


Anexo N° 1

| Informe sustentatorio para emplear la comparación de precios   |  |   |  |                           |           |
|--|--|---|--|---------------------------|-----------|
| 1  | Datos del documento  | Número de informe                         |  | 001-2025-RSH-1            |           |
|  |  | Fecha de informe                          |  | 03/04/2025                |           |
| 2  | Objeto de la contratación  | Objeto de la contratación                 | Bienes   | Servicios                 | X         |
|  |  | Descripción del objeto de la contratación | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |                           |           |
| 3  | Antecedentes   |   |  |                           |           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MEMORANDUM N° 154-2025-GRH-DRSH-DIREDHCO/OPE</li> <li>MEMORANDUM N° 253-2025-GR-HCO-DRS/DIREDHCO-DA</li> <li>INFORME N° 187-2025-GRHCO-DRSH-RSHCO/UL</li> <li>MEMORANDUM N° 796-2025-GRH-DRSH-DIREDHCO/ODI</li> </ul> |  |   |  |                           |           |
| 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                         |           |
|  | De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.   |   |  |                           |           |
|  | 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                         |           |
|  | De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.   |   |  |                           |           |
|  | c. Fáciles de obtener o que tengan un estándar establecido en el mercado.  |   |  | X                         |           |
|  | De ser afirmativa, detallar el análisis desarrollado para sustentar el cumplimiento de la condición.   |   |  |                           |           |
| Nota: De no cumplir con una de las condiciones señaladas, no procede emplear la comparación de precios.  |  |   |  |                           |           |
| 5  | Observaciones  |   |  |                           |           |
| NINGUNA  |  |   |  |                           |           |
| 6  |  <p>MINISTERIO DE SALUD<br/>GOBIERNO REGIONAL HUANUCO<br/>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO<br/>RED DE SALUD HUANUCO</p> <p><i>[Firma]</i><br/>CPC Fredy Benancio Aguirre<br/>JEFE DE LOGÍSTICA</p> |   |  |                           |           |
|  | Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones   |   |  |                           |           |

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización |   |   |  |  |                        |   |
|-------------------------|---|---|--|--|------------------------|---|
| 1                       | Número y fecha del documento  | Número                                    | 001-2025-rsh-1   |  |                        |   |
|                         |   | Fecha                                     | 03/04/2025   |  |                        |   |
| 2                       | Datos de la Entidad   | Nombre de la Entidad                      | RED DE SALUD HUANUCO   |  |                        |   |
|                         |   | RUC                                       | 20489498783  |  |                        |   |
|                         |   | Dirección                                 | AV. CARRETERA CENTRAL 266  |  |                        |   |
|                         |   | Teléfono(s)                               | 940618496  |  |                        |   |
|                         |   | Correo electrónico                        | fbenancio@redsaludhuanuco.gob.pe   |  |                        |   |
|                         |   | Persona de contacto                       | FREDY BENANCIO AGUIRRE   |  |                        |   |
| 3                       | Datos del proveedor   | Nombre o razón social                     | LLANOS PALACIOS CARLOS ALBERTO   |  |                        |   |
|                         |   | RUC                                       | 10225202066  |  |                        |   |
|                         |   | Dirección                                 |  |  |                        |   |
|                         |   | Teléfono(s)                               |  |  |                        |   |
|                         |   | Correo electrónico                        | llanospalacios@hotmail.com   |  |                        |   |
|                         |   | Representante o persona de contacto       | LLANOS PALACIOS CARLOS ALBERTO   |  |                        |   |
| 4                       | Objeto de la contratación   | Objeto de la contratación                 | Bienes   |  | Servicios              | x |
|                         |   | Descripción del objeto de la contratación | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |  |                        |   |
|                         |   | 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>MINISTERIO DE SALUD<br/>GOBIERNO REGIONAL HUANUCO<br/>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO<br/>RED DE SALUD HUANUCO</p> <p><i>Fredy Benancio Aguirre</i><br/>CPC Fredy Benancio Aguirre<br/>JEFE DE LOGÍSTICA</p> |   |  |  |                        |   |
|                         | Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones  |   |  |  |                        |   |

