológicos en A4, según modelo
- 3 - 6000 formatos de solicitudes de estudio patológico de rutina en media hoja A4
- 4 - 500 hojas impresas con dos solicitudes de Inmunohistoquímica en A4 según modelo
- 5 - 500 hojas impresas con dos solicitudes de coloraciones especiales en A4 según modelo
- 6 - 500 hojas impresas con dos solicitudes de pruebas moleculares en A4 según modelo
- 7 - 2 libros tamaño oficio de registro para inmunohistoquímica x 200 folios, con tapa azul
- 8 - 2 Libros tamaño oficio de registro de muestras de PAP x 200 folios con tapa azul
- 9 - 2 libros tamaño oficio de registro de muestras de líquidos especiales x 200 folios con tapa marrón
- 10 - 2 libros tamaño oficio de registro de préstamos de bloques y láminas x 200 folios con tapa azul
- 11 - 5 libros tamaño oficio de registro de entrega de resultados x 200 folios con tapa roja
- 12 - 10 libros de registro de muestras quirúrgicas en tamaño x 300 folios A3 con tapa azul y
- 13 - 800 hojas impresas según modelo con 8 formatos de ticket de recojo de muestra para entrega a pacientes, guillotinado en paquetes individuales.

Todos los formatos según modelo en tamaños diferentes y los libros con rótulos distintivos en las tapas, y para evitar errores el proveedor debe acercarse al servicio de Anatomía patológica para coordinar y validar los formatos con personal de Anatomía Patológica.  
Esperando ser atendidos con celeridad.

**CONCLUSIONES:**

Por lo expuesto solicito que se nos atienda en el más corto tiempo posible:

Atentamente

  
 Med. Valmi Luna Flores  
 PATÓLOGA  
 M.P. 32400 R.N.E. 17808

018368

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
 DOCUMENTARIO  
 28 AGO 2025  
 HORA: 13:46  
 FOLIOS: 13



Pre Factura

Ministerio de Salud - Dirección de Salud Cusco  
Hospital Regional del Cusco - Servicio de Anatomía Patológica  
Teléfono: 084231131 Anexo: 133

PROGRAMA DESPISTAJE DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO  
SOLICITUD TEST DE PAPANICOLAU

N° CÓDIGO:

CELULAR:

1.- DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ H.CLN°: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Indicación del Dr. \_\_\_\_\_ Cusco:  Urbano  Urbano-Marginal  Rural

Nivel socioeconómico:  Alto  Medio  Bajo

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Menarquía: \_\_\_\_\_ Fur: \_\_\_\_\_ Gestación: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Embarazo actual:  SI  NO

Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Viuda  Divorciada

Edad de IRS: \_\_\_\_\_ Edad Primer Parto: \_\_\_\_\_

Anticonceptivos:  Píldora  Implante  Condón  DIU

Inyectable mensual  Inyectable trimestral

2.- EXAMENES ANTERIORES:

Pap.: SI - NO N° de PAP: \_\_\_\_\_

Fecha de último PAP: \_\_\_\_\_ Resultado anterior: \_\_\_\_\_

3.- TRATAMIENTOS ANTERIORES:

Histerectomía, cauterización, radioterapia: \_\_\_\_\_

4.- APRECIACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO ACTUAL DEL CUELLO UTERINO:

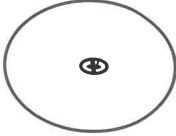
Exocervix: \_\_\_\_\_

Endocervix: \_\_\_\_\_

Perioficial: \_\_\_\_\_

Canal vaginal: \_\_\_\_\_

Sangrante al roce:  SI  NO



5.- ACONDICIONAMIENTO DE LA MUESTRA: Muestra fijada con: \_\_\_\_\_

6.- RESPONSABLE de Toma de Muestra: \_\_\_\_\_

7.- OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Fecha de la toma de muestra: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Llenar con letra legible en doble copia

