|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| |  |  | | --- | --- | | **A** | : LIC. ADM. WALTER BERNARDO CONGORA  **OFICINA DE ADMINISTRACION DEL HOSPITAL DE PAMPAS** | | **DE** | M.C. YULIANA ERIKA SEGOVIA CORDOVA  **JEFATURA DE CONSULTORIOS EXTERNOS** | | **ASUNTO** | : **REQUERIMIENTO DE FORMATERIA DE CONSULTORIOS EXTERNOS** | | **FECHA** | :PAMPAS, 11 DE JUNIO DEL 2025 | |  |
|  |  |

**INFORME N°** **00030** **/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-SCE**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

*Es grato dirigirme a Ud. A fin de saludarlo cordialmente y el motivo de la presente es con la finalidad solicitar* ***el REQUERIMIENTOS DE FORMATOS PARA LA UPSS CONSULTORIOS EXTERNOS*** *con suma* ***URGENCIA*** *ya que no contamos con dichos documentos para la atención al paciente de consultorios externos.*

*Es todo lo que puedo informar para su conocimiento y tome las acciones correspondientes.*

*Adjuntar*

* *TDR- SERVICIO*
* *MODELOS DE LOS FORMATOS*

**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS**

1. **AREA USUARIA**

UPSS de Consultorios Externos

1. **DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN**

Adquisición de impresión de formatos para garantizar la atención de los usuarios del UPSS consultorios externos del Hospital de Pampas.

1. **FINALIDAD PÚBLICA:**

En el Hospital de Pampas se requiere de los formatos para la atención de los usuarios de la UPSS de consultorios externos.

1. **ANTECEDENTES:**

Se tiene la necesidad de contar con la impresión de formatos para garantizas la atención de los usuarios de la UPSS de consultorios Externos.

1. **OBJETIVOS**
   1. **Objetivo General**:

Garantizar la atención de los usuarios en los diferentes servicios según la cartera de servicios de la UPSS CONSULTORIOS EXTERNOS del Hospital de Pampas y así garantizar la continuidad del trabajo como establecimiento.

* 1. **Objetivo Específico:**

Garantizar la atención al usuario en cada servicio de la UPSS de CONSULTORIOS EXTERNOS con sus respectivos formatos.

1. **ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL BIEN**

**6.1. Descripción del servicio:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CANT** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **DESCRIPCIÓN** |
| 01 | 1 | Millar | FORMATO SOLICITUD DE ECOGRAFIA |
| 02 | 1 | Millar | FORMATO SOLICITUD EXAMENES DE RAYOS X |
| 03 | 1 | Millar | FORMATO DE SERVICIO DE ECOGRAFIA |
| 04 | 1 | Millar | FORMATO DE INFORME ECOGRAFICO GINECOLOGICO |
| 05 | 1 | Millar | FORMATO DE ATENCION AL NIÑO (VERDE) |
| 06 | 1 | Millar | FORMATO DE CONSULTA (ROSADO) |
| 07 | 1 | Millar | FORMATO DE ATENCION CONSULTA EXTERNA (AMARILLO) |
| 08 | 1 | Millar | FORMATO DE ATENCION CONSULTORIOS EXTERNOS (ADULTO MAYOR) |
| 09 | 1 | Millar | FORMATO DE CONSULTA EXTERNA (MENORES DE 5 AÑOS) |
| 10 | 1 | Millar | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS |
| 11 | 1 | Millar | REVOCATORIA |
| 12 | 1 | Millar | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA |
| 13 | 1 | Millar | EXAMENES COMPLEMENTARIO EXTERNO |

1. **EMBALAJE Y ROTULADO**

Será embalado en cajas que deben de soportar el traslado de dichos servicios.

1. **REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**
   1. **Del proveedor:**

* Ser persona natural y/o jurídica.
* Contar con ruc activo y habido.
* Contar con RNP
* Actividad económica en el rubro de la adquisición.
  1. **Del postor:**

Se debe comprometer a cumplir con lo siguiente:

* Las especificaciones técnicas.
* El tiempo establecido.

1. **MEDIDAS DE CONTROL:**

* **Área que coordinan con el proveedor:** Estará a cargo de la responsable UPSS de Consultorio Externo del Hospital de Pampas.
* **Área Responsables de Medidas de Control:** Área de almacén y responsable UPSS de Consultorios externos del Hospital de Pampas.
* **Área que brinda la conformidad:** Estará a cargo del responsable UPSS de Consultorios externos del Hospital de Pampas.

1. **LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA:**
   1. **Lugar:** El servicio se entregará al almacén del Hospital de Pampas.
   2. **Plazo:** El plazo de entrega del servicio empezará a regir a partir del día siguiente de la suscripción del contrato y/o Orden de compra**,** el mismo que tendrá una vigencia de cinco (05) días calendario
2. **GARANTIA Y TIEMPO DE REPOSICION:**

El plazo máximo de reposición 5 días calendarios, computados a partir del día siguiente de notificado el defecto y/o deficiencia del servicio.

1. **FORMA DE PAGO:**

El pago será de manera única a la culminación total del servicio previa suscripción del acta de conformidad. Los pagos se realizarán a través de abono a la cuenta CCI autorizada por el contratista

1. **CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN:**

Estará a cargo del responsable del UPSS Consultorio Externo del Hospital de Pampas. Previa recepción del servicio y conformidad del cumplimiento de las especificaciones técnicas.

1. **PENALIDADES:**

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o, de ser el caso del ítem que debió ejecutarse. Esta penalidad será deducida de los pagos a realizarse.

**Penalidad diaria = 0.10 x Monto vigente**

**F x Plazo vigente en días**

Donde F tendrá los siguientes valores:

• Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días: F = 0.40

• Para plazos mayores a sesenta (60) días: F = 0.25

**AFECTACION PRESUPUESTAL:**

* **Fuente de Financiamiento:**
* **Rubro:**
* **Meta:**
* **Especifica de Gasto:**