

**GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

RUC: 20564356116

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

ANEXO N° 04  
SOLICITUD DE COTIZACIÓN



NRO	065
FECHA:	30 de abril de 2025

RAZON SOCIAL : ..... RUC N° .....

DIRECCION : ..... TELEFONO: .....

REFERENCIA : INFORME N° 122-2025/GR CUSCO/GRSC/U.E.-408-HE/SF  
INFORME N° 066-2025-GR. CUSCO/GRSC/UE.408-HE/US PEDIDO SIGA. N°: 000061, 000060.

META : 0134, 0135. FTE.FTO. : 4-13

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION	
						P.U.	TOTAL
1	500100050561	1	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL - FARMACIA			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A3, block x 100 unidades.</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 400 talonarios</li> <li>• MEDIDAS: 22 (A)cm x 17 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco hueso (original) y copia (amarilla).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (A). Fácilmente desglosable.</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas.</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 25001</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A3, block x 100 unidades.</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 300 talonarios</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 15 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco hueso (original) y copia (amarilla).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (A). Fácilmente desglosable.</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas.</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 23901</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL : 65 gramos. Papel sin autocopiativo</li> <li>• CANTIDAD: 3000 Unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco (original).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras,color negro. Tal como se adjunta al modelo (C).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 0001</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A3, block x 100 unidades (Original +copia).</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 200 talonarios x 100 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco hueso (original) , copia (azul).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (D). Fácilmente desglosable.</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas.</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 0001</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4, block x 100 unidades (Original +copia).</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 100 talonarios x 100 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco hueso (original) y copia (azul).</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras. Tal como se adjunta al modelo (E). Fácilmente desglosable</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 2501</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4, block x 150 unidades (Original +copia+ copia).</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 3000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco hueso (original), copia (amarillo) y copia (rosado).</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras, con división con líneas punteadas de fácil fraccionamiento, Tal como se adjunta al modelo (F),</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 00001</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 2000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Azul (Original)</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras en ambas caras , Tal como se adjunta al modelo (G)</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 2000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: AMARILLO (original) .</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (H).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL: 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 1000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: amarillo (original)</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (I).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas.</li> </ul>			

META : 0134

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL: 65 gramos, Papel SIN autocopiativo.</li> <li>• CANTIDAD: 1000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Amarillo (original) .</li> <li>• IMPRESIÓN: Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (J).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> </ul>		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL : 65 gramos, Papel sin autocopiativo</li> <li>• CANTIDAD: 1000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco (original).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras color negro, Tal como se adjunta al modelo (K).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 0001</li> </ul>		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMATO: Hoja A4</li> <li>• PAPEL : 65 gramos, Papel sin autocopiativo</li> <li>• CANTIDAD: 1000 unidades</li> <li>• MEDIDAS: 21 (A)cm x 30 (L)cm</li> <li>• COLOR: Blanco (original).</li> <li>• IMPRESIÓN: Letras color negro, Tal como se adjunta al modelo (L).</li> <li>• EMBALAJE: Embalado en cajas</li> <li>• NUMERACIÓN: Inicia 0001</li> </ul>		
2	500100050561	1	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL - SIS		
META : 0135				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación: 25 Block (50 originales color blanco + 50 copias amarillo).</li> <li>• Material: Papel Químico Autocopiativo</li> <li>• Tamaño: Acabado A-4</li> <li>• Impresión: Anverso</li> <li>• Color de Impresión: Negro</li> <li>• Acabado: Block (50 originales + 50 copias) (Desglosable, empastado y cubierta de papel periódico).</li> </ul>		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación: 40 Blocks (50 originales + 150 copias).</li> <li>• * 1 original (blanco) y 3 copias(celeste rosado amarillo)</li> <li>• Material: Papel Químico Autocopiativo.</li> <li>• Tamaño: Acabado A-4</li> <li>• Impresión: Anverso</li> <li>• Color de Impresión: Negro</li> <li>• Acabado: Block (50 originales + 150 copias) (Desglosable, empastado y cubierta papel periódico)</li> <li>• Enumerado: Forma Correlativa **</li> <li>• Color Enumerado: (Negro y Rojo) **</li> </ul>		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación: 115 Blocks (50 originales + 150 copias).</li> <li>• * 1 original (blanco) y 3 copias(celeste rosado amarillo).</li> <li>• Material: Papel Químico Autocopiativo.</li> <li>• Tamaño: Acabado A-4.</li> <li>• Impresión: Anverso.</li> <li>• Color de Impresión: Negro.</li> <li>• Acabado: Block (50 originales + 150 copias) (Desglosable, empastado y cubierta de papel periódico).</li> <li>• Enumerado: Forma Correlativa **</li> <li>• Color Enumerado: (Negro y Rojo) **</li> </ul>		
				A) DOCUMENTACION:		
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.		
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)		
				* Declaración Jurada de Datos del Postor		
				B) PLAZO DE EJECUCION DE SERVICIO:		
				Plazo de entrega será de 10 días calendarios, después de notificado la orden de servicio.		
				C) LUGAR DE SERVICIO:		
				El servicio se ejecutara en las instalaciones del contratista y serán entregados en las instalaciones del Hospital de Espinar en coordinación con el area usuaria, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.		
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTADO AL PRESENTE.						
TOTAL IMPORTE DE COTIZACION						

FECHA DE COTIZACIÓN .....

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV ( 18 %)

\* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

\* TIEMPO DE GARANTIA.....

\* OTROS.....

\* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

\* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en los **TERMINOS DE REFERENCIA** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento

\* Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa .....

\* Precisar periodo de VIGENCIA en dias calendarios (Oferta Economica Valida Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_)

\* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.

\* N° de cuenta interbancaria de abono CCI : .....

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

\* La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera to

INSTITUCION NACIONAL CUSCO  
 GENERAL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD CUSCO  
 U.E. HOSPITAL DE ESPINAR  
  
 Tec Milton Carlos Mata Zevallos  
 RESP. COTIZACION  
 Firma y Sello

PROVEEDOR  
Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N° ....., Representante Legal (de corresponder) ....., con RUC N°....., con domicilio legal en..... correo electrónico .....autorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588-Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

.....
Nombres y Firma del postor

**ANEXO**  
**CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI**

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es el .....con Razón Social .....  
.....agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....

Firma

Nombre y apellidos del proveedor o de su representante

DNI:

## TERMINOS DE REFERENCIA

### SERVICIO DE IMPRESIONES, ECUADERNACION Y EMPASTADO

#### FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA – ADMINISTRATIVO), HOJA DE REFERENCIA Y HOJA DE CONTRAREFERENCIA.

Dependencia : Unidad de Seguros  
Meta : 0135  
FF/Rb : 4-13 Donaciones y Transferencias  
Genérica : 2.3 (Bienes y Servicios)  
Clasificador Gasto : 2. 3. 2 7. 11 6

#### 1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Servicio de impresión, encuadernación y empastado del Formato Único de Atención (FUA – Administrativo), la Hoja de Referencia y la Hoja de Contrareferencia de la Unidad de Seguros de la Unidad Ejecutora - 408 Hospital de Espinar.

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA

Contar con el servicio de impresión, encuadernación y empastado del Formato Único de Atención (FUA – Administrativo), la Hoja de Referencia y la Hoja de Contrareferencia, para la Unidad de Seguros en el marco de sus funciones y competencias para la atención de la población asegurada y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SIS de la Unidad Ejecutora - 408 del Hospital de Espinar y toda su jurisdicción.

Mejorar los procesos de las prestaciones de salud del SIS, con el registro adecuado y correcto de las atenciones realizadas a los asegurados mediante el Formato Único de Atención (FUA – Administrativo), la Hoja de Referencia y la Hoja de Contrareferencia, con la finalidad de garantizar la información y la continuidad de la atención del asegurado en el Seguro Integral de Salud (SIS), en los diferentes niveles organizacionales y de acuerdo a la complejidad del ámbito de la Unidad Ejecutora - 408 del Hospital de Espinar.

#### 3. ANTECEDENTES

De acuerdo al marco conceptual que se establece en la “Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (N T N° 018-MINSA/DGSP-V.01)”. El Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud se basa en principios de universalidad en el acceso, equidad, integralidad de la atención, calidad y eficiencia respecto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana.

