

## ANEXO

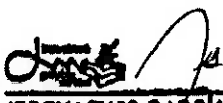
## FORMATO DE CUADRO COMPARATIVO PARA SERVICIOS

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.

ITEM N°	DESCRIPCION	CLASIFICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	FUENTE: SOLICITUD DE COTIZACIÓN VIA CORREO ELECTRONICO						DETERMINACIÓN DEL VALOR ESTIMADO				
					BALUARTE GONZALES JAVIER		J & M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.		RODRIGUEZ SOLSOL ENIKA		CRITERIO	PROVEEDOR	VALOR ESTIMADO		
					RUC: 10053878062		RUC: 20450188574		RUC: 10257704101						
					PRECIO UNITARIO(S/)	PRECIO TOTAL NO INCLUYE IGV(S/)	PRECIO UNITARIO(S/)	PRECIO TOTAL NO (INCLUYE IGV(S/))	PRECIO UNITARIO(S/)	PRECIO TOTAL NO INCLUYE IGV(S/)					
1	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, Y CONTRARREFERENCIAS RECOLECCIÓN DE DATOS.	2.3.2.7.11.6	SERVICIO	1	S/.	79,350.00 S/.	79,350.00 S/.	77,015.00 S/.	77,015.00 S/.	82,000.00 S/.	82,000.00	MENOR VALOR	J & M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L	S/.	77,015.00
TOTAL					S/.	79,350.00 S/.	S/.	77,015.00 S/.	S/.	82,000.00					
INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FUENTE					PLAZO DE ENTREGA O EJECUCION	05 DÍAS CALENDARIO		05 DÍAS CALENDARIO		12 MESES					
					FORMA DE PAGO	ÚNICO		ÚNICO		MENSUAL					
					MONEDA DE LA FUENTE	SOLES		SOLES		SOLES					
					GARANTIA										
ELABORADO POR: JHONY CASTILLO PÉREZ															

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN  
OGES ESPECIALIZADAC.P. Ricardo Díaz Arévalo  
JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICAGOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN  
OGES ESPECIALIZADALic. Adolfo Peña Valles  
RESPONSABLE DE ADQUISICIONES

**Anexo N° 3**

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	07/02/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	<input checked="" type="checkbox"/>
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 77,015.00 [Setenta y siete mil quince con 00/100]	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROPUESTA ECONÓMICA DETALLADA	
3	Declaración jurada del proveedor		
<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>			
4	<div align="center">   <b>JERRY LEWIS GARCIA HIDALGO</b>  <b>GERENTE</b> </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

# CARTA DE PROPUESTA ECONÓMICA

**Señores**

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**RUC: 20494013453**

De mi consideración:

A su solicitud hacemos llegar nuestra cotización para la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)**

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	NUMERACIÓN	BLOCK	TOTAL
1	<b>FORMATO UNICO DE ATENCIÓN (FUA)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada FUA en original (CB) Y COPIA (CF)</li> <li>- Papel Autocopiativo Impreso en tira y retira.</li> <li>- Numerados</li> <li>- Tamaño A4</li> </ul>	175,000	02755006 AL 02930005	50X1X1	S/ 66,500.00
2	<b>FORMATO DE REFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li> <li>- Papel autocopiativo</li> <li>- Numerados</li> <li>- Tamaño A4</li> </ul>	2,500	02755006 AL 02757505	50X1X2	S/ 1,175.00
3	<b>FORMATO DE CONTRAREFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li> <li>- Papel autocopiativo</li> <li>- Numerados</li> <li>- Tamaño A4</li> </ul>	20,000	02755006 AL 02775005	50X1X2	S/ 9,200.00
4	<b>FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada formato en original (CB) y 1 copia. (CF)</li> <li>- Papel autocopiativo</li> <li>- Tamaño A4</li> </ul>	500	SIN NUMERACIÓN	50X1X1	S/ 140.00

Son: Setenta y siete mil quince con 00/100

TOTAL: S/ 77,015.00

Validez de la oferta: 30 días calendarios

Plazo de Ejecución: 05 días calendarios

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

  
**JERRY LEWIS GARCÍA HIDALGO**  
 GERENTE

RUC N° 20450188574

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y/O  
ESPECIFICACIONES TECNICAS**

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, **J&M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.** con DNI N° 05618475 con RUC N° 20450188574 domiciliado en **CALLE LOS HELECHOS N° 214 – TARAPOTO – SAN MARTIN**, En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la **OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO** y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados. En tal sentido, me comprometo a ofrecer bienes con las características y en la forma y plazos especificados en los términos de referencia.

Tarapoto , 07 de Febrero del 2024

  
**JERRY LEWIS GARCIA HIDALGO**  
**GERENTE**

**RUC N° 20450188574**

## DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON EL ESTADO

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, **J&M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.** con DNI N° 05618475 con RUC N° 20450188574 domiciliado en **CALLE LOS HELECHOS N° 214 – TARAPOTO – SAN MARTIN** En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la **OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO** y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados declarando bajo juramento que:

- 1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conocer, aceptar y someterme a los términos de referencia /especificaciones técnicas.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- 4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 5.- Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
- 6.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 30225 - Art. 255, Ley de Contrataciones del Estado, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 7.- No estoy incurso en la prohibiciones e incompatibilidades establecidas en la Ley N° 27588.

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

  
**JERRY LEWIS GARCÍA HIDALGO**  
**GERENTE**

RUC N° 20450188574

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Ciudad.-

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:	011 – 324 – 000200279419 - 12		
A nombre de:	J&M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.		
Nombre del Banco:	BBVA – BANCO CONTINENTAL		
Tipo de Cuenta:	CUENTA DE AHORRO	Moneda	Soles
RUC (Asociado al CCI)	20450188574		

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

--

Asimismo, deajo constancia que el comprobante de pago a ser 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 quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

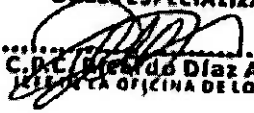
Tener en cuenta que si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Atentamente,

  
JERRY LEWIS GARCÍA HIDALGO  
GERENTE

RUC Nº 20450188574

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	003-2024-OGESS ESPECIALIZADA/LOG			
		Fecha	07/02/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	OGESS ESPECIALIZADA			
		RUC	20494013453			
		Dirección	JR. ANGEL DELGADO MOREY 503 – TARAPOTO			
		Teléfono(s)	965 136 918			
		Correo electrónico	licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe			
		Persona de contacto	JHONY CASTILLO PÉREZ			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	J & M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L			
		RUC	20450188574			
		Dirección	CAL LOS HELECHOS N° 214 TARAPOTO - SAN MARTIN - SAN MARTIN.			
		Teléfono(s)	969427744			
		Correo electrónico	jym.bussines1@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Jerry Lewis García Hidalgo			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicio	X
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas		Términos de Referencia	X
5	Información complementaria					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
6	<p align="center"> <b>GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN</b>  <b>OGESS ESPECIALIZADA</b>    <b>C.D.C. Alfredo Díaz Arévalo</b>  <b>JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA</b> </p>					
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones						



RUC N° 20450188574

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****J & M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.**

Domiciliado en: JIRON LEONCIO PRADO 1010 (SECTOR - ESQ JR ELIAS LINAREZ) /SAN MARTIN-  
SAN MARTIN-TARAPOTO (Según Información declarada en la SUNAT)

***Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:***

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 17/06/2016

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 17/06/2016

**FECHA IMPRESIÓN: 07/02/2024****Nota:**

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción Verifique su Inscripción.

[Retornar](#)[Imprimir](#)



## Consulta RUC

## Resultado de la Búsqueda

## Número de RUC:

20450188574 - J &amp; M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.

## Tipo Contribuyente:

EMPRESA INDIVIDUAL DE RESP. LTDA

## Nombre Comercial:

-

## Fecha de Inscripción:

08/06/2016

## Fecha de Inicio de Actividades:

08/06/2016

## Estado del Contribuyente:

ACTIVO

## Condición del Contribuyente:

HABIDO

## Domicilio Fiscal:

CAL. LOS HELECHOS NRO. 214 SEC. BERNABE GURIDI (CANCHA DE EX CURAS-BARRIO SUCHICHE) SAN MARTIN - SAN MARTIN - TARAPOTO

## Sistema Emisión de Comprobante:

MANUAL

## Actividad Comercio Exterior:

SIN ACTIVIDAD

## Sistema Contabilidad:

MANUAL/COMPUTARIZADO

## Actividad(es) Económica(s):

Principal - 1811 - IMPRESIÓN

Secundaria 1 - 5221 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS VINCULADAS AL TRANSPORTE TERRESTRE

Secundaria 2 - 4741 - VENTA AL POR MENOR DE ORDENADORES, EQUIPO PERIFÉRICO, PROGRAMA DE INFORM. Y EQU. DE TELECOM. EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS

## Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):

FACTURA

GUIA DE REMISION - REMITENTE

## Sistema de Emisión Electrónica:

FACTURA PORTAL DESDE 04/02/2021

## Emisor electrónico desde:

04/02/2021

## Comprobantes Electrónicos:

FACTURA (desde 04/02/2021)

## Afiliado al PLE desde:

-

## Padrones:

NINGUNO

Fecha consulta: 07/02/2024 12:32

## Hospital Tarapoto | Licitaciones

---

**De:** JERRY GARCIA HIDALGO <jym.bussines1@gmail.com>  
**Enviado el:** miércoles, 7 de febrero de 2024 15:39  
**Para:** Hospital Tarapoto | Licitaciones  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
**Datos adjuntos:** JERRY.pdf

Buenas Tardes adjunto los documentos solicitados

El mié, 7 feb 2024 a las 12:55, Hospital Tarapoto | Licitaciones (<[licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe](mailto:licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe)>) escribió:

**SEÑOR** : J & M BUSSINES GRAPHIC SERVICE E.I.R.L.

**RUC** : 20450188574

**DIRECCIÓN** : CAL.LOS HELECHOS N° 214 TARAPOTO - SAN MARTIN - SAN MARTIN.

**ASUNTO** : SOLICITUD DE COTIZACIÓN

**REF.** : NOTA INFORMATIVA N° 015-2024-OGESS ESPECIALIZADA-H-II-2-T/UNID.SEG.

### PRESENTE. -

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando los TDR, cuyo objeto es la "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS". Cualquier consulta y/o observación sobre los TDR no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de Cotización.
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de ejecución del servicio en días calendario.
- Validez de la oferta.

- Garantía y tiempo de garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (2) DÍAS HÁBILES**

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente;

JHONY CASTILLO PÉREZ

ESPECIALISTA – HOSPITAL TARAPOTO

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	07/02/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	<input checked="" type="checkbox"/>
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/ 79,350.00 Setenta y nueve mil trescientos cincuenta con 00/100	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROPUESTA ECONÓMICA DETALLADA	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<p style="text-align: center;">Impresiones "BALUARTE"</p> <p style="text-align: center;">..... Javier Baluarte Gonzales PROPIETARIO</p> <p style="text-align: center;">Nombre, firma y sello del proveedor</p>		

## CARTA DE PROPUESTA ECONÓMICA

**Señores**

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**RUC: 20494013453**

De mi consideración:

A su solicitud hacemos llegar nuestra cotización para la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)**

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	NUMERACIÓN	BLOCK	TOTAL
1	<b>FORMATO UNICO DE ATENCIÓN (FUA)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada FUA en original (CB) Y COPIA (CF)</li><li>- Papel Autocopiativo Impreso en tira y retira.</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	175,000	02755006 AL 02930005	50X1X1	S/. 67,900.00
2	<b>FORMATO DE REFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	2,500	02755006 AL 02757505	50X1X2	S/ 1,290.00
3	<b>FORMATO DE CONTRAREFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	20,000	02755006 AL 02775005	50X1X2	S/ 9,950.00
4	<b>FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 1 copia. (CF)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	500	SIN NUMERACIÓN	50X1X1	S/ 210.00

Son: Setenta y nueve mil trescientos cincuenta con 00/100

**TOTAL S/ 79,350.00**

Validez de la oferta: 25 días calendarios

Plazo de Ejecución: 05 Días calendarios

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

**Impresiones "BALUARTE"**

**Javier Baluarte Gonzales**  
**PROPIETARIO**

**RUC Nº 10053878062**

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y/O  
ESPECIFICACIONES TECNICAS**

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, **JAVIER BALUARTE GONZALES** con DNI Nº 05387806 con RUC Nº 10053878062 domiciliado en Jr. MANCO CAPAC Nº 438 – TARAPOTO – SAN MARTIN, En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados. En tal sentido, me comprometo a ofrecer bienes con las características y en la forma y plazos especificados en los términos de referencia.

Tarapoto , 07 de Febrero del 2024

*Impresiones "BALUARTE"*

.....  
*Javier Baluarte Gonzales*  
**PROPIETARIO**

**RUC Nº 10053878062**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON EL ESTADO**

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, **JAVIER BALUARTE GONZALES** con DNI N° 05387806 con RUC N° 10053878062 domiciliado en Jr. MANCO CAPAC N° 438 – TARAPOTO – SAN MARTIN En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados declarando bajo juramento que:

- 1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conocer, aceptar y someterme a los términos de referencia /especificaciones técnicas.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- 4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 5.- Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
- 6.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 30225 - Art. 255, Ley de Contrataciones del Estado, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 7.- No estoy incurso en la prohibiciones e incompatibilidades establecidas en la Ley N° 27588.

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

Impresiones "BALUARTE"

.....  
Javier Baluarte Gonzales  
PROPIETARIO

RUC N° 10053878062

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Ciudad.-

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:	011 - 324 - 000200454083 - 13		
A nombre de:	JAVIER BALUARTE GONZALES		
Nombre del Banco:	BBVA - BANCO CONTINENTAL		
Tipo de Cuenta:	CUENTA DE AHORRO	Moneda	Soles
RUC (Asociado al CCI)	10053878062		

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser 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 quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que si el RUC no está asociado al CCI Indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo

Atentamente,


*Impresiones "BALUARTE"*

.....  
*Javier Baluarte Gonzales*  
PROPIETARIO

RUC Nº 10053878062



**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
<b>1</b>	<b>Número y fecha del documento</b>	Número	002-2024-OGESS ESPECIALIZADA/LOG			
		Fecha	07/02/2024			
<b>2</b>	<b>Datos de la Entidad</b>	Nombre de la Entidad	OGESS ESPECIALIZADA			
		RUC	20494013453			
		Dirección	JR. ANGEL DELGADO MOREY 503 – TARAPOTO			
		Teléfono(s)	965 136 918			
		Correo electrónico	licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe			
		Persona de contacto	JHONY CASTILLO PÉREZ			
<b>3</b>	<b>Datos del proveedor</b>	Nombre o razón social	BALUARTE GONZALES JAVIER			
		RUC	10053878062			
		Dirección	JR. MANCO CÁPAC N° 438 TARAPOTO – SAN MARTÍN – SAN MARTÍN.			
		Teléfono(s)	996239184			
		Correo electrónico	jbaluarte93@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Javier Baluarte Gonzales			
<b>4</b>	<b>Objeto de la contratación</b>	Objeto de la contratación	Bienes	Servicio	X	
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	Términos de Referencia	X	
<b>5</b>	<b>Información complementaria</b>					
Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.						
<b>6</b>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN</b>  <b>OGESS ESPECIALIZADA</b></p>  <p>.....  <b>C.P. Ricardo Díaz Arévalo</b>              JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA</p> </div> </div>					
<b>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</b>						



RUC N° 10053878062

**REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES****CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN  
PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA****BALUARTE GONZALES JAVIER**

Domiciliado en: LORETO - ALTO AMAZONAS - YURIMAGUAS (Según información declarada en la SUNAT)

***Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:*****PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 28/10/2017

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 28/10/2017

**FECHA IMPRESIÓN: 07/02/2024****Nota:**Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción Verifique su Inscripción.

Retornar

Imprimir

## Consulta RUC

## Resultado de la Búsqueda

## Número de RUC:

10053878062 - BALUARTE GONZALES JAVIER

## Tipo Contribuyente:

PERSONA NATURAL CON NEGOCIO

## Tipo de Documento:

DNI 05387806 - BALUARTE GONZALES, JAVIER

## Nombre Comercial:

-

## Fecha de Inscripción:

15/03/2021

## Fecha de Inicio de Actividades:

15/03/2021

## Estado del Contribuyente:

ACTIVO

## Condición del Contribuyente:

HABIDO

## Domicilio Fiscal:

-

## Sistema Emisión de Comprobante:

MANUAL

## Actividad Comercio Exterior:

SIN ACTIVIDAD

## Sistema Contabilidad:

MANUAL

## Actividad(es) Económica(s):

Principal - 1811 - IMPRESIÓN

Secundaria 1 - 4761 - VENTA AL POR MENOR DE LIBROS, PERIÓDICOS Y ARTÍCULOS DE PAPELERÍA EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS

Secundaria 2 - 7730 - ALQUILER Y ARRENDAMIENTO DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA, EQUIPO Y BIENES TANGIBLES

## Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816):

GUIA DE REMISION - REMITENTE

## Sistema de Emisión Electrónica:

FACTURA PORTAL DESDE 07/04/2022

## Emisor electrónico desde:

07/04/2022

## Comprobantes Electrónicos:

FACTURA (desde 07/04/2022)

## Afiliado al PLE desde:

-

## Padrones:

NINGUNO

Fecha consulta: 07/02/2024 12:30

## Hospital Tarapoto | Licitaciones

---

**De:** Javier Baluarte <jbaluarte93@gmail.com>  
**Enviado el:** miércoles, 7 de febrero de 2024 15:29  
**Para:** Hospital Tarapoto | Licitaciones  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
**Datos adjuntos:** JAVIER.pdf

Hola buenas Tardes envio los documentos solicitados

El mié, 7 feb 2024 a la(s) 12:54 p.m., Hospital Tarapoto | Licitaciones ([licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe](mailto:licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe)) escribió:

**SEÑOR : BALUARTE GONZALES JAVIER**

**RUC : 10053878062**

**DIRECCIÓN : JR. MANCO CÁPAC N° 438 TARAPOTO – SAN MARTÍN – SAN MARTÍN.**

**ASUNTO : SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

**REF. : NOTA INFORMATIVA N° 015-2024-OGESS ESPECIALIZADA-H-II-2-T/UNID.SEG.**

### **PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando los TDR, cuyo objeto es la **“CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS”**. Cualquier consulta y/o observación sobre los TDR no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- N° de cotización.
- Fecha de Cotización.
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de ejecución del servicio en días calendario.
- Validez de la oferta.

- Garantía y tiempo de garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (2) DÍAS HÁBILES**


Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente;

JHONY CASTILLO PÉREZ

ESPECIALISTA – HOSPITAL TARAPOTO

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	07/02/2024	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	<input checked="" type="checkbox"/>
		No cumple	<input type="checkbox"/>
2.3	Monto total cotizado	S/ 82,000.00 Ochenta y dos mil con 00/100	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	PROPUESTA ECONÓMICA DETALLADA	
3	Declaración jurada del proveedor		
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección ni contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>		
4	<div style="text-align: center;">   <b>IMPRESIONES SOLSOL</b>  <b>Erika Rodríguez Solsol</b>  <b>GERENTE</b> </div>		
	Nombre, firma y sello del proveedor		

## CARTA DE PROPUESTA ECONÓMICA

**Señores**

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**RUC: 20494013453**

De mi consideración:

A su solicitud hacemos llegar nuestra cotización para la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN - FUA, REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS)**

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	NUMERACIÓN	BLOCK	TOTAL
1	<b>FORMATO UNICO DE ATENCIÓN (FUA)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada FUA en original (CB) Y COPIA (CF)</li><li>- Papel Autocopiativo Impreso en tira y retira.</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	175,000	02755006 AL 02930005	50X1X1	S/. 69,800.00
2	<b>FORMATO DE REFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	2,500	02755006 AL 02757505	50X1X2	S/ 1,350.00
3	<b>FORMATO DE CONTRAREFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 2 copias. (CF): (CFB)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Numerados</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	20,000	02755006 AL 02775005	50X1X2	S/ 10,600.00
4	<b>FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cada formato en original (CB) y 1 copia. (CF)</li><li>- Papel autocopiativo</li><li>- Tamaño A4</li></ul>	500	SIN NUMERACIÓN	50X1X1	S/ 250.00

Son: Ochenta y dos mil con 00/100

**TOTAL S/ 82,000.00**

Validez de la oferta: 20 días calendarios

Plazo de Ejecución: 05 Días calendarios

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

**IMPRESIONES SOLSOL**

**Erika Rodríguez Solsol**  
GERENTE

RUC N° 10257704101

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y/O  
ESPECIFICACIONES TECNICAS**

Señores


**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, ERIKA RODRÍGUEZ SOLSOL con DNI N° 25770410 con RUC N° 10257704101 domiciliado en Jr.: Cabo Alberto Leveau N° 559 – Tarapoto, En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados. En tal sentido, me comprometo a ofrecer bienes con las características y en la forma y plazos especificados en los términos de referencia.

Tarapoto , 07 de Febrero del 2024

  
**IMPRESIONES SOLSOL**  
.....  
**Erika Rodríguez Solsol**  
**DELENTE**

RUC N° 10257704101



**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON EL ESTADO**

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

Presente.-

De mi mayor consideración:

El que suscribe, ERIKA RODRÍGUEZ SOLSOL con DNI N° 25770410 con RUC N° 10257704101 domiciliado en Jr.: Cabo Alberto Leveau N° 559 – Tarapoto, En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos proporcionados por la OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece proporcionar servicio de impresiones en general solicitados declarando bajo juramento que:

- 1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conocer, aceptar y someterme a los términos de referencia /especificaciones técnicas.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- 4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 5.- Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
- 6.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 30225 - Art. 255, Ley de Contrataciones del Estado, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 7.- No estoy incurso en la prohibiciones e incompatibilidades establecidas en la Ley N° 27588.

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

**IMPRESIONES SOLSOL**  
  
.....  
**Erika Rodríguez Solsol**  
GERENTE

RUC N° 10257704101

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ABONO ELECTRÓNICO**  
(para el pago con abono en la cuenta bancaria del proveedor)

Tarapoto, 07 de Febrero del 2024

Señores

**OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II-2 TARAPOTO**  
Ciudad.-

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta.

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:	00255011717433404623		
A nombre de:	ERIKA RODRÍGUEZ SOLSOL.		
Nombre del Banco:	BCP – BANCO DE CRÉDITO		
Tipo de Cuenta:	CUENTA DE AHORRO	Moneda	Soles
RUC (Asociado al CCI)	10257704101		

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser 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 quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Tener en cuenta que si el RUC no está asociado al CCI indicado, NO se podrá efectuar el pago respectivo


Atentamente,

**IMPRESIONES SOLSOL**

**Erika Rodríguez Solsol**  
GERENTE

RUC Nº 10257704101

**Anexo N° 2**

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	001-2024-OGESS ESPECIALIZADA/LOG			
		Fecha	07/02/2024			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	OGESS ESPECIALIZADA			
		RUC	20494013453			
		Dirección	JR. ANGEL DELGADO MOREY 503 – TARAPOTO			
		Teléfono(s)	981984316			
		Correo electrónico	licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe			
		Persona de contacto	JHONY CASTILLO PÉREZ			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	RODRIGUEZ SOLSOL ERIKA			
		RUC	10257704101			
		Dirección	JR. CARO ALBERTO LEVEAU N° 559 BANDA DE SHILCAYO – SAN MARTÍN – SAN MARTÍN.			
		Teléfono(s)	943486984			
		Correo electrónico	solsolimprensa@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	Erika Rodríguez Solsol			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicio	X	
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL B-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.			
		Se adjunta	Especificaciones técnicas	Términos de Referencia	X	
5	Información complementaria					
	Se adjunta el formato de Cotización y Declaración Jurada (Anexo N° 3), para dar respuesta a este documento.					
6	<p align="center"> <b>GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN</b>  <b>OGESS ESPECIALIZADA</b>    <b>C. P. Ricardo Díaz Arévalo</b>  <b>Jefe de la Oficina de Logística</b> </p>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



RUC N° 10257704101

# REGISTRO NACIONAL DE PROVEEDORES

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA SER PARTICIPANTE, POSTOR Y CONTRATISTA

**RODRIGUEZ SOLSOL ERIKA**

Domiciliado en: SAN MARTIN - SAN MARTIN - LA BANDA DE SHILCAYO (Según información declarada en la SUNAT)

***Se encuentra con inscripción vigente en los siguientes registros:***

---

**PROVEEDOR DE BIENES**

Vigencia : Desde 19/08/2016

---

**PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Vigencia : Desde 19/08/2016

---

**FECHA IMPRESIÓN: 07/02/2024****Nota:**

Para mayor información la Entidad deberá verificar el estado actual de la vigencia de inscripción del proveedor en la página web del RNP: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe) - opción Verifique su Inscripción.

[Retornar](#)[Imprimir](#)

Consulta RUC

Resultado de la Búsqueda
Número de RUC: 10257704101 - RODRIGUEZ SOLSOL ERIKA
Tipo Contribuyente: PERSONA NATURAL CON NEGOCIO
Tipo de Documento: DNI 25770410 - RODRIGUEZ SOLSOL, ERIKA
Nombre Comercial: IMPRESIONES SOLSOL
Fecha de inscripción: 21/10/1999
Fecha de Inicio de Actividades: 22/10/1999
Estado del Contribuyente: ACTIVO
Condición del Contribuyente: HABIDO
Domicilio Fiscal: -
Sistema Emisión de Comprobante: MANUAL
Actividad Comercio Exterior: SIN ACTIVIDAD
Sistema Contabilidad: MANUAL
Actividad(es) Económica(s): Principal - 1811 - IMPRESIÓN Secundaria 1 - 7320 - ESTUDIOS DE MERCADO Y ENCUESTAS DE OPINIÓN PÚBLICA Secundaria 2 - 4761 - VENTAAL POR MENOR DE LIBROS, PERIÓDICOS Y ARTÍCULOS DE PAPELERÍA EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS
Comprobantes de Pago c/aut. de impresión (F. 806 u 816): FACTURA RECIBO POR HONORARIOS BOLETA DE VENTA GUIA DE REMISION - REMITENTE
Sistema de Emisión Electrónica: FACTURA PORTAL DESDE 04/11/2021 BOLETA PORTAL DESDE 26/01/2022 RECIBOS POR HONORARIOS AFILIADO DESDE 13/10/2011
Emisor electrónico desde: 13/10/2011
Comprobantes Electrónicos: RECIBO POR HONORARIO (desde 13/10/2011),FACTURA (desde 04/11/2021),BOLETA (desde 26/01/2022)
Afiliado al PLE desde: -
Padrones: NINGUNO
Fecha consulta: 07/02/2024 12:31

## Hospital Tarapoto | Licitaciones

---

**De:** Rafael Rodriguez Solsol <solsolimprenta@gmail.com>  
**Enviado el:** miércoles, 7 de febrero de 2024 15:59  
**Para:** Hospital Tarapoto | Licitaciones  
**Asunto:** Re: SOLICITUD DE COTIZACIÓN  
**Datos adjuntos:** SOLSOL.pdf

Buenas Tardes Los documentos solicitados están a continuación

El mié, 7 feb 2024 a la(s) 12:50 p.m., Hospital Tarapoto | Licitaciones  
(licitaciones@hospitaltarapoto.gob.pe) escribió:

**SEÑOR** : RODRIGUEZ SOLSOL ERIKA

**RUC** : 10257704101

**DIRECCIÓN** : JR. CABO ALBERTO LEVEAU Nº 559 BANDA DE SHILCAYO – SAN MARTÍN – SAN MARTÍN.

**ASUNTO** : SOLICITUD DE COTIZACIÓN

**REF.** : NOTA INFORMATIVA Nº 015-2024-OGESS ESPECIALIZADA-H-II-2-T/UNID.SEG.

### **PRESENTE. -**

Por medio de la presente, le saludamos cordialmente a nombre de la Oficina de Logística de la OGESS ESPECIALIZADA, con la finalidad de remitirle el requerimiento adjuntando los TDR, cuyo objeto es la "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS". Cualquier consulta y/o observación sobre los TDR no olvide enviar al correo.

Su cotización debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- RUC.
- E-mail.
- Contacto y teléfono.
- Nº de cotización.
- Fecha de Cotización.
- Cotización con firma y sello.
- Monto en soles.
- Con o sin IGV.
- Plazo de ejecución del servicio en días calendario.
- Validez de la oferta.

- Garantía y tiempo de garantía, de corresponder.
- Habilitación, de corresponder.
- Remitir anexos adjuntos según Directiva.

Plazo máximo para responder la cotización: **DOS (2) DÍAS HÁBILES**



Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente;

JHONY CASTILLO PÉREZ

ESPECIALISTA – HOSPITAL TARAPOTO

**Anexo N° 1**

Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios					
1	Datos del documento	Número de informe		001-2024-OGESS-ESPECIALIZADA/LOG	
		Fecha de informe		07/02/2024	
2	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.		
3	<b>Antecedentes</b>  Mediante NOTA INFORMATIVA N° 015-2024-OGESS ESPECIALIZADA-H-II-2-T/UNID.SEG., el Jefe de la Unidad de Seguros solicitó la CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS SWL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN – FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.				
4	Verificación del cumplimiento de las condiciones en los bienes y/o servicios en general			¿Cumple con la condición?	
				Sí Cumple	No Cumple
	a. Disponibilidad inmediata.			X	
	Los servicios objeto de la presente contratación, son ofertados por diversas empresas, los mismos que se ejecutarán dentro de los cinco (5) días siguientes de formalizada la contratación.				
	b. Cumplan con las especificaciones técnicas o términos de referencia sin necesidad de ser fabricados, producidos, modificados, suministrados o prestados siguiendo la descripción particular de la Entidad.			X	
	Los servicios objeto de la contratación cumplen con las condiciones establecidos en los Términos de Referencia y son ofertados por diversos proveedores.				
	c. Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.			X	
Los servicios requeridos se comercializan bajo una oferta estándar en el mercado.					
<b>Nota:</b> De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.					
5	<b>Observaciones</b>  Ninguna.				
6	<div align="center">     <b>C.F.C. Ricardo Díaz Arévalo</b>            JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA         </div>				
Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					



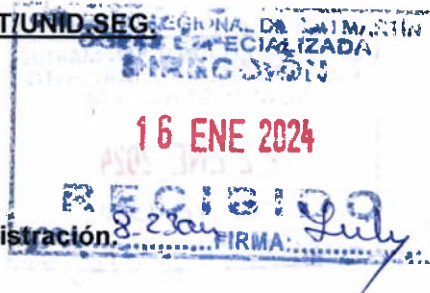
NOTA INFORMATIVA N° 015 - 2024-OGESS ESPECIALIZADA-H-II-2-T/UNID.SEG.

A: M.C. Carlos Javier Mego Silva  
Director OGESS Especializada.

ASUNTO: SOLICITO IMPRESIÓN DE FORMATOS

ATENCIÓN: Director de Planificación Gestión Financiera y Administración,  
Jefe de la Oficina de Logística.

FECHA: Tarapoto, 15 de Enero del 2024.



Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente; y a la vez solicitarle a la brevedad posible la impresión de los siguientes formatos, correspondiente al año 2024, ya que es indispensable en la atención de pacientes beneficiarios del Seguro Integral de Salud, para que las atenciones sean reconocidas y reembolsadas por las IAFAS -- SIS.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DETALLE	ESPECIFICACIONES
175 000	UNIDAD	FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) 00006918-24	50x1x1 (02755006 - 02930005)
2500	UNIDAD	FORMATO DE REFERENCIAS	50x1x2(02755006- 02757505)
20 000	UNIDAD	FORMATO DE CONTRARREFERENCIA	50X1X2(02755006- 02775005)
500	UNIDAD	FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50x1x1 -SIN NUMERACIÓN

Todo este requerimiento de formatería se realizará bajo el clasificador:  
23.27.11.6-- Servicio de impresiones, encuadernación y empastado.

Adjunto, numeración emitida por la Dirección Regional de Salud, Término de Referencia, Modelo de Formato y Formato de Requerimiento.

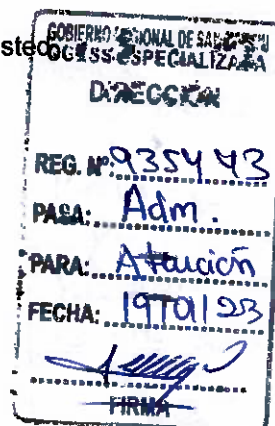
Esperando su atención y pronta respuesta, me suscribo de usted

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
OGESS ESPECIALIZADA  
HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

Obsta. Marilth C. Cayulante Vela  
COP: 12635  
JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS

TRÁMITE N°: 025-2024 935443





# DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

## DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Trámite n.º: 030-2023 906575

MEMORANDO MÚLTIPLE N° 1797 -2023-GRSM-DIRESA/DSI

A : **OBSTA. GLADYS SOFÍA RODRÍGUEZ ASPAJO.**  
Directora de la OGESS Bajo Mayo.  
**MC. ALDO ENRIQUE PINCHI FLORES.**  
Director de la OGESS Alto Mayo.  
**LIC. NUT. CHRISTIAN RUIZ VÁSQUEZ**  
Director de la OGESS Huallaga Central.  
**CD. ROSA DE JESÚS RENGIFO RABINES**  
Directora OGESS Alto Huallaga  
**MC. MIGUEL GÓMEZ ABANTO**  
Director de la OGESS Especializada Hospital II-2 Tarapoto



ASUNTO : Numeración de FUAS periodo 2024

FECHA : Moyobamba, 01 de diciembre de 2023



Mediante el presente se adjunta la numeración para el Formato Único de Atención - FUAs correspondiente al año 2024 según cuadro adjunto:

NUMERACIÓN PARA IMPRESIÓN DE FUAS PERIODO 2024 - LOTE 24			
UNGETS	1º Numeración Periodo 2024		
	DE	HASTA	TOTAL
MOYOBAMBA	00000001	00800000	00800000
RIOJA	00800001	01475001	00675000
EL DORADO	01475002	01675002	00200000
LAMAS	01675003	02075003	00400000
PICOTA	02075004	02295004	00220000
SAN MARTIN	02295005	02755005	00460000
HOSPITAL TARAPOTO	02755006	03085006	00330000
BELLAVISTA	03085007	03385007	00300000
MARISCAL CACERES	03385008	03765008	00380000
HUALLAGA	03765009	04015009	00250000
TOCACHE	04015010	04345010	00330000
C.S.M. BANDA DE SHILCAYO	04345011	04351011	00006000

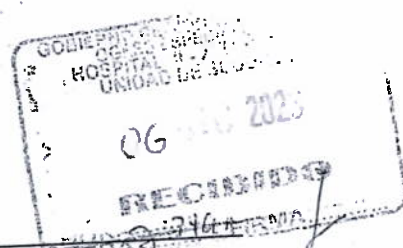
Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

M.C. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES  
DIRECTOR REGIONAL  
CMP. 26146-RNE. 20169

LRB/REJB/rvshmcbb  
C.c.  
Archivo



Av. Grau Cdra. 1- Moyobamba  
<https://mesavirtual.regionsanmartin.gob.pe/>  
Link para dar seguimiento: <https://gstramite.regionsanmartin.gob.pe/#/seguimiento>

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA UNIDAD DE SEGUROS DEL HOSPITAL II- 2 TARAPOTO - MINSA (FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN (FUA), REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS, RECOLECCIÓN DE DATOS)**

#### **1. ÁREA USUARIA**

Oficina de la Unidad de Seguros del Hospital II-2 Tarapoto MINSA.

#### **2. FINALIDAD PÚBLICA**

El Hospital II-2 Tarapoto – Unidad de Seguros, brinda atención a pacientes que son referidos de los diferentes establecimientos de la región San Martín, es por ello que se realiza la compra de Formatos Únicos de Atención (FUA), Referencias, Contrarreferencias, Recolección de Datos), los cuales tiene la finalidad de registrar las prestaciones de salud de pacientes beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS) para que estas atenciones sean reconocidas y reembolsadas por las IAFAS – SIS.

#### **3. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:**

EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ES DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	NUMERACIÓN	BLOCK
1	<b>FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada FUA en original (CB) y copia (CF).</li> <li>- Papel Autocopiativo impreso en tira y retira.</li> <li>- Numerados.</li> <li>- Tamaño A4.</li> </ul>	175000	02755006 AL 02930005	50x1x1
2	<b>FORMATO DE REFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada Formato en Original (CB) y 2 copias. (CF); (CFB)</li> <li>- Papel Autocopiativo.</li> <li>- Numerados.</li> <li>- Tamaño A4.</li> </ul>	2500	02755006 AL 02757505	50x1x2
3	<b>FORMATOS DE CONTRAREFERENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada Formato en Original (CB) y 2 copias. (CF); (CFB)</li> <li>- Papel Autocopiativo.</li> <li>- Numerados.</li> <li>- Tamaño A4.</li> </ul>	20000	02755006 AL 02775005	50x1x2
4	<b>FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada Formato en Original (CB) y 1 copia. (CF)</li> <li>- Papel Autocopiativo.</li> <li>- Tamaño A4.</li> </ul>	500	SIN NUMERACIÓN	50x1x1



**4. PLAZO DE PRESENTACIÓN DEL SERVICIO**

El servicio se realizará en un plazo de 05 días calendarios, contabilizados a partir de la notificación de la Orden de Servicio, debiendo el contratista apersonarse al almacén central de la Unidad Ejecutora Hospital II-2 Tarapoto, a efectos de proceder a la entrega formal de los formatos mediante acta de verificación suscrita por el área usuaria.

**5. LUGAR DE ENTREGA**

La entrega de los formatos será en el Almacén Central de la OGESS ESPECIALIZADA del Hospital II-2 Tarapoto, sito en Jr. Ángel Delgado Morey N° 503 – Tarapoto.

**6. CONDICIÓN DE ENTREGA**

Los formatos deberán ser entregados en cajas debidamente selladas y de facilidad para su revisión al momento de la entrega del producto. Los bienes deberán ser entregados en óptimas condiciones para su utilización inmediata y de acuerdo a la orden de servicio.

**7. RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD**

La recepción y conformidad del servicio materia de la presente se efectuará según lo dispuesto por el Art 168 ° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, debiendo ser suscrito por el Área Usuaria (Unidad de Seguros), quien deberá verificar, la cantidad, calidad y cumplimiento de las condiciones contractuales.

**8. REPOSICIÓN DE PRODUCTOS DEFECTUOSOS:**

Los formatos para el Hospital II-2 Tarapoto – Unidad de Seguros que no se encuentren en óptimas condiciones para su uso, que presenten defectos o no cumplan con las presentes especificaciones técnicas, deberán ser repuestos en un plazo no mayor a tres (03) días calendarios contados a partir del día siguiente de recepcionada la notificación al proveedor.

**9. PLAZO PARA EL PAGO**

El pago será de manera única y se efectuará dentro del plazo de quince (15) días calendarios, siguientes al otorgamiento de la conformidad respectiva por parte del Área Usuaria, siempre que se verifiquen las demás condiciones establecidas en el contrato.

**10. GARANTÍA**

LA GARANTÍA DEL COMERCIAL SERÁ DE 12 MESES UNA VEZ PRESTADO EL SERVICIO.


**NOTA:**

- El proveedor debe estar con coordinación con el área usuaria para cualquier modificación en cuanto a los formatos a entregar.
- Se adjunta muestra de cada formato tira y retira con acabado exacto, requisito para admisión propuesta.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
OGESS ESPECIALIZADA  
HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

Obsta. Merlín Cosavalente Vela  
COP: 12538  
JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA								
NÚMERO DE FORMATO				00006918				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD				
00006918				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN				
				HOSPITAL II - 2 TARAPOTO				
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA		
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA					
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA					
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	DÍA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO							
FEMENINO								
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO					DM / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1		
GESTANTE						DM / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2		
PUÉRPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO					DM / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3		
DE LA ATENCIÓN								
FECHA DE ATENCIÓN		HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	
DÍA	MES	AÑO					DÍA	
							MES	
							AÑO	
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR		DE INGRESO			
					DE ALTA			
					DE CORTE ADMINISTRATIVO			
CONCEPTO PRESTACIONAL								
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		TRASLADO		SEPELIO		
N° Autorización						MATIMUERTO		
Monto SI.						OBITO		
						OTRO		
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO								
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	
REFERIDO								
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:								
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.		
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS								
PESO (Kg)	TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR					
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		BCG			
EDAD GEST	APGAR 1°		PAB (cm)		DPT			
ALTURA UTERINA	5°		R.N. PREMATURO		APO			
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		ASA			
CONTROL PUERP (N°)			CONSEJERÍA NUTRICIONAL		SPR			
			CONSEJERÍA INTEGRAL		SR			
			N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		HVB			
			IMC (Kg/m²)		GRUPO DE RIESGO HVB			
					PENTAVAL			
					GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJ. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES			
DIAGNÓSTICOS								
N°	DESCRIPCIÓN			INGRESO		EGRESO		
				CIE - 10		CIE - 10		
1				P	D	R	D	
2				P	D	R	D	
3				P	D	R	D	
4				P	D	R	D	
5				P	D	R	D	
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				N° DE COLEGIATURA		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO		
1. MÉDICO 2. FARMACEÚTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRA 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICIÓN 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO.								
FIRMA				ASEGURADO				
				APODERADO				
APODERADO:				NOMBRES Y APELLIDOS				
DNI o CE DEL APODERADO:				HUELLA DIGITAL DEL ASEGURADO O APODERADO				
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								







1.- DATOS GENERALES

Fecha 

Día	Mes	Año

Hora 

--	--	--	--

Asegurado: ☐ SI ☐ NO

Nº 3226368

Tipo: \_\_\_\_\_

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento de Destino de la Referencia

HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS	Nº HISTORIA CLÍNICA

Apellido Paterno*	Apellido Materno	Nombres							
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Años <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Meses <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
Dirección:		Departamento:							

3.- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis \_\_\_\_\_

Examen Físico T° \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

Exámenes Auxiliares \_\_\_\_\_

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

Tratamiento \_\_\_\_\_

4.- DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:		
Fecha en que será atendido:	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>
Hora en que será atendido:			
Nombre de quién los atenderá:			
Nombre con quién se coordinó la atención:			

Especialidad de Destino:

Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag. ☐ Otros ☐

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

☐ Estable ☐ Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que Acompaña	Personal que recibe
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____
Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

☐ Estable ☐ Mal Estado ☐ Fallecido



# HOJA DE REFERENCIA

## 1.- DATOS GENERALES

Fecha 

Día	Mes	Año

Hora 

--	--	--	--

Asegurado: ☐ SI ☐ NO

Tipo: \_\_\_\_\_

Nº 3226368

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento de Destino de la Referencia

## 2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

**HOSPITAL II - 2 TARAPOTO**

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS	N° HISTORIA CLÍNICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres						
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Años <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Meses <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
Dirección:	Distrito:	Departamento:						

## 3.- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis \_\_\_\_\_

Examen Físico T° \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

Exámenes Auxiliares \_\_\_\_\_

Diagnóstico	1) _____	CIE - 10					D	P	R
	2) _____								
	3) _____								
Tratamiento	_____								

## 4.- DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:		
Fecha en que será atendido:	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>
Hora en que será atendido:			
Nombre de quién los atenderá:			
Nombre con quién se coordinó la atención:			

### Especialidad de Destino:

Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag. ☐ Otros ☐

### Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

☐ Estable ☐ Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que Acompaña	Personal que recibe
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____
Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro
Firma y Sello _____	Firma y Sello _____	Firma y Sello _____	Firma y Sello _____

### Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

☐ Estable ☐ Mal Estado ☐ Fallecido



# HOJA DE REFERENCIA

## 1.- DATOS GENERALES

Fecha 

Día	Mes	Año

Hora 

--	--	--	--

Asegurado: ☐ SI ☐ NO

Tipo: \_\_\_\_\_

Nº 3226368

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento de Destino de la Referencia

## 2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS

Nº HISTORIA CLÍNICA

Apellido Paterno*	Apellido Materno	Nombres							
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Años <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Meses <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
Dirección:		Distrito:							
		Departamento:							

## 3.- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

Examen Físico T° \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

CIE - 10

D P R

Tratamiento

## 4.- DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia

UPS Destino de la Referencia:

Emergencia ☐

Consulta Externa ☐

Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) ☐

Fecha en que será atendido:

Hora en que será atendido:

Nombre de quién los atenderá:

Nombre con quién se coordinó la atención:

Especialidad de Destino:

Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag. ☐ Otros ☐

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

☐ Estable

☐ Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que Acompaña	Personal que recibe
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____
Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

☐ Estable

☐ Mal Estado

☐ Fallecido



# HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Fecha: 

DIA	MES	AÑO

Hora 

		:		
--	--	---	--	--

NÚMERO

Establecimiento de Referencia

Establecimiento de Origen

CODIGO DE AFILIACION AL SIS

Nº HISTORIA CLINICA

## Identificación del Afiliado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Sexo ☐ F ☐ M Edad Años 

--	--

 Meses 

--	--

 Días 

--	--

## Resumen

Fecha de Ingreso 

--	--	--

Fecha de Egreso 

--	--	--

Diagnóstico de ingreso

Diagnóstico de egreso

Tratamiento realizado

## Recomendaciones

## Médico que contrarrefiere

Nombre \_\_\_\_\_

CMP \_\_\_\_\_

Firma y Sello





# HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Fecha: 

DIA	MES	AÑO

Hora: 

		:		
--	--	---	--	--

NÚMERO  
**3272110**

Establecimiento de Referencia

Establecimiento de Origen

CODIGO DE AFILIACION AL SIS

Nº HISTORIA CLINICA

## Identificación del Afiliado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Sexo ☒ F ☐ M Edad Años 

--	--

 Meses 

--	--

 Días 

--	--

## Resumen

Fecha de Ingreso 

--	--	--

Fecha de Egreso 

--	--	--

Diagnóstico de ingreso

Diagnóstico de egreso

Tratamiento realizado

## Recomendaciones

## Médico que contrarrefiere

Nombre \_\_\_\_\_

CMP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello





# HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Fecha: 

DIA	MES	AÑO

Hora 

		:		
--	--	---	--	--

NÚMERO  
**2272110**

Establecimiento de Referencia

Establecimiento de Origen

CODIGO DE AFILIACION AL SIS

Nº HISTORIA CLINICA

## Identificación del Afiliado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres							
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Años <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Meses <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				

## Resumen

Fecha de Ingreso 

--	--	--

Fecha de Egreso 

--	--	--

Diagnóstico de ingreso

Diagnóstico de egreso

Tratamiento realizado

## Recomendaciones

## Médico que contrarrefiere

Nombre \_\_\_\_\_

CMP \_\_\_\_\_

Firma y Sello

**PERÚ****Ministerio  
de Salud****Seguro Integral de Salud****FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****TIPO DE COMPONENTE**

Subsidiado

Semisubsidiado

**Fecha de Solicitud de Afiliación**

Día	Mes	Año

**Motivo de la Solicitud**

Afiliación

Inscripción

**PROMOTOR**

N° D.N.I.

Nombre y Apellidos

**Situación del Titular**

Asegurado

No Asegurado

**Tipo de Afiliación**

Individual

Familiar

**1.- DATOS DEL SOLICITANTE/JEFE DEL HOGAR**

TD	N° Documento	Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombres		Correo Electrónico:	
1.- D.N.I.		Fecha de Nacimiento	Sexo	M	F
2.- Carnet de Extranjería					
			Teléfono	N° Suministro de Agua	N° Suministro E. Eléctrica
Domicilio del Hogar				Cond. Laboral	
Departamento:				Provincia:	
Distrito				Centro Poblado	
Dirección				Razón Social	
Referencia Domiciliaria:				RUC	

**2.- DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
1				
	Nombres			Sexo Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
				M F
2				
	Nombres			Sexo Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
				M F
3				
	Nombres			Sexo Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
				M F
4				
	Nombres			Sexo Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
				M F
5				
	Nombres			Sexo Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
				M F

**3.- ESTABLECIMIENTO DE AFILIACIÓN (Centro de Digitación)**

Código	Nombres

**4.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN (Atención)**

Código	Nombres

**5.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS AUTORIZADA PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

TD	N° Documento	Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombres		Fecha de Nacimiento	Sexo
					M F

Firma y huella digital del Declarante (a)

Nombre y Apellidos del Declarante:

N° DNI

HUELLA DIGITAL

Sello y firma

Nombre y Apellidos del Responsable:

N° DNI



**PERÚ****Ministerio  
de Salud****Seguro Integral de Salud****FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****TIPO DE COMPONENTE**

Subsidiado

Semisubsidiado

**Fecha de Solicitud de Afiliación**

Día	Mes	Año

**Motivo de la Solicitud**

Afiliación	
Inscripción	

**PROMOTOR**

N° D.N.I.

Nombre y Apellidos

**Situación del Titular**

Asegurado

No Asegurado

**Tipo de Afiliación**

Individual

Familiar

**1.- DATOS DEL SOLICITANTE/JEFE DEL HOGAR**

TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
		Nombres	Correo Electrónico:

1.- D.N.I.

2.- Carnet de Extranjería

Fecha de Nacimiento

Sexo

M

F

Teléfono

N° Suministro de Agua

N° Suministro E. Eléctrica

Domicilio del Hogar

Departamento:

Provincia:

Distrito

Centro Poblado

Dirección

Referencia Domiciliaria:

Cond. Laboral

Ingreso Mens.

Cuota Mens.

Razón Social

RUC

**2.- DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

1	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres			Sexo M F Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
2	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres			Sexo M F Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
3	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres			Sexo M F Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
4	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres			Sexo M F Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante
5	TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres			Sexo M F Fecha de Nacimiento Relación con el Solicitante

**3.- ESTABLECIMIENTO DE AFILIACIÓN (Centro de Digitación)**

Código	Nombres

**4.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN (Atención)**

Código	Nombres

**5.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS AUTORIZADA PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
		Nombres	Fecha de Nacimiento Sexo M F

Firma y huella digital del Declarante (a)

Nombre y Apellidos del Declarante:

N° DNI

HUELLA DIGITAL

Sello y firma

Nombre y Apellidos del Responsable:

N° DNI