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización   |  |   |  |  |                        |   |
|---|--|---|--|--|------------------------|---|
| 1   | Número y fecha del documento   | Número                                    | 001-2025-rsh-1   |  |                        |   |
|   |  | Fecha                                     | 03/04/2025   |  |                        |   |
| 2   | Datos de la Entidad  | Nombre de la Entidad                      | RED DE SALUD HUANUCO   |  |                        |   |
|   |  | RUC                                       | 20489498783  |  |                        |   |
|   |  | Dirección                                 | AV. CARRETERA CENTRAL 266  |  |                        |   |
|   |  | Teléfono(s)                               | 940618496  |  |                        |   |
|   |  | Correo electrónico                        | fbenancio@redsaludhuanuco.gob.pe   |  |                        |   |
|   |  | Persona de contacto                       | FREDY BENANCIO AGUIRRE   |  |                        |   |
| 3   | Datos del proveedor  | Nombre o razón social                     | RIVERA MENDOZA MONICA VANNESA  |  |                        |   |
|   |  | RUC                                       | 10430726141  |  |                        |   |
|   |  | Dirección                                 |  |  |                        |   |
|   |  | Teléfono(s)                               |  |  |                        |   |
|   |  | Correo electrónico                        | CAVIGRAF2022@hotmail.com   |  |                        |   |
|   |  | Representante o persona de contacto       | RIVERA MENDOZA MONICA VANNESA  |  |                        |   |
| 4   | Objeto de la contratación  | Objeto de la contratación                 | Bienes   |  | Servicios              | x |
|   |  | Descripción del objeto de la contratación | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |  |                        |   |
|   |  | 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   | <div><p>MINISTERIO DE SALUD<br/>GOBIERNO REGIONAL HUANUCO<br/>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO<br/>RED DE SALUD HUANUCO</p><p><i>Fredy Benancio Aguirre</i><br/>CPC Fredy Benancio Aguirre<br/>JEFE DE LOGISTICA</p></div> <p>Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones</p> |   |  |  |                        |   |

Anexo N° 2

| Solicitud de cotización |  |   |  |  |                        |   |
|-------------------------|--|---|--|--|------------------------|---|
| 1                       | Número y fecha del documento   | Número                                    | 001-2025-rsh-1   |  |                        |   |
|                         |  | Fecha                                     | 03/04/2025   |  |                        |   |
| 2                       | Datos de la Entidad  | Nombre de la Entidad                      | RED DE SALUD HUANUCO   |  |                        |   |
|                         |  | RUC                                       | 20489498783  |  |                        |   |
|                         |  | Dirección                                 | AV. CARRETERA CENTRAL 266  |  |                        |   |
|                         |  | Teléfono(s)                               | 940618496  |  |                        |   |
|                         |  | Correo electrónico                        | fbenancio@redsaludhuanuco.gob.pe   |  |                        |   |
|                         |  | Persona de contacto                       | FREDY BENANCIO AGUIRRE   |  |                        |   |
| 3                       | Datos del proveedor  | Nombre o razón social                     | GRUPO GRAFICO IMAGEN 2   |  |                        |   |
|                         |  | RUC                                       | 20489575796  |  |                        |   |
|                         |  | Dirección                                 |  |  |                        |   |
|                         |  | Teléfono(s)                               |  |  |                        |   |
|                         |  | Correo electrónico                        | Grupografico2@outlook.es   |  |                        |   |
|                         |  | Representante o persona de contacto       | GRUPO GRAFICO IMAGEN 2   |  |                        |   |
| 4                       | Objeto de la contratación  | Objeto de la contratación                 | Bienes   |  | Servicios              | x |
|                         |  | Descripción del objeto de la contratación | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |  |                        |   |
|                         |  | 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                       | <div style="text-align: center;">  <p>MINISTERIO DE SALUD<br/>GOBIERNO REGIONAL HUANUCO<br/>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO<br/>RED DE SALUD HUANUCO</p> <p><i>CPC Fredy Benancio Aguirre</i></p> <p>JEFE DE LOGÍSTICA</p> </div> |   |  |  |                        |   |
|                         | Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones   |   |  |  |                        |   |