*Estos principios han exigido cambios y redefiniciones coherentes y complementarias en el modelo de prestación de los servicios de salud. El principio de integridad tiene varias dimensiones, siendo una de ellas la continuidad de la atención, que supone que la atención de la salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutoria de los establecimientos de Salud, sino por el contrario esta debe ser seguida y completada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica.*

Citado la norma, es de imperiosa necesidad el adquirir la Hoja de Referencia y la Hoja de Contrareferencia para garantizar la continuidad de la atención del paciente asegurado en el Seguro Integral de Salud (SIS), que se encuentra referido y/o contrareferido por Consulta Externa, por Apoyo al Diagnóstico y por Emergencia dentro de la jurisdicción del Hospital de Espinar; además, dentro de las actividades que se involucran están las que comprenden tareas y acciones orientadas a las referencias y viáticos del personal de salud, quienes realizan el traslado de los pacientes asegurados del (SIS), que son referidos a los hospitales de mayor nivel

  
Dra. Estefanía Erazo Carrasco  
Médico Cirujano  
C.M.P. 004131  


de atención y complejidad; usando para ello, el Formato Único de Atención (FUA – Administrativo) en donde se registra la información y el sustento para una posterior auditoría de la prestación de salud.

#### 4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION.

##### 4.1 Objetivo General

Contratar el servicio de impresión, encuadernación y empastado del Formato Único de Atención (FUA – Administrativo), la Hoja de Referencia y la Hoja de Contrareferencia, para la Unidad de Seguros y registrar las acciones orientadas a las referencias y viáticos del personal de salud y la continuidad de la atención de los pacientes asegurados en el Seguro Integral de Salud (SIS), que se encuentra referidos y/o contrareferidos luego de ser atendidos por Consulta Externa, por Apoyo al Diagnóstico y por Emergencia, a hospitales de mayor nivel de atención y complejidad y/o a Centros de Salud de origen de la jurisdicción de la Unidad Ejecutora - 408 del Hospital de Espinar.

##### 4.2 Objetivos Específicos

- Registrar las acciones orientadas a las referencias y viáticos del personal de salud en el Formato Único de Atención (FUA – Administrativo).
- Registrar a los pacientes de la población asignada al Hospital de Espinar que son atendidos por Consulta Externa, por Apoyo al Diagnóstico y por Emergencia, y por la naturaleza de su diagnóstico requieren ser referidos a Hospitales de mayor nivel de atención y complejidad; usando para ello, la Hoja de Referencia.
- Registrar a los pacientes que son referidos de los Centros de Salud al Hospital de Espinar para su atención por Consulta Externa, por Apoyo al Diagnóstico y por Emergencia y para asegurar la continuidad de acuerdo a la norma son registrados en la Hoja de Contrareferencia.

#### 5. DESCRIPCION DEL SERVICIO A CONTRATAR

FORMATO: FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA – ADMINISTRATIVO)																								
N°	UNIDAD DE MEDIDA	CARACTERISTICAS TECNICAS	CANTIDAD																					
Ítem 1	UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presentación:</b> 25 Block (50 originales + 50 copias)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>COPIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas <b>Papel BLANCO</b></td> <td>50 hojas <b>Papel AMARILLO</b></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material:</b> Papel Químico Autocopiativo</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Papel BLANCO</b></td> <td><b>Papel AMARILLO</b></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tamaño:</b> Acabado A-4</li> <li>• <b>Impresión:</b> Anverso</li> <li>• <b>Color de Impresión:</b> Negro</li> <li>• <b>Acabado:</b> Block (50 originales + 50 copias) (Desglosable, empastado y cubierta de papel periódico)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas <b>Papel BLANCO</b></td> <td>50 hojas <b>Papel AMARILLO</b></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enumerado:</b> Forma Correlativa **</li> <li>• <b>Color Enumerado:</b> (Negro y Rojo) **</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">** ENUMERADO Y COLOR</th> </tr> <tr> <th>(negro)</th> <th>(negro)</th> <th>(rojo)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7135</td> <td>25 A</td> <td>Desde: 01900001 Hasta: 01901250</td> </tr> </tbody> </table>	ORIGINAL	COPIA	50 hojas <b>Papel BLANCO</b>	50 hojas <b>Papel AMARILLO</b>	ORIGINAL	COPIA Final	<b>Papel BLANCO</b>	<b>Papel AMARILLO</b>	ORIGINAL	COPIA Final	50 hojas <b>Papel BLANCO</b>	50 hojas <b>Papel AMARILLO</b>	** ENUMERADO Y COLOR			(negro)	(negro)	(rojo)	7135	25 A	Desde: 01900001 Hasta: 01901250	<p><b>1,250</b> <b>Unidades</b></p> <p>25 blocks (50 originales + 50 copias cada block)</p>
ORIGINAL	COPIA																							
50 hojas <b>Papel BLANCO</b>	50 hojas <b>Papel AMARILLO</b>																							
ORIGINAL	COPIA Final																							
<b>Papel BLANCO</b>	<b>Papel AMARILLO</b>																							
ORIGINAL	COPIA Final																							
50 hojas <b>Papel BLANCO</b>	50 hojas <b>Papel AMARILLO</b>																							
** ENUMERADO Y COLOR																								
(negro)	(negro)	(rojo)																						
7135	25 A	Desde: 01900001 Hasta: 01901250																						

  
 Dra. Estefanía Erazo Carrasco  
 Médico Cirujano  
 C.M.P. 094151

FORMATO: HOJA DE REFERENCIA																																									
N°	UNIDAD DE MEDIDA	CARACTERISTICAS TECNICAS			CANTIDAD																																				
Ítem 1	UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presentación:</b> 40 Blocks (50 originales + 150 copias)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA</th> <th>2da COPIA</th> <th>3ra COPIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas Papel BLANCO</td> <td>50 hojas Papel CELESTE</td> <td>50 hojas Papel ROSADO</td> <td>50 hojas Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material:</b> Papel Químico Autocopiativo</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA Intermedio</th> <th>2da COPIA Intermedio</th> <th>3ra COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papel BLANCO</td> <td>Papel CELESTE</td> <td>Papel ROSADO</td> <td>Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tamaño:</b> Acabado A-4</li> <li>• <b>Impresión:</b> Anverso</li> <li>• <b>Color de Impresión:</b> Negro</li> <li>• <b>Acabado:</b> Block (50 originales + 150 copias) (Desglosable, empastado y cubierta papel periódico)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA Intermedio</th> <th>2da COPIA Intermedio</th> <th>3ra COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas Papel BLANCO</td> <td>50 hojas Papel CELESTE</td> <td>50 hojas Papel ROSADO</td> <td>50 hojas Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enumerado:</b> Forma Correlativa **</li> <li>• <b>Color Enumerado:</b> (Negro y Rojo) **</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">** ENUMERADO Y COLOR</th> </tr> <tr> <th>DISA (negro)</th> <th>LOTE (negro)</th> <th colspan="2">NUMERO (rojo)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110</td> <td>25</td> <td colspan="2">Desde: 02601501 Hasta: 02603500</td> </tr> </tbody> </table>			ORIGINAL	1ra COPIA	2da COPIA	3ra COPIA	50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO	ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final	Papel BLANCO	Papel CELESTE	Papel ROSADO	Papel AMARILLO	ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final	50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO	** ENUMERADO Y COLOR				DISA (negro)	LOTE (negro)	NUMERO (rojo)		110	25	Desde: 02601501 Hasta: 02603500		<p><b>2,000 Unidades</b></p> <p>40 blocks (50 originales + 150 copias cada block)</p>
		ORIGINAL	1ra COPIA	2da COPIA	3ra COPIA																																				
		50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO																																				
		ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final																																				
		Papel BLANCO	Papel CELESTE	Papel ROSADO	Papel AMARILLO																																				
		ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final																																				
		50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO																																				
		** ENUMERADO Y COLOR																																							
		DISA (negro)	LOTE (negro)	NUMERO (rojo)																																					
		110	25	Desde: 02601501 Hasta: 02603500																																					

FORMATO: HOJA DE CONTRAREFERENCIA																																									
N°	UNIDAD DE MEDIDA	CARACTERISTICAS TECNICAS			CANTIDAD																																				
Ítem 1	UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presentación:</b> 115 Blocks (50 originales + 150 copias)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA</th> <th>2da COPIA</th> <th>3ra COPIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas Papel BLANCO</td> <td>50 hojas Papel CELESTE</td> <td>50 hojas Papel ROSADO</td> <td>50 hojas Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material:</b> Papel Químico Autocopiativo</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA Intermedio</th> <th>2da COPIA Intermedio</th> <th>3ra COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papel BLANCO</td> <td>Papel CELESTE</td> <td>Papel ROSADO</td> <td>Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tamaño:</b> Acabado A-4</li> <li>• <b>Impresión:</b> Anverso</li> <li>• <b>Color de Impresión:</b> Negro</li> <li>• <b>Acabado:</b> Block (50 originales + 150 copias) (Desglosable, empastado y cubierta de papel periódico)</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ORIGINAL</th> <th>1ra COPIA Intermedio</th> <th>2da COPIA Intermedio</th> <th>3ra COPIA Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 hojas Papel BLANCO</td> <td>50 hojas Papel CELESTE</td> <td>50 hojas Papel ROSADO</td> <td>50 hojas Papel AMARILLO</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enumerado:</b> Forma Correlativa **</li> <li>• <b>Color Enumerado:</b> (Negro y Rojo) **</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">** ENUMERADO Y COLOR</th> </tr> <tr> <th>DISA (negro)</th> <th>LOTE (negro)</th> <th colspan="2">NUMERO (rojo)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110</td> <td>25</td> <td colspan="2">Desde: 02450751 Hasta: 02456500</td> </tr> </tbody> </table>			ORIGINAL	1ra COPIA	2da COPIA	3ra COPIA	50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO	ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final	Papel BLANCO	Papel CELESTE	Papel ROSADO	Papel AMARILLO	ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final	50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO	** ENUMERADO Y COLOR				DISA (negro)	LOTE (negro)	NUMERO (rojo)		110	25	Desde: 02450751 Hasta: 02456500		<p><b>5,750 Unidades</b></p> <p>115 blocks (50 originales + 150 copias cada block)</p>
		ORIGINAL	1ra COPIA	2da COPIA	3ra COPIA																																				
		50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO																																				
		ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final																																				
		Papel BLANCO	Papel CELESTE	Papel ROSADO	Papel AMARILLO																																				
		ORIGINAL	1ra COPIA Intermedio	2da COPIA Intermedio	3ra COPIA Final																																				
		50 hojas Papel BLANCO	50 hojas Papel CELESTE	50 hojas Papel ROSADO	50 hojas Papel AMARILLO																																				
		** ENUMERADO Y COLOR																																							
		DISA (negro)	LOTE (negro)	NUMERO (rojo)																																					
		110	25	Desde: 02450751 Hasta: 02456500																																					

  
 Dra. Estelita Trazo Carrasco  
 Médico Cirujano  
 CMP. 094151

## 6. PERIODO DE GARANTIA

El postor adjudicado garantizara los materiales por un periodo mínimo de doce (12) meses, durante el cual se comprometerá a reemplazar los formatos que hayan sido observados por el área usuaria, en un plazo máximo de cinco (05) días calendarios.

## 7. REPOSICION DE PRODUCTOS DEFECTUOSOS

Los formatos que no se encuentren en óptimas condiciones para su uso, o que presenten defectos, rayaduras, enmendaduras, rotas y otros, deberán ser repuestos en un plazo no mayor a los cinco (05) días calendarios contados a partir del día siguiente de Recepción de la notificación.

## 8. COORDINACION

La coordinación está a cargo del área usuaria Unidad de Seguros de la UE - 408 Hospital de Espinar, los mismos que absolverán las consultas pertinentes y acciones necesarias hasta la culminación de la prestación.

## 9. PLAZO DE ENTREGA

La entrega se realizará cumplido el plazo de 10 días calendarios de notificado la orden de servicio o suscrito el contrato.

## 10. LUGAR DE ENTREGA.

Los formatos serán entregados en la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, sito en Calle Domingo Huarca S/N de la Provincia de Espinar, Departamento de Cusco.

## 11. CONFORMIDAD

La conformidad del servicio de impresión, encuadernación y empastado, será otorgada por el responsable de la Unidad de Seguros, de la UE - 408 Hospital Espinar.

## 12. FORMA DE PAGO.

- La entidad realizara el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en único pago.
- Para efectos de pago debe contar con la siguiente documentación: La conformidad del servicio lo realizara el funcionario responsable de la Unidad de Seguros.

## 13. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

### 13.1 Perfil del Proveedor:

- Persona natural o jurídica especializada en trabajos de impresión y/o diseño gráfico.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP).
- Contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI), relacionada al número de RUC.
- Contar con Registro Único de Contribuyentes (RUC) vigente.
- Declaración Jurada Simple de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar por el estado.

### 13.2 Experiencia:

Experiencia en el servicio de impresión, encuadernación y empastado no menor a 1 año.

## 14. PENALIDADES APLICABLES

### 14.1 Penalidades por Mora

- Se aplica en caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones y conforme lo establecido en los términos de referencia.



- La penalidad se aplica por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la contratación o ítem que debió ejecutarse, esta penalidad es deducida de los pagos a cuenta, del pago final.
- La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto de la Contratación o ítem}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para los plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general y consultorías: F= 0.40.
- Para plazos mayores a sesenta (60) días: para bienes, servicios en general y consultorías: F= 0.25.
- En caso de cubrir el monto máximo de la penalidad, se podrá resolver el contacto por incumplimiento.

De existir otro tipo de aplicación de penalidad señalada en los términos de referencia o especificaciones técnicas, también podrá ser aplicada a las contrataciones iguales o inferiores a 8 UIT, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la contratación o ítem que debió ejecutarse

#### 15. COSTOS.

- El pago se realizará de forma única y con la conformidad del área usuaria.
- El total del servicio de impresión, encuadernación y empastado, incluye: 25 blocks de Formato Único de Atención (FUA - Administrativo), 40 blocks de Hoja de Referencia y 115 blocks de Hoja de Contrareferencia, con un costo total de S/ 4,250.00 soles (Cuatro Mil Doscientos Cincuenta y 00/100 soles).

#### 16. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

- Dependencia : Unidad de Seguros
- Meta : 0135
- FF/Rb : 4-13 Donaciones y Transferencias
- Genérica : 2.3 (Bienes y Servicios)
- Clasificador Gasto : 2. 3. 2 7. 11 6  
Servicio de Impresiones, Encuadernación y Empastado

#### 17. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL DE ESPINAR

La Unidad Ejecutora 408, Hospital de Espinar, como entidad contratante proveerá de la información que se deriven de la necesidad de lograr los objetivo y productos señalados en el presente servicio de impresión, encuadernación y empastado. Así mismo, brindara la logística necesaria como son los modelos que serán aprobados previa coordinación por correo electrónico, celulares entre el proveedor y el área usuaria (responsable de la Unidad de Seguros).

#### 18. OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

- El proveedor se compromete a cumplir con las actividades que exige el presente Termino de Referencia, de acuerdo a los plazos establecidos.
- El proveedor está obligado a la confidencialidad de la información obtenida en el presente servicio de impresión, encuadernación y empastado. Los informes y documentos producidos

  
 Dra. Esteliana Erazo Carrasco  
 Médico Cirujano  
 CMP/094151

durante la ejecución del presente termino de referencia no pueden ser divulgado por el contratado.

- El proveedor cederá en forma exclusiva al hospital los títulos de propiedad, o derechos de autor y otro tipo de derecho de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente Término de Referencia.

#### 19. OBLIGACIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR

La conformidad del servicio de impresión, encuadernación y empastado, la dará el área usuaria, mediante un informe de conformidad de la Unidad de Seguros, para proceder con el procedimiento del pago correspondiente.

  
Dra. Estefanía Erazo Carrasco  
Medico Cirujano  
CMP. 094151  




PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

## FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

7135

25 A

00000000

N° FUA PRESTACIÓN DE SALUD A VINCULAR

DE LA IPRESS DE ORIGEN

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

7135

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

HOSPITAL DE ESPINAR

DEL ASEGURADO/ USUARIO

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	
				COD. SEGURO	

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE

OTROS NOMBRES

SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					
FEMENINO						
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
PUERPERA					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

DE LA ATENCIÓN EN LA IPRESS DE ORIGEN

FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	CÓD. PRESTA	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO					DE INGRESO			
			:				DE ALTA			

DE LA PRESTACIÓN ADMINISTRATIVA

FECHA				HORA	DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA MATERNA			
INICIO	DIA	MES	AÑO	:	MOTIVO DE INGRESO A LA CASA MATERNA	RESIDE EN UNA LOCALIDAD DISTINTA	CÓDIGO CASA MATERNA	NOMBRE CASA MATERNA
FIN				:		CARECE DE ASISTENCIA DOMICILIARIA		
						PRESENTA COMPLICACIONES		
						OTRO		

DEL DESTINO DEL ASEGURADO

REFERIDO	EMERGENCIA	CONTRA REFERIDO	CURADO	CÓDIGO RENIPRESS	DEL TRASLADO DE EMERGENCIA	NRO HOJA DE REFERENCIA/ CONTRAREFERENCIA
	APOYO AL DIAGNÓSTICO		MEJORADO		NOMBRE DE LA IPRESS DE DESTINO	
			FALLECIDO			

DIAGNÓSTICO

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO	
		TIPO DE DX	CIE-10	TIPO DE DX	CIE-10	
1		P	D	R	D	R
2		P	D	R	D	R
3		P	D	R	D	R
4		P	D	R	D	R
5		P	D	R	D	R

DE LA RENDICIÓN DE GASTOS

COD. TIPO TRANSPORTE	COD. TRANSPORTE	DETALLE DE TRANSPORTE	NRO. PASAJEROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL	COD. TIPO GASTO VIÁTICO	COD. GASTO	DETALLE DE VIÁTICOS	N° DÍAS	NRO. COMISIÓNADOS	TOTAL	COD. TIPO OTROS GASTOS	COD. OTROS GASTOS	DETALLE DE OTROS GASTOS	CANTIDAD	N° DÍAS (ALI)	PRECIO UNITARIO	TOTAL

COD. TIPO TRANSPORTE: 1. AEREO 2. TERRESTRE 3. FLUVIAL 4. MARÍTIMO 5. LACUSTRE

COD. GASTO VIÁTICO: 1. HOSPEDAJE 2. ALIMENTACIÓN 3. MOVILIDAD LOCAL

COD. OTROS GASTOS: 1. COMBUSTIBLE 2. PEAJE 3. TULIA 4. ALIMENTACIÓN TRASLADOS 5. ALIMENTACIÓN CASA MATERNA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SEGUROS O LA QUE HAGA SUS VECES





PERÚ

Ministerio de Salud

## HOJA DE REFERENCIA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
UNIDAD EJECUTORA 408  
HOSPITAL DE ESPINAR

## 1. DATOS GENERALES

Fecha: 

DIA	MES	AÑO
		20

 Hora: 

--	--	--	--

 Asegurado:  SI  NO  
 Tipo: SUBSIDIADO  SEMI-SUBSIDIADO  Otro:  -----

Disa	Lote	NUMERO DE FORMATO
110	25	N° 00000000

Establecimiento de Origen de la Referencia: \_\_\_\_\_

Establecimiento Destino de la Referencia: \_\_\_\_\_

## 2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS		N° HISTORIA CLÍNICA
Disa	Lote	NUMERO DE FORMATO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Sexo:  F  M      Edad: Años 

--	--

 Meses 

--	--

 Días 

--	--

Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

## 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: \_\_\_\_\_

FUR: \_\_\_\_\_

FPP: \_\_\_\_\_

Examen Físico    T° \_\_\_\_\_ °C    P.A. \_\_\_\_\_ mm. Hg    F.R. \_\_\_\_\_ x min.    F.C. \_\_\_\_\_ x min.    Peso \_\_\_\_\_ Kg.

Exámenes Auxiliares \_\_\_\_\_

Diagnóstico	1)	2)	3)	4)	CIE - 10			D	P	R

Tratamiento \_\_\_\_\_

## 4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de Referencia					
Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>				
Fecha en que será atendido: _____						
Hora en que será atendido: _____						
Nombre de quien lo atenderá: _____						
Nombre con quien se coordinó la atención: _____						
Especialidad del Destino						
Pediatría _____ <input type="checkbox"/>	Medicina _____ <input type="checkbox"/>	Cirugía _____ <input type="checkbox"/>	Gineco-Obst. _____ <input type="checkbox"/> Lab. _____ <input type="checkbox"/> Dx. Imag. _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/>			
Condición del Paciente al inicio del Traslado						
Estable <input type="checkbox"/>		Mal Estado <input type="checkbox"/>				
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe			
Nombre _____ Colegiatura _____ Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre _____ Colegiatura _____ Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre _____ Colegiatura _____ Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre _____ Colegiatura _____ Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro _____			
			Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Hora <table border="1"><tr><td></td></tr></table>			
Firma y Sello _____						

## Condición del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

 Estable       Mal Estado       Fallecido

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### “CONTRATO DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERIA 2025 PARA ATENCIÓN DE PACIENTES SIS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE ESPINAR”

*Meta presupuestal: 0134*

*Fuente de financiamiento: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS*

*Específica: 2.3.27.11 6*

#### 1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Servicio de impresión de formatearía 2025 para la atención de pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud.

#### 2. FINALIDAD PÚBLICA

El presente servicio tiene por finalidad la impresión de formatos como son los recetarios para los diferentes servicios del Hospital como son consulta externa, hospitalización, estrategias sanitarias, emergencia, conforme al marco establecido en el numeral 7.6.5 de la directiva SISMED aprobado con RM N°116-2018/MINSA que permitirán la prescripción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, destinada para la atención de pacientes asegurados al SIS que acuden diariamente a los diferentes servicios del Hospital de Espinar.

#### 3. ANTECEDENTES

EL SISMED es una estrategia de Salud pública que tiene por objetivo Mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población, especialmente de aquella de escasos recursos económicos, enmarcado en los lineamientos de lucha contra la pobreza y descentralización.

Basado en los principios de: Equidad y Solidaridad, Racionalidad, Integridad.

El control sanitario de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios es eficaz únicamente, si abarca toda la cadena de suministro, desde su fabricación hasta la dispensación a la población. Los medicamentos e insumos medico quirúrgicos son parte importante para la recuperación de nuestros pacientes asegurados y particulares.

Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios deben ser prescritos por el profesional autorizado y dispensado por el químico farmacéutico cuyos documentos de por medio para que llegue a manos de los pacientes son los formatos que se solicitan.

#### 4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

##### 4.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Brindar formatearía para la prescripción, dispensación y control oportuno de productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos para la atención diaria de pacientes asegurados que acuden al servicio de Farmacia del Hospital de Espinar.

##### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Facilitar la formatearía necesaria para la adecuada prescripción, de productos farmacéuticos dispositivos médicos e insumos a pacientes asegurados por parte del personal prescriptor de los diferentes servicios hospitalarios.
- ✓ Brindar calidad de atención a nuestros asegurados.

#### 5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

##### 5.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

El servicio debe ser realizado sobre la base de la información que proporcione el área usuaria: Servicio de Farmacia.

##### 5.1.1. METODOLOGÍA

- ✓ El proveedor designará a una persona que coordine con nuestra institución del desarrollo del servicio.
- ✓ El proveedor del servicio plantea las mejores opciones que optimice la presentación de los productos finales.
- ✓ El proveedor debe utilizar el software y tecnología actual para un mejor acabado de los productos a imprimir.

##### 5.1.2. ACTIVIDADES

- ✓ El proveedor del servicio coordina con el área usuaria el inicio del trabajo.

- ✓ El proveedor trae muestras impresas en los materiales a utilizar de cada uno de los productos a imprimir antes del tiraje final.
- ✓ El proveedor absolverá y subsanará observaciones y/o consultas de cada producto y las corregirá oportunamente antes de proceder con la impresión final.
- ✓ Con la aprobación del área usuaria de cada uno de los productos recién se procede a realizar la impresión de los materiales.
- ✓ Proveedor entrega el trabajo final embalado en cajas de cartón y rotuladas por tipo de material y cantidad en las oficinas del almacén de Hospital de Espinar.

## 6. PRODUCTOS ENTREGABLES POR EL SERVICIO

FORMATO DE RECETAS	PRESENTACIÓN	CANTIDAD
FORMATO A (Receta de Consultorio Externo)	1 talonario x 100 unidades	400 talonarios
FORMATO B (Hoja prescripción médica )	1 talonario x 100 unidades	300 talonarios
FORMATO C (Formato de descarga hospitalización )	Unidades	3000 unidades
FORMATO D (Anestesiología)	1 talonario x 100 unidades	200 talonarios
FORMATO E (Cirugía)	1 talonario x 100 unidades	100 talonarios
FORMATO F ( Ficha de evaluación de causalidad de RAM )	unidades	3000 unidades
FORMATO CELESTE G (Tecnovigilancia)	unidades	2000 unidades
FORMATO AMARILLO H (Farmacovigilancia)	unidades	2000 unidades
FORMATO I (Tuberculosis )	unidades	1000 unidades
FORMATO J (ESAVI)	unidades	1000 unidades
FORMATO K ( Formato 1 de recepción de almacén)	Unidades	1000 unidades
FORMATO L ( Formato 2 de recepción de almacén)	Unidades	1000 unidades

### 6.1. FORMATO A: RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA + INDICACIONES (ORIGINAL + COPIA) – MODELO (A) RECETA DE CONSULTORIO EXTERNO

- **FORMATO:** Hoja A3, block x 100 unidades.
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 400 talonarios
- **MEDIDAS:** 22 (A)cm x 17 (L)cm
- **COLOR:** Blanco hueso (original) y copia (amarilla).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (A). Fácilmente desglosable.
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas.
- **NUMERACIÓN:** Inicia 25001

### 6.2. FORMATO B: RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA (ORIGINAL + COPIA ) – MODELO (B) HOJA DE PRESCRIPCIÓN MEDICA

- **FORMATO:** Hoja A3, block x 100 unidades.
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 300 talonarios
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 15 (L)cm
- **COLOR:** Blanco hueso (original) y copia (amarilla).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (A). Fácilmente desglosable.
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas.
- **NUMERACIÓN:** Inicia 23901

### 6.3. FORMATO C : FORMATO DE DESCARGA DE HOSPITALIZACIÓN ( ORIGINAL ) MODELO (C)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL :** 65 gramos. Papel sin autocopiativo
- **CANTIDAD:** 3000 Unidades

- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco (original).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (C).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas
- **NUMERACIÓN:** Inicia 0001

#### 6.4. FORMATO RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA (ORIGINAL + COPIA) – MODELO (D) RECETA DE ANESTESIOLOGÍA

- **FORMATO:** Hoja A3, block x 100 unidades (Original +copia).
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 200 talonarios x 100 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco hueso (original) , copia (azul).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro. Tal como se adjunta al modelo (D). Fácilmente desglosable.
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas.
- **NUMERACIÓN:** Inicia 0001

#### 6.5. FORMATO RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA (ORIGINAL + COPIA) – MODELO (E) RECETA DE CIRUGÍA

- **FORMATO:** Hoja A4, block x 100 unidades (Original +copia).
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 100 talonarios x 100 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco hueso (original) y copia (azul).
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras. Tal como se adjunta al modelo (E). Fácilmente desglosable
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas
- **NUMERACIÓN:** Inicia 2501

#### 6.6. FORMATO DE FICHA DE EVALUACIÓN DE CAUSALIDAD DE RAM – MODELO (F)

- **FORMATO:** Hoja A4, block x 150 unidades (Original +copia+ copia).
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 3000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco hueso (original), copia (amarillo) y copia (rosado).
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras, con división con líneas punteadas de fácil fraccionamiento, Tal como se adjunta al modelo (F),
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas
- **NUMERACIÓN:** Inicia 00001

#### 6.7. FORMATO TECNOVIGILANCIA (G)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 2000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Azul (Original)
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras en ambas caras , Tal como se adjunta al modelo (G)
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas

#### 6.8. FORMATO FARMACOVIGILANCIA (H)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 2000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** AMARILLO (original) .
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (H).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas

#### 6.9. FORMATO ANTITUBERCULOSIS (I)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 1000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** amarillo (original)
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (1).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas.

#### 6.10. FORMATO (J) ESAVI

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL:** 65 gramos. Papel SIN autocopiativo.
- **CANTIDAD:** 1000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Amarillo (original) .
- **IMPRESIÓN:** Impresión con letras negras en ambas caras. Tal como se adjunta al modelo (J).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas

#### 6.11. FORMATO K: FORMATO 1 DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN (K)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL** : 65 gramos. Papel sin autocopiativo
- **CANTIDAD:** 1000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco (original).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro, Tal como se adjunta al modelo (K).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas
- **NUMERACIÓN:** Inicia 0001

#### 6.12. FORMATO L : FORMATO 2 DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN (L)

- **FORMATO:** Hoja A4
- **PAPEL** : 65 gramos. Papel sin autocopiativo
- **CANTIDAD:** 1000 unidades
- **MEDIDAS:** 21 (A)cm x 30 (L)cm
- **COLOR:** Blanco (original).
- **IMPRESIÓN:** Letras color negro, Tal como se adjunta al modelo (L).
- **EMBALAJE:** Embalado en cajas
- **NUMERACIÓN:** Inicia 0001

## 7. PLAZO DE EJECUCIÓN

El servicio tendrá una duración de hasta siete (7) días, contabilizados a partir del día siguiente de la recepción de la orden de compra. La ejecución del servicio será recepcionado en una sola entrega.

## 8. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

### 8.1. PERFIL DEL PROVEEDOR

- ✓ Persona natural o jurídica especializada en trabajos de impresión y/o diseños gráficos de documentos y materiales gráficos.
- ✓ Contar con Registro Nacional de Proveedores, si la propuesta económica es >1 UIT, contar con Código de Cuenta Interbancaria (CCI) - cuenta relacionada al número de RUC.
- ✓ Contar con Registro Único de Contribuyentes (RUC) vigente.
- ✓ Declaración jurada simple de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar por el estado.

### 8.2. EXPERIENCIA

- ✓ Experiencia en la dotación de servicios de impresión o diseño gráfico no menor a 1 año.

## 9. 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 de acuerdo a la siguiente formula:

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a 60 días: F=0.15
- 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 servicio, que fuera materia de retraso.

## 10. COSTOS Y MODALIDAD

La forma de cancelación total del servicio se realizará en un pago único, cuando el área usuaria emita el documento de conformidad de servicio.

## 11. CONFORMIDAD

La conformidad se verificará con el sello y firma de la unidad de logística y almacén en la orden de compra.

## 12. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Meta presupuestal: 0134  
Fuente de Financiamiento: D y T  
Específica: 23.27.11 6

## 13. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL DE ESPINAR:

La U. E. 408 hospital de Espinar, como entidad contratante proveerá de la información que se deriven de la necesidad de lograr los objetivo y productos señalados en el presente servicio. Así mismo, brindara la logística necesaria y el reconocimiento de los gastos por comisión de servicio.

## 14. OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO:

El proveedor se compromete a cumplir con las actividades que exige el presente término de referencia, de acuerdo a los plazos establecidos.

El proveedor está obligado a la confidencialidad de la información obtenida en el presente servicio. Los informes y documentos producidos durante la ejecución del presente término de referencia no pueden ser divulgados por el contratado.

 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
Q.F. FLOR DE LIZ LLAQTA HUAMAN  
CQFP. 24141

El proveedor cederá en forma exclusiva al hospital los títulos de propiedad, o derechos de autor y otro tipo de derecho de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente término de referencia.

**15. OBLIGACIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR:**

La conformidad del servicio la dará el usuario, se realizará un informe por parte del Servicio de Farmacia dando la conformidad del Servicio para emitir su pago correspondiente.

 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR  
  
.....  
Q.F. FLOR DE LIZ LIACTA HUAMAN  
CQFP. 24141





- FORMATO C ( Formato de descarga hospitalización )

<b>FORMATO DE DESCARGA DE HOSPITALIZACIÓN</b>					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
NOMBRES Y APELLIDOS					FECHA DE INGRESO:
					...../...../.....
					Nº DE CAMA:
DNI					SERVICIO :
Nº RECETA	FECHA DE LA RECETA	MONTO	MONTO TOTAL	RESPONSABLE DE LA DESCARGA	Q.F. REVISADO
R-1	/ /				
R-2	/ /				
R-3	/ /				
R-4	/ /				
R-5	/ /				
R-6	/ /				
R-7	/ /				
R-8	/ /				
R-9	/ /				
R-10	/ /				
R-11	/ /				
R-12	/ /				
R-13	/ /				
R-14	/ /				
R-15	/ /				
R-16	/ /				
R-17	/ /				
R-18	/ /				
R-19	/ /				
R-20	/ /				
R-21	/ /				
R-22	/ /				
R-23	/ /				
R-24	/ /				
R-25	/ /				
R-26	/ /				
R-27	/ /				
R-28	/ /				
R-29	/ /				
FECHA DE ALTA :			VISTO BUENO		

- FORMATO D (Anestesiología)

HOSPITAL DE ESPINAR

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Hagamos HISTORIA

Gobierno Regional Cusco  
Gerencia Regional de Salud Cusco  
U.E. 408 Hospital de Espinar

Nº

**ANESTESIOLOGIA**

Nombre y Apellidos  Edad

Nº de Afiliación al SIS  H.C.

USUARIO

Demanda	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD MEDICA	<input type="checkbox"/>
SIS	<input type="checkbox"/>	Consulta Externa	<input type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>
Intervención Sanitaria	<input type="checkbox"/>	Emergencia	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
SOAT	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Gineco - Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>
		Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Nº de Cama

INSUMOS Y/O MEDICAMENTO	Concentración	PRESENTACIÓN	CANTIDAD
Aguja Hipodérmica N° 18		Unidad	
Aguja Hipodérmica N° 23		Unidad	
Aguja Espinal N° 27		Unidad	
Canula Binasal		Unidad	
Cateter endovenoso N°		Unidad	
Circuito corrugado		Unidad	
Electrodos		Unidad	
Equipo de trasiusión		Unidad	
Equipo Volutrol		Unidad	
Filtro Bacteriológico		Unidad	
Filtro Humedificador paciente		Unidad	
Guante Quirúrgico		Par	
Jeringa 5 cc		Unidad	
Jeringa 10cc		Unidad	
Jeringa 20cc		Unidad	
Kit de Ropa x 11 piezas		Kit	
Aguja de bloqueo		Unidad	
Mandil Quirúrgico		Unidad	
Llave de triple vía		Unidad	
Mascara de Anestesia N°		Unidad	
Mascara de Oxígeno		Unidad	
Sensor BIS		Unidad	
Set de Cateter Epidural		Unidad	
Set de Infusión (Jeringa de 50ml + Línea de Extensión)		Unidad	
Sonda de Aspiración N°		Unidad	
Tegaderm 6 x 7 cm.		Unidad	
TET N°		Unidad	
Tubo de Mayo N°		Unidad	
Dispositivo de transferencia de líquidos		Unidad	

INSUMOS Y/O MEDICAMENTOS	PRESENTACIÓN	CANTIDAD
Adrenalina 1mg	Ampolla	
Atropina 1mg	Ampolla	
Bupivacaína Hiperbárica 0.5%	Ampolla	
Bupivacaína Isobárica 0.5%	Ampolla	
Acido tranexámico 1gr	Ampolla	
Clorhidrato de Morfina 10mg/20 mg	Ampolla	
Cloruro de Suxametonio 500mg	Ampolla	
Dexametasona 4 mg	Ampolla	
Etiléfina 10mg	Ampolla	
Ergometrina 0.2mg	Ampolla	
Fentanilo Citrato 0.05mg/ml	Ampolla	
Furosemida 20mg	Ampolla	
Hidrocortizona mg	Ampolla	
Ketamina 500mg	Ampolla	
Lidocaína 2% S/E	Ampolla	
Metamizol 1gr	Ampolla	
Metoclopramida 10mg.	Ampolla	
Midazolam 5mg	Ampolla	
Na Cl 0.9% 1000cc	Frasco	
Neostigmina 0.5mg	Ampolla	
Ondansetron 8mg	Ampolla	
Oxitocina 10UI	Ampolla	
Polligelina 3.5% 300cc	Frasco	
Propofol 1% 200mg	Ampolla	
Ranitidina 50 mg	Ampolla	
Rocuronio 50 mg	Ampolla	
Sevofluorano Inh	ml	
Tramadol 50mg/100mg	Ampolla	
Oxígeno Medicinal	Litro	
Cal Sodada	Kilogramo	
Propofol 1% 50 ml	Frasco	

Firma y Sello del profesional



- FORMATO F ( Ficha de evaluación )

FICHA DE EVALUACION DE LA RELACION DE CAUSALIDAD DE RAM  
Para ser llenado durante el proceso de evaluación

N° Ficha  
0001

Medicamento Sospechoso: .....

RAM: .....

Resultado de la Evaluación (Ver Algoritmo e Instructivo)			B. Categorías del Algoritmo de Causalidad	
A. Criterio de Evaluación	Número	Puntaje		
a) Secuencia temporal			( 1 )Definida	> = 8
b) Conocimiento previo			( 2 )Probable	6 - 7
c) Efecto de retiro del fármaco			( 3 )Posible	4 - 5
d) Efecto de reexposición al medicamento sospechoso			( 4 )Improbable	<= 0
e) Existencia de causas alternativas			( 5 )Condicional	1 - 3
f) Factores contribuyentes que favorecen la relación de causalidad			( 6 )No clasificable	Falta información
g) Exploraciones complementarias			C. Gravedad ( 1 ) Leve	
Puntaje Total			( 2 ) Moderado	
			( 3 ) Grave	

Evaluador Responsable:

Firma y Sello

FICHA DE EVALUACION DE LA RELACION DE CAUSALIDAD DE RAM  
Para ser llenado durante el proceso de evaluación

N° Ficha  
.....

Medicamento Sospechoso: .....

RAM: .....

Resultado de la Evaluación (Ver Algoritmo e Instructivo)			B. Categorías del Algoritmo de Causalidad	
A. Criterio de Evaluación	Número	Puntaje		
a) Secuencia temporal			( 1 )Definida	> = 8
b) Conocimiento previo			( 2 )Probable	6 - 7
c) Efecto de retiro del fármaco			( 3 )Posible	4 - 5
d) Efecto de reexposición al medicamento sospechoso			( 4 )Improbable	<= 0
e) Existencia de causas alternativas			( 5 )Condicional	1 - 3
f) Factores contribuyentes que favorecen la relación de causalidad			( 6 )No clasificable	Falta información
g) Exploraciones complementarias			C. Gravedad ( 1 ) Leve	
Puntaje Total			( 2 ) Moderado	
			( 3 ) Grave	

Evaluador Responsable:

Firma y Sello



## REVERSO

### INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

#### COMO NOTIFICAR

- Llene el formato de notificación con letra legible, de ser posible con letra de imprenta.
- Utilice el formato para cada reporte.
- Utilice papel adicional si es necesario.
- Complete, dentro de lo posible, toda la información que contempla la notificación.

#### COMO LLENAR EL FORMATO

- **Número de notificación:** Colocar el número a la notificación según el correlativo correspondiente.
- **Fecha:** La fecha en que ocurrió el incidente adverso. Datos imprescindibles.

#### PARTES DEL FORMATO

##### I. Identificación del paciente (consignar)

1. Iniciales del paciente Datos imprescindibles.
2. Edad y sexo del paciente. Datos imprescindibles.
3. Historia clínica y/o DNI. Si corresponde y se cuente con la información.
4. Diagnóstico principal o CIE10. Si corresponde y se cuente con la información.