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE  
DE LA TOMA DE MUESTRA



Pre Factura \_\_\_\_\_

Ministerio de Salud - Dirección de Salud Cusco  
Hospital Regional del Cusco - Servicio de Anatomía Patológica  
Teléfono: 084231131 Anexo: 133

**PROGRAMA DESPISTAJE DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO  
SOLICITUD TEST DE PAPANICOLAU**

N° CÓDIGO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

**1.- DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ H.CLN°: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Indicación del Dr. \_\_\_\_\_ Cusco:  Urbano  Urbano-Marginal  Rural

Nivel socioeconómico:  Alto  Medio  Bajo

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Menarquía: \_\_\_\_\_ Fur: \_\_\_\_\_ Gestación: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Embarazo actual:  SI  NO

Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Viuda  Divorciada

Edad de IRS: \_\_\_\_\_ Edad Primer Parto: \_\_\_\_\_

Anticonceptivos:  Píldora  Implante  Condon  DIU

Inyectable mensual  Inyectable trimestral

**2.- EXAMENES ANTERIORES:**

Pap.: SI - NO N° de PAP: \_\_\_\_\_

Fecha de último PAP: \_\_\_\_\_ Resultado anterior: \_\_\_\_\_

**3.- TRATAMIENTOS ANTERIORES:**

Histerectomía, cauterización, radioterapia: \_\_\_\_\_

**4.- APRECIACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO ACTUAL DEL CUELLO UTERINO:**

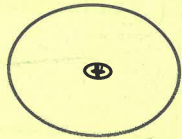
Exocervix: \_\_\_\_\_

Endocervix: \_\_\_\_\_

Perioficial: \_\_\_\_\_

Canal vaginal: \_\_\_\_\_

Sangrante al roce:  SI  NO



**5.- ACONDICIONAMIENTO DE LA MUESTRA: Muestra fijada con:**

**6.- RESPONSABLE de Toma de Muestra:** \_\_\_\_\_

**7.- OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

Fecha de la toma de muestra: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Llenar con letra legible en doble copia*

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE  
DE LA TOMA DE MUESTRA





**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO**



**SOLICITUD DE ESTUDIO CITOPATOLOGICO**

Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: .....

Servicio: ..... Cama: ..... HCL: .....

DNI: ..... Celular N°: ..... Procedencia .....

TIPO DE ESTUDIO: CITOLOGICO

BLOCK CELL

MUESTRA ENVIADA:

**CODIGO DE ESTUDIO**

Hora de toma de muestra: .....

( ) BAAF de ..... N° de Laminas (.....

( ) Aspirado bronquial

( ) Liquido pleural

( ) Lavado bronquial

( ) Liquido Ascítico

( ) Cepillado bronquial

( ) Otros.....

( ) L.C.R.

(

Datos clínicos e imagenológicos relevantes :

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

Impresión diagnóstica:

.....  
.....

Cusco, ..... de ..... 20.....

Fecha de recepción: .....

Hora recepción de muestra..... Costo: .....

.....  
Firma y sello del Med. Solicitante:

Nota: Remitir orden única con datos legibles completos.

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**  
**SOLICITUD DE INMUNOHISTOQUÍMICA**



NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ÓRGANO: \_\_\_\_\_

NºTACO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

AML		CICLINA D1		MPO (Mieloperoxidasa)	
ARGINASA-1		CK HMW		MUC 1	
BCL 2		CK 7		MUC 2	
BCL 6		CK 19		MUM-1	
CALRETININA		CK 20		NAPSIN A	
CDX2		CROMOGRANINA		PAX 8	
CD 3		C-Myc		P 16	
CD 5		DESMINA		P 40	
CD 8		E-CADHERINA		P 53	
CD 10		EMA		P 63	
CD 20		ENOLASA		PANCITOQUERATINA	
CD 30		GATA-3		PROTEINA GLIAL	
CD 34		GLICOFORINA		PSA	
CD 45		GLYPICAN-3		RE	
CD 61		H-CALDESMON		RP	
CD 68		HERPES VIRUS		S 100	
CD 79A		HMB45		SINAPTOFISINA	
CD 99		KAPPA		SOX 10	
CD 117		Ki 67		TDT	
CD 138		LAMBDA		TTF1	
CEA		MAMAGLOBINA		Vimentina	
CERB-B2		MELAN A		W T1 (Wilm's Tumor)	

INTERPRETACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE PROCESO

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO DEL ANATOMO PATÓLOGO



NOMBRE: ..... EDAD: .....

SERVICIO: ..... CAMA: .....

CODIGO: ..... FECHA: .....

COLORACIONES ESPECIALES	PARA MICRORGANISMOS		RESULTADOS
	SI	NO	
ALCIAN BLUE			
AZUL ALCIAN-PAS			
CRISTAL VIOLETA DE LIEB			
GIEMSA			
PAS			
PLATA METENAMINA DE GOMORI			
RETICULINA(GORDON-SWET)			
ROJO CONGO			
TINCION GRAM			
TRICROMICA DE MASSON			
VAN GIESON			
ZIEHL NEELSEN			

FECHA DE PROCESO: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL  
PROCEDIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO  
RESPONSABLE

N° PRE FACTURA o Recibo: .....

Plan de Atención: SIS  SALUD POL  PARTICULAR  PE



HOSPITAL REGIONAL CUSCO



6

# SOLICITUD DE PRUEBA MOLECULAR

Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: .....

Servicio: ..... Cama: ..... HCL: .....

IRS..... FUR: ..... N° parejas sexuales ..... Fecha de último PAP:.....

Fecha de última prueba molecular realizada: .....

DNI:..... Celular N°:..... Procedencia.....

MUESTRA ENVIADA

CODIGO DE REGISTRO

Hora de toma de muestra: .....

( ) Raspado cervico vaginal

( ) Esputo

( ) Otros

Datos clínicos relevantes:

IVAA: .....

Impresión diagnóstica:

Cusco,..... de..... 20.....

Fecha de recepción: .....

Hora recepción de muestra..... Costo: .....

Firma y sello del Med. Solicitante:

Nota: Remitir orden única con datos legibles completos.

RESULTADO: .....

OBSERVACIONES: .....

Firma y sello de TM responsable:

Fecha:.....







10

N°

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO  
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

**FORMATO DE PRÉSTAMO DE TACO Y LÁMINAS**

Yo, .....

Con DNI: ..... CELULAR: .....

CÓDIGOS EN PRESTAMO

GRADO DE PARENTESCO: .....

Solicito préstamo de .....láminas y ..... bloques de parafina de la muestra de

del Paciente ..... edad:.....sexo:.....y con procedencia del Hospital Regional Cusco.

Comprometiendome a ser totalmente responsable de preservar la integridad del material que recojo.

Soy conocedor de que todo el material de estudio está siendo retirado, por lo que el hospital deslinda toda responsabilidad del material estudiado.

Me comprometo a devolver en un plazo menor de 6 meses.

Cusco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20.....



Nombre: .....

Responsable de préstamo: .....

LAMINAS PARA ARCHIVO: .....

OBSERVACIONES:

**DEVOLUCIÓN**

Fecha de devolución: Cusco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20....

ENTREGA COPIA DE RESULTADO:

SI NO



Nombre: .....

Responsable de préstamo: .....





ANATOMIA PATOLÓGICA - HOSPITAL REGIONAL CUSCO

FECHA PRÓBABLE  
DE ENTREGA

CÓDIGO

MED RESP:

LLAMAR 2 DÍAS ANTES AL TELEFONO

084-231131 Y LUEGO MARQUE ANEXO 133.

DE 3:00 - 6:00 PM

HORARIO DE ENTREGA DE RESULTADOS

MAÑANAS: 7:00 - 9:00 A.M

7.5 cm

10 cm

13