# CAVIGRAF

RIVERA MENDOZA MÓNICA VANESSA

Impresión de Revistas, Formatos, Afiches, Edición de Libros,  
Impresión de Gigantografías, Lona, Vinil, Brillo, Mate.

Venta de Equipos de Computo, Suministros, Máquinas Offset, Copiadoras

Av. Micaela Bastidas #317 Paucarbamba Amarillis Cel. 962572748

Señor(es): **RED SALUD HUANUCO**

Dirección: **JR. CARRETERA CENTRAL - LLICUA BAJA**

Huánuco: **03** de **ABRIL** del **2025**

**RUC: 10430726141**

**N° 00798**

**PROFORMA**



| CANT. | DETALLE   | PRECIO UNITARIO | IMPORTE   |
|-------|---|-----------------|-----------|
| 16667 | RECETA UNICA ESTADARIZADAS MAS INDICACIONES EE.SS. EN PAPEL AUTOPIATIVO EN TAMAÑO MEDIO OFICIO , BLOCK X 50 JUEGOS ORIGINAL / COPIA UN ORIGINAL MAS UNA COPIA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD | 3.40            | 56.667.80 |

PLAZO DE ENTREGA 10 DIAS CALENDARIO

**TOTAL S/**

**56.667.80**

**CLIENTE**

**CAVIGRAF**

RUC: 10430726141

Monica Vanessa Rivera Mendoza

**CAVIGRAF**

Anexo N° 3

| Cotización y declaración jurada del proveedor |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1   | Fecha del documento   | 03/04/2025   |   |
| 2   | Cotización  |  |   |
| 2.1   | Descripción del objeto de la contratación   | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |   |
| 2.2   | Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda   | Si cumple  | X |
|   |   | No cumple  |   |
| 2.3   | Monto total cotizado  | S/ 56.667.80   |   |
| 2.4   | Detallar documentación adjunta, de ser el caso  | PROFORMA   |   |
| 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;"> <br/> RUC: 10430726141<br/> <br/> -----<br/> Monica Vanessa Rivera Mendoza </div>   |  |   |
| Nombre, firma y sello del proveedor           |   |  |   |

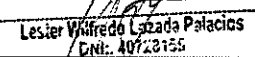
Anexo N° 4

| Declaración jurada del proveedor    |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| 1                                   | Fecha del documento  | 03/04/2025   |
| 2                                   | Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)  |  |
|                                     | 2.1 Descripción del objeto de la contratación  | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |
|                                     | 2.2 Monto total según informe de indagación  | S/ 56.667.80   |
|                                     | 2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)   | PROFORMA   |
| 3                                   | <b>Declaración jurada del proveedor</b><br><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;"> <br/> RUC: 10430726141<br/> <br/> Monica Vanessa Rivera Mendoza </div>   |  |
| Nombre, firma y sello del proveedor |  |  |

**GRUPO GRAFICO IMAGEN 2**



**Anexo N° 3**



| Cotización y declaración jurada del proveedor |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1   | Fecha del documento   | 03/04/2025   |   |
| 2   | <b>Cotización</b>   |  |   |
| 2.1   | Descripción del objeto de la contratación   | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |   |
| 2.2   | Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda   | Si cumple  | X |
|   |   | No cumple  |   |
| 2.3   | Monto total cotizado  | S/ 53.334.40   |   |
| 2.4   | Detallar documentación adjunta, de ser el caso  | PROFORMA   |   |
| 3   | <b>Declaración jurada del proveedor</b>   |  |   |
|   | <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   | <br><br>Lester Wilfredo Lázada Palacios<br>Cnit.: 40723155<br><b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>  |  |   |

**Anexo N° 4**



| <b>Declaración jurada del proveedor</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>1</b>                                | <b>Fecha del documento</b>  | 03/04/2025   |
| <b>2</b>                                | <b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>  |  |
|   | 2.1 Descripción del objeto de la contratación   | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |
|   | 2.2 Monto total según informe de indagación   | S/ 53.334.40   |
|   | 2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)  | PROFORMA   |
| <b>3</b>                                | <b>Declaración jurada del proveedor</b><br><br>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.<br><br>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. |  |
| <b>4</b>                                | <div align="center"> <br/> R.U.C. 20489579796<br/> Lester Wilfredo Lozada Palacios<br/> DNI: 49728155 </div>   |  |
|   | <b>Nombre, firma y sello del proveedor</b>  |  |

**Jr. GENERAL PRADO, N° 1022 - HUÁNUCO**

**Anexo N° 3**

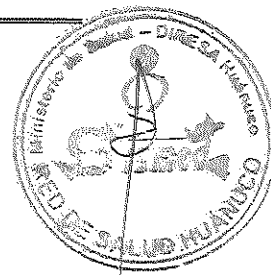
| <b>Cotización y declaración jurada del proveedor</b> |   |   |  |           |   |           |  |
|--|---|---|--|-----------|---|-----------|--|
| <b>1</b>   | <b>Fecha del documento</b>  | 03/04/2025  |  |           |   |           |  |
| <b>2</b>   | <b>Cotización</b>   |   |  |           |   |           |  |
|  | 2.1   | Descripción del objeto de la contratación   | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |           |   |           |  |
|  | 2.2   | Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda | <table border="1"> <tr> <td>Si cumple</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>No cumple</td> <td></td> </tr> </table>             | Si cumple | X | No cumple |  |
| Si cumple  | X   |   |  |           |   |           |  |
| No cumple  |   |   |  |           |   |           |  |
|  | 2.3   | Monto total cotizado  | 51,501.03  |           |   |           |  |
|  | 2.4   | Detallar documentación adjunta, de ser el caso  | PROFORMA   |           |   |           |  |
| <b>3</b>   | <b>Declaración jurada del proveedor</b>   |   |  |           |   |           |  |
|  | <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> |   |  |           |   |           |  |
| <b>4</b>   | <div style="text-align: center;"> <br/> <br/>             Palacios Palacios Carlos Alberto<br/> <b>Nombre, firma y sello del proveedor</b> </div>   |   |  |           |   |           |  |

**Anexo N° 4**

| <b>Declaración jurada del proveedor</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>1</b>                                | <b>Fecha del documento</b>  | 03/04/2025   |
| <b>2</b>                                | <b>Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)</b>  |  |
|   | 2.1 Descripción del objeto de la contratación   | CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED HUANUCO |
|   | 2.2 Monto total según informe de indagación   | 51,501.03  |
|   | 2.3 Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)  | PROFORMA   |
| <b>3</b>                                | <b>Declaración jurada del proveedor</b><br><br>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.<br><br>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. |  |
| <b>4</b>                                | <div style="text-align: center;"> <br/> <b>Industria Gráfica Imagen</b><br/> <br/> <b>Carlos Palacios Carlos Alberto</b><br/> <small>D.N.I. 7727200</small><br/> <b>Nombre, firma y sello del proveedor</b> </div>  |  |

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

## **TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA REQUERIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**



### **DEPENDENCIA SOLICITANTE:**

AREA DEL SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO PUBLICO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS - SISMED - RED DE SALUD HUÁNUCO.

### **1. DENOMINACION DE LA CONTRATACIÓN**

Adquisición de servicio de impresiones de Receta Única Estandarizada.

### **2. FINALIDAD PUBLICA**

Con la finalidad que los establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco, desarrollen sus actividades de atención a la población, existe la necesidad de proveerles de Recetarios Únicos Estandarizados, que permitan garantizar las buenas prácticas de dispensación y uso adecuado de medicamentos.

Contribuir a mejorar la salida de la población a través de una correcta y efectiva dispensación de medicamentos en los establecimientos farmacéuticos de dispensación a nivel regional, brindando un servicio de calidad y calidez procurando el bienestar de los pacientes, y el respeto a sus derechos como ciudadano.

Las buenas prácticas de dispensación de medicamentos (BPD) es un conjunto de normas establecidas para asegurar un uso adecuado de estos productos. Unas prácticas correctas de dispensación garantizan que se entregue al paciente que corresponda, el medicamento correcto, en la dosis y cantidad prescritas, con información clara sobre su uso y conservación, y en un envase que permita mantener la calidad de medicamento.

### **3. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN**

Que el presente requerimiento tiene por objeto controlar la adquisición de impresión de Receta Única Estandarizada, las mismas que serán utilizadas por los profesionales prescriptores en los establecimientos de salud de la región.

- Contribuir al cumplimiento de la prescripción médica.
- Orientar a los pacientes para el uso adecuado de los medicamentos.
- Contribuir al seguimiento Fármacoterapéutico de pacientes según criterios específicos.
- Identificar y contribuir a la solución de los problemas relacionados con el uso de medicamentos.

### **4. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTO TÉCNICO MÍNIMO**

| ITEM N° | Descripción del servicio   | UNIDAD DE MEDIDA                                  | CANTIDAD  |
|---------|--|---|-----------|
| 1       | RECETA UNICA<br>ESTANDARIZADAS MAS<br>INDICACIONES EE.SS.<br>AUTOCOPIATIVO | BLOCK X 50<br>JUEGOS 01<br>ORIGINAL + 01<br>COPIA | 16,181.00 |

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

#### 4.1 PLAZO DE ENTREGA

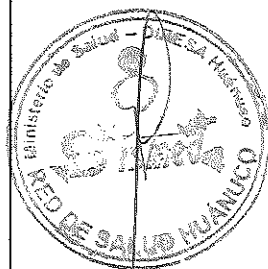
10 Días calendario después de recepción la Orden de compra.

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS BIENES A UTILIZAR EN LA PRESTACION DE SERVICIO

| TIPO DE FORMATO   | TAMANO DE PAPEL | TIPO DE PAPEL     | PRESENTACION                       | DETALLE: Original, N° copias, colores, peso en gramos.            | TIPO DE IMPRESIÓN | CANTIDAD SOLICITADA |
|---|-----------------|-------------------|------------------------------------|---|-------------------|---------------------|
| RECETA ÚNICA Estandarizadas MAS INDICACIONES EE.SS. AUTOCOPIATIVO | ½ OFICIO        | BOND DE 56 GRAMOS | BLOCK X 50 JUEGOS ORIGINAL / COPIA | 01 original blanco(56g)<br>01 copia papel de color celeste (56 g) | OFFSET EN NEGRO   | 16,181              |

#### 4.3 OTRAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

FORMATO: RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA (SEGÚN DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 249/MINSA/2018-DIGEMID APROBADA CON R.M. N° 116/2018/MINSA (...) 6.6 PROCESO DE USO RACIONAL.



#### 4.4 LUGAR DE ENTREGA

La entrega se realizará en la Unidad Ejecutora de la Red de Salud Huánuco, sito en la AV. Carretera Central N° 266 – Llicua Baja del distrito de Amarilis, en horario de oficina.

#### 4.5 FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Donaciones y Transferencias.

#### 4.6 META

| META | N° DE TRANSFERENCIA | SECUENCIA | RED DE SALUD HUÁNUCO |
|------|---------------------|-----------|----------------------|
| 161  | 98                  |           |                      |

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

#### 4.7 CLASIFICADOR DE GASTOS Y CODIGO SIGA

23.27.11.6

500100051552



#### 5. NORMAS OBLIGATORIAS Y/O VOLUNTARIAS:

- Constitución política del peru
- Ley N° 28411 – ley de general del sistema nacional de presupuesto.
- Reglamento del decreto legislativo N° 1439, decreto legislativo del sistema nacional de abastecimiento.
- TUO de la ley de contrataciones del estado y su reglamento

##### 5.1 Del Proveedor

- El proveedor debe contar con su Registro Nacional de Proveedores (RNP) para servicios - vigente.
- Registro Único de Contribuyentes (RUC) activo y habido que su actividad esté relacionada directamente al rubro del objeto de contratación como impresiones

##### 5.2 Forma de Pago

- La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.
- La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

#### 6 CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN:

La conformidad será otorgada por el responsable de la Unidad de Seguros y área SISMED de la Red de Salud Huánuco, mediante acta de conformidad en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción de los bienes.

#### 7 PENALIDADES

Si el CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la entrega de los bienes objeto de la Orden de Compra, LA RED DE SALUD HUANUCO le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de dicha Orden, para dicho efecto tomará como referencia la siguiente formula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

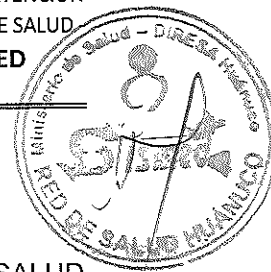
Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F= 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la orden o contrato vigente o ítem que debió ejecutarse, en caso de que estas involucren obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia del retraso.





"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

## 8 RESOLUCIÓN DE CONTRATO

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, LA RED DE SALUD HUANUCO procederá a resolver la orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164° y 165° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

## 9 PERSONAL DE LA OFICINA USUARIA RESPONSABLE DE LAS COORDINACIONES

La Coordinación, Supervisión y Conformidad estará a cargo de la Unidad de Seguros.

## 10 CONFIDENCIALIDAD

El proveedor, guardará, bajo responsabilidad a que hubiere lugar, estricta confidencialidad respecto de la información que recabe con ocasión de las visitas a las instalaciones de la institución, así como de la información que genere, no pudiendo emplear dicha información para un fin distinto al contratado.

## 11 RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por un plazo no menor de un (1) año contado a partir del día siguiente de brindada la conformidad y siempre que no haya podido ser advertida en dicho momento.

## 12 NORMAS ANTICORRUPCION

El proveedor/contratista acepta expresamente que no llevará a cabo acciones que están prohibidas por las leyes locales u otras leyes anticorrupción. Sin limitar lo anterior, el proveedor/contratista se obliga a no efectuar algún pago, ni ofrecerá o transferirá algo de valor, a un funcionario o servidor público o a cualquier tercero relacionado con la compra aquí establecida de manera que pudiese violar las leyes locales u otras leyes anticorrupción, sin restricción alguna.

En forma especial, el proveedor/contratista declara con carácter de declaración jurada que no se encuentra inmerso en algún proceso de carácter penal vinculado a presuntos ilícitos penales contra el estado peruano, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Compra de la que estos términos de referencia forman parte integrante.

## 13 NORMAS ANTISOBORNO

El proveedor, no debe ofrecer negociar o efectuar cualquier pago objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que puedan constituir un incumplimiento a la ley tales como; robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias directa o indirectamente, o a través de socios integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia a lo establecido en el artículo 1 de Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

socios, accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones.

De la misma forma el proveedor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento, así también, en adoptar medidas técnicas, prácticas, a través de canales dispuestos por la Entidad.

El proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del servicio o bien contratado y a las acciones civiles y/o penales que la Entidad pueda accionar, