

Anexo N° 03

TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS EN GENERAL

1. **AREA SOLICITANTE**

Promoción de la Salud – Red de Salud Valle del Mantaro

2. **OBJETO DEL SERVICIO**

Contratación del servicio de impresiones para las diferentes IPRESS de la Red de Salud Valle del Mantaro.

3. **FINALIDAD PUBLICA**

El presente servicio busca garantizar los materiales necesarios para el desarrollo adecuado de las actividades, contribuyendo a la continuidad de los servicios de asistenciales, brindando de esta manera una atención de calidad y buscando la satisfacción de la población asegurada de la Red de Salud Valle del Mantaro.

4. **DESCRIPCION DEL SERVICIO**

4.1 Términos de referencia del Servicio

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
01	FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ADOLESCENTE DE HISTORIA CLÍNICA ADOLESCENTE	360 000	UNIDADES

ITEM 1: FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

- **CANTIDAD:** 360 000 UNIDADES Cada juego CONTIENE 12 HOJAS AMBAS CARAS en paquetes de 10 juegos cada engomado
- **MATERIAL:** papel bond 75 g
- **MEDIDA:** tamaño A4
- **IMPRESIÓN:** (según modelo adjunto)
- **PRESENTACIÓN:** Empaquetado por 10 juegos.
- **CALIDAD:** nítido BLANCO Y NEGRO hojas 3 y 4 a color
- **Antes de imprimir debe ser visado por la responsable de etapa de vida adolescente**

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
2	FORMATO DE HISTORIA CLINICA CRED	97	MILLAR

ITEM 1: FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE HISTORIA CLINICA NIÑO Y NIÑA

- Tipo de papel bond 80 g o 75g
- En papel tamaño A4
- Impresión en ambas caras y a una sola cara (según modelo adjunto)
- juego por 40 hojas.
- Impresión a blanco y negro; 4 caras a full color (escalas); engomado en bloques de 50 juegos de 10(1/2 millar).
- **Calidad:** nítido
- **Antes de imprimir debe ser visado por el coordinador de etapa de vida niño**
- **Se adjunta modelo (Historia de color de acuerdo a genero 10 hojas mujer 10 hojas varón, de la cantidad total el 50% del total de género femenino y el otro 50% de género masculino.**

GOBIERNO REGIONAL JC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JC
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Lic. Elizabeth A. Mavila Morales
CEP 28283
COORD. PROMOCIÓN DE LA SALUD

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
3	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACIÓN Y EMPASTADO	4,300	Talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75 g

1.- FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CONSULTA EXTERNA SOLO DE CONTINUIDAD SEGÚN NT N°139 "GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS Y D.A N°286 Y 285-2020/MINSA	800 talonarios de 100 unas ambas caras color negro hoja A 4 75 g
FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS DIT	500 talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75
-FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS SMN	500 Talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75
-FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS TBC Y VIH	500 talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75
FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS N.T	500 talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75
FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS SALUD MENTAL	500 talonarios de 100 una sola cara color negro hoja A 4 75
FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS ZOONOSIS CANCER –SESIONES DEMOSTRATIVAS	500 Talonarios de 100 una sola cara color negro hoja
formatos para intervenciones a las familias en instituciones educativa según modelo	500 Talonarios de 100 una sola cara color negro hoja SEGÚN MODELO

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	META
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	91

4.2 Descripción General del Servicio

Servicio de impresión de **FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CONSULTA EXTERNA SOLO DE CONTINUIDAD SEGÚN NT N°139 "GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS Y D.A N°286 Y 285-2020/MINSA Y FORMATOS PARA VISITAS DOMICILIARIAS CONSEJERIA INTEGRAL A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS DIFERENTES ESTRATEGIAS SANITARIAS COMO DIT,SMN,TBC,NT,SALUD MENTAL ZOONOSIS CANCER –SESIONES DEMOSTRATIVAS**

4.3 Procedimientos por parte de El Contratista

El servicio contempla la ejecución del bien solicitado según los términos de referencia descritos en el presente.

4.4 Medidas de Seguridad. El Contratista adoptará todas las medidas de seguridad necesarias para evitar accidentes a su personal y/o terceros, o daños, cumpliendo con todas las disposiciones vigentes, con las Normas Básicas de Prevención de Accidentes.

5. PERFIL MÍNIMO DEL PROVEEDOR

Deberá contar con todos los requisitos establecidos en los documentos legales socializados por el área de logística.

6. PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO

El plazo para la entrega del servicio será en 10 días calendarios computados a partir del día siguiente de recibida la Orden de servido.

7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

Única entrega.

8. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Entrega y envió a las Micro-Redes Cs JUAN PARRA DEL RIEGO, CS CHILCA, CS DAVID GUERRERO DUARTE Y CS LA LIBERTAD a las coord. etapa de vida adolescente, adulto mayor y promoción de la salud previa coordinación con la responsable.

Servicio al área usuaria RSVM –PROMSA-(Av. Giráldez N° 1102 Huancayo). CRED.

9. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La coordinación de Promoción de la Salud de la RSVM.

10. FORMA DE PAGO

• - Previa firma de Acta de Conformidad.

11. PLAZO PARA EL PAGO

Única entrega

12. PENALIDAD

Si el servidor no cumple con la entrega del servicio dentro del plazo estipulado, la RSVM le aplicara una penalidad por cada día de retraso, hasta por un monto equivalente al 10% del monto de contratación, el cual debe consignarse en la orden de Servicio.

13. RESPONSABILIDAD DEL SERVIDOR

Garantizar la entrega oportuna del servicio, según TDR.

14. CONFIDENCIALIDAD

El servidor deberá ser cuidadoso con el manejo de información a la que se dio acceso y que se encuentre relacionado al servicio, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

15. PROPIEDAD INTELECTUAL

La entidad tendrá todos los derechos de propiedad intelectual, incluidos sin limitación los documentos y otros materiales que guarden una relación directa con la ejecución del servicio.

Firma y Sello

Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Lic. Elizabeth J. Morales
CEP. 23200

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Lic. Elizabeth J. Morales

CEP. 23200

COORD. PROMOCIÓN DE LA SALUD