##### II. Datos del dispositivo médico (consignar):

1. Nombre común del dispositivo médico que se sospecha ocasionó el incidente adverso (consigne toda la información que se encuentre en el rotulado por ejemplo seda negra trenzada 10/0 con doble aguja 3/8 círculo espatulada de 6,4 mm). Dato imprescindible.
2. Nombre comercial y/o marca Si corresponde y se cuente con la información.
3. Nº de registro sanitario y lote. Datos imprescindibles.
4. Modelo, serie y fecha de fabricación del dispositivo médico Si corresponde y se cuente con la información.
5. Fecha de expiración Dato imprescindible.
6. Nombre del sitio de fabricación y el país Si corresponde y se cuente con la información.
7. Nombre del fabricante y el país Si corresponde y se cuente con la información.
8. Nombre del importador y/o distribuidor Si corresponde y se cuente con la información.
9. Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez SI / NO Si corresponde y se cuente con la información.

##### III. Datos de la sospecha de incidente adverso

1. **Detección de la temporalidad del incidente adverso**  
Marcar: Antes del uso /durante el uso/después del uso del DM. Datos imprescindibles
2. **Tipo de afectado.** Marcar: Paciente /operario / otros (consignar en esta parte si no hubo afectado u otro que usted considere). Datos imprescindibles
3. **Descripción de la sospecha de incidente adverso**  
Explicar mínimamente: El problema que presentó el dispositivo médico y si hubo consecuencias en el paciente. Datos imprescindibles

4. **Clasificación del incidente adverso** Marcar: Leve/ moderado / grave Datos imprescindibles.

5. **Consecuencia:** Marcar: Muerte /lesión permanente/ lesión temporal/ requiere intervención quirúrgica/ produjo o prolongó su hospitalización / no. tuvo consecuencias/ otros (especificar) Datos imprescindibles

6. **Causa probable.** Marcar la causa probable que considere. Datos imprescindibles

**Mala calidad:** Incluye todos los problemas de calidad referidos al dispositivo médico (error de diseño, error de fabricación, error de empaquetado, etc.)

**Error de uso:** Un acto u omisión de un acto por parte del usuario u operador del dispositivo médico, que tiene un resultado diferente al previsto por el fabricante o esperado por el operador causando una falla en el dispositivo.

**Condiciones de almacenamiento:** Condiciones de almacenamiento del dispositivo médico que no se cumplieron (temperatura, humedad, exposición a la luz inapropiada), dando como resultado una falla del dispositivo médico; es decir cuando no se cumplió las buenas prácticas de almacenamiento.

**Mantenimiento:** Mantenimiento rutinario o periódico inadecuado, que causa mal funcionamiento o falla de un dispositivo médico o componente, excluyendo causas de diseño.

**Ambiente inapropiado:** Uso de un ambiente que produce la falla o mal funcionamiento de un dispositivo médico.

**Condición del paciente:** Hace referencia una serie de características propias del paciente que conducen a una falla o desempeño deficiente del dispositivo médico por ejemplo, tornillo de un implante se desprende debido a osteoporosis.

**Otros (especificar):** Mencionar otra causa detectada durante la investigación realizada del incidente adverso.

7. **Acciones correctivas y preventivas iniciadas**

Escriba las acciones correctivas y preventivas planteadas para contrarrestar el incidente adverso. Datos imprescindibles

##### IV. Datos del notificador (consignar):

1. Nombre y apellidos de la persona que notifica la sospecha de incidente adverso. Datos imprescindibles.
2. Profesión/ocupación. Dato imprescindible
3. Teléfono y e-mail del notificador Datos imprescindibles

##### V. Lugar donde se presentó el incidente adverso (consignar):

1. Nombre de la institución/ organismo/centro de trabajo al que pertenece el reporte. Dato imprescindible
2. Dirección, ciudad, región, e-mail y teléfono. si corresponde y se cuente con la información

- FORMATO AMARILLO H (Farmacovigilancia)

ANVERSO

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO  
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS  
FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE										
Nombres o iniciales(*):										
Edad (*):		Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):		Historia Clínica y/o DNI:				
Establecimiento(*):										
Diagnóstico Principal o CIE10:										
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS										
Marcar con "X" si la notificación corresponde a:										
<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique).....										
Describir la reacción adversa (*)				Fecha de Inicio de RAM (*): ___/___/___						
				Fecha final de RAM: ___/___/___						
				Gravedad de la RAM(Marcar con X)						
				<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave						
				Solo para RAM grave (Marcar con X)						
				<input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ___/___/___						
				<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente						
				<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización						
				<input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad						
				<input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita						
				Desenlace(Marcar con X)						
				<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela						
				<input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido						
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):										
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)										
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio/fabricante, número de registro sanitario y número de lote)										
Nombre comercial y genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis/Frecuencia(*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)	Motivo de prescripción o CIE 10			
Suspensión(Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición(Marcar con X)			Si	No	No aplica
(1)¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1)¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?					
(2)¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2)¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:										
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:				Fecha de vencimiento ___/___/___						
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)										
Nombre comercial y genérico	Dosis/frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción					
E. DATOS DEL NOTIFICADOR										
Nombres y apellidos(*):										
Teléfono o Correo electrónico(*):										
Profesión(*):				Fecha de notificación ___/___/___		N° Notificación:				

Los campos (\*) son obligatorios

Correo electrónico: [farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe](mailto:farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe)

# REVERSO

## SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

### INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento u otro producto farmacéutico causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
  2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de Productos Farmacéuticos (medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorantes, productos biológicos, productos galénicos).
  3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
  4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
  5. Utilice un formato por paciente.
  6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
  7. **Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.**
- A. DATOS DEL PACIENTE**
- Nombres o iniciales:** Registrar los nombres o iniciales del paciente.  
**Edad:** Expresar en números e indicar si son días, meses o años. En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario. Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.  
**Sexo:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.  
**Peso:** Indicar el peso del paciente en Kg.  
**Historia Clínica y/o DNI:** Si se conoce colocarlo.  
**Establecimiento:** Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.  
**Diagnóstico principal o CIE 10:** Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: Cáncer, enfermedad de Alzheimer) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).
- B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS**
- El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.
- Reacción adversa:** Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.  
**Fecha de inicio de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.  
**Fecha final de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.  
En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.  
**Gravedad de la RAM:** Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.  
**Solo para RAM grave:** en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).  
**Desenlace:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.  
**Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):** Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).  
**Otros datos importantes de la historia clínica:** Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo: número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.)
- C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)**
- Nombre comercial y genérico:** Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: Amoxicilina 500mg tableta).  
Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.  
**Laboratorio:** Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.  
**Lote:** Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.  
**Dosis/frecuencia:** Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).  
**Vía de administración:** Describa la vía de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).  
**Fecha inicio y final:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".  
**Motivo de prescripción o CIE 10:** Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.
- Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.  
**El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa:** Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.  
**En caso de sospecha de problemas de calidad:** Completar la información solicitada.
- En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.**
- D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**
- Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".
- E. DATOS DEL NOTIFICADOR**
- Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona):** Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.  
**Fecha de notificación:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.  
**N° notificación:** Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

Correo electrónico: [farmacovigilancia@diagmed.minsa.gob.pe](mailto:farmacovigilancia@diagmed.minsa.gob.pe)

- FORMATO I (Tuberculosis)

ANVERSO

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO  
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS POR LOS  
PROFESIONALES DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres o iniciales (*):									
Edad (*):	Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):	Historia Clínica y/o DNI:					
Establecimiento (*):				Registro de TB:					
Diagnóstico Principal o CIE10:									
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS									
Marcar con "X" si la notificación corresponde a: <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique).....									
Describir la reacción adversa (*)				Fecha de inicio de RAM (*):    /    /					
				Fecha final de RAM:    /    /					
				Gravedad de la RAM (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave					
				Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita					
Desenlace (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido				Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):					
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)									
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio, fabricante, número de registro sanitario y número de lote)									
Nombre comercial y genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis/ Frecuencia(*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)	Motivo de prescripción o CIE 10		
Suspensión(Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición(Marcar con X)		Si	No	No aplica
(1)¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1)¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?				
(2)¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2)¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?				
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Especifique:									
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:				Fecha de vencimiento ____/____/____.					
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)									
Nombre comercial y genérico	Dosis/ frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción				
E. DATOS DEL NOTIFICADOR									
Nombres y apellidos(*):									
Teléfono o Correo electrónico(*):									
Profesión(*):		Fecha de notificación			N° Notificación:				

Los campos (\*) son obligatorios

# REVERSO

## SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento antituberculosis causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de medicamentos antituberculosis.
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.

### A. DATOS DEL PACIENTE

**Nombres o iniciales:** Registrar los nombres o iniciales del paciente.  
**Edad:** Expresar en números e indicar si son días, meses o años. En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario. Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.  
**Sexo:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.  
**Peso:** Indicar el peso del paciente en Kg.  
**Historia Clínica y/o DNI:** Si se conoce colocarlo.  
**Establecimiento:** Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.  
**Registro de TB:** Anotar el orden del número de libro de registros y seguimientos del paciente con TB.  
**Diagnóstico principal o CIE 10:** Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: TB sensible, TB resistente, etc) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

### B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.  
**Reacción adversa:** Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.  
**Fecha de inicio de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.  
**Fecha final de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.  
En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.  
**Gravedad de la RAM:** Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.  
**Solo para RAM grave:** en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).  
**Desenlace:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.  
**Resultados relevantes de exámenes de laboratorio** (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).  
**Otros datos importantes de la historia clínica:** Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo; número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.)

### C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)

**Nombre comercial y genérico:** Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro

producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: etambutol 400mgmg tableta). Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.  
**Laboratorio:** Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.  
**Lote:** Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.  
**Dosis/frecuencia:** Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).  
**Vía de administración:** Describa la vía de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).  
**Fecha inicio y final:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".  
**Motivo de prescripción o CIE 10:** Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.

**Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.

**El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa:** Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.  
**En caso de sospecha de problemas de calidad:** Completar la información solicitada.

**En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.**

### D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

### E. DATOS DEL NOTIFICADOR

**Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico** (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

**Fecha de notificación:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.

**Nº notificación:** Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

- FORMATO J (ESAVI)

ANVERSO



SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA  
**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)**

**CONFIDENCIAL**

A. DATOS DEL PACIENTE								
Nombres o iniciales:								
Edad:	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Peso (Kg):	Historia Clínica y DNI:				
Semanas de gestación (solo gestantes):								
Establecimiento donde se vacunó:								
B. EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)								
Describir el ESAVI					Fecha de inicio de ESAVI: ___/___/___			
					Fecha final de ESAVI: ___/___/___			
					Gravedad del ESAVI (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave			
					Solo para ESAVI grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Riesgo de muerte <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Anomalia congénita <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha (___/___/___)			
					Desenlace (Marcar con X) <input type="checkbox"/> En remisión <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido			
					Se realizó autopsia (mortal): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):								
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)								
C. VACUNA (S) SOSPECHOSA(S)							DILUYENTE (si aplica)	
Nombre	Laboratorio	Lote	Dosis 1,2,3	Vía de Adm/Sitio de Adm	Fecha vacunación	Hora de vacunación	Lote	Fecha Vencimiento
El paciente recibió tratamiento para el evento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Especifique:								
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:					Fecha de vencimiento ___/___/___			
D. MEDICAMENTOS UTILIZADOS AL MOMENTO DE SER VACUNADO (excluir medicamentos para tratar el evento)								
Nombre comercial o genérico	Dosis/frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción			
E. DATOS DEL NOTIFICADOR								
Establecimiento/ Institución:								
Nombres y apellidos:								
Teléfono:			Correo electrónico:					
Profesión:			Fecha de notificación ___/___/___			N° Notificación:		

# REVERSO



## SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

### INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

1. Notifique, aunque Ud. no tenga la certeza de que la vacuna causó el ESAVI. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todos los eventos esperados o conocidos, inesperados o desconocidos, leves, moderados o graves relacionados con vacunas.
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. Si la información solicitada no está disponible, colocar "Desconocido".
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. **ESAVI grave:** También conocido como SEVERO, es todo ESAVI que cumpla uno o más de los siguientes criterios: resulta en muerte, amenaza la vida, requiere hospitalización o prolonga la hospitalización, resulta en discapacidad significativa o permanente, en aborto o una anomalía congénita.<sup>1</sup>
8. **Los ESAVIs graves deben ser notificados dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderados en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviados según el flujo de notificación establecido en cada establecimiento.**

#### A. DATOS DEL PACIENTE

**Nombres o iniciales:** Registrar los nombres o iniciales del paciente.

**Edad:** Use como referencia el primer signo, síntoma, hallazgo anormal de laboratorio, se debe expresar de forma numérica en años/meses/días. En caso el dato no esté disponible se podrá colocar fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)

**Sexo:** Marcar con una "X" la opción que corresponda

**Peso:** Expresarlo en Kg.

**Historia Clínica y DNI:** Completar la información solicitada.

**Semanas de gestación:** en el caso de que se trate de un gestante llenar el tiempo de gestación en semanas.

**Establecimiento donde se vacunó:** Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud u otra institución) donde recibió la(s) vacuna(s).

#### B. EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

**ESAVI:** Describa detalladamente cuáles fueron los signos o síntomas que considere puedan estar relacionados con la administración de la vacuna. Describa el evento resumiendo toda la información clínica relevante. Además, señalar el tiempo transcurrido entre la vacunación y aparición de síntomas (días, horas, minutos). Indicar la modalidad de vacunación (programa regular, campaña, barrido o jornada).

**Fecha de inicio de ESAVI:** Indicar la fecha (Día/Mes/año) exacta en la cual se presentó el evento.

**Fecha final de ESAVI:** Indicar la fecha (Día/Mes/año) exacta en la cual desaparece el evento.

En caso de existir más de un ESAVI, describa la fecha de inicio y final de cada uno de ellos.

**Gravedad del ESAVI:** Marcar con "X" la gravedad del evento.

Si el ESAVI es grave marcar con una "X" la(s) opción(es) que apliquen.

**Desenlace:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Si el desenlace fue mortal marcar con "X" si se realizó autopsia.

**Resultados relevantes de exámenes de laboratorio** (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico del evento.

**Otros datos importantes de la historia clínica:** Indicar condiciones médicas previas de importancia, así como patologías concomitantes (por ejemplo, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (por ejemplo, alergias, embarazo, consumo de tabaco, alcohol, etc.).

#### C. VACUNA (S) SOSPECHOSA(S) / DILUYENTE

**Nombre de la vacuna:** Colocar el nombre indicado en el rotulado de la vacuna administrada, incluyendo la concentración y forma farmacéutica.

**Laboratorio:** Colocar el nombre del laboratorio fabricante.

**Lote:** Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.

**Dosis:** Indicar el número de dosis administrada.

**Vía de administración:** Señalar la vía de administración de la vacuna.

**Sitio de administración:** Indicar el lugar de administración de la vacuna (Ejemplo músculo deltoides derecho)

**Fecha de vacunación:** señalar la fecha (Día/Mes/año) en que se realizó la vacunación

**Hora de vacunación:** Colocar la hora en recibió la vacuna.

**Lote del Diluyente:** Colocar el número y/o letras que figuran en el "lote" del envase.

**Fecha de vencimiento:** colocar la fecha de vencimiento que figura en el envase del diluyente.

**El paciente recibió tratamiento para el evento.** Indicar si el evento requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.

En caso de sospecha de problemas de calidad: Completar la información solicitada.

#### D. MEDICAMENTOS UTILIZADOS AL MOMENTO DE SER VACUNADO

Registrar los medicamentos que está recibiendo el paciente al momento de ser vacunado. Considerar los productos farmacéuticos prescritos o automedicados. Excluir los medicamentos usados para tratar el evento.

#### E. DATOS DEL NOTIFICADOR

**Establecimiento:** Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud u otra institución) donde se detecta el ESAVI.

**Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico** (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

**Fecha de notificación:** Indicar la fecha (Día/Mes/año) en que se completó el formato.

**N° notificación:** Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia.

*Nota: El uso de los datos registrados en el presente formato se enmarca en las disposiciones legales sanitarias vigentes.*

<sup>1</sup> Resolución Ministerial N° 1053-2020-MINSA. Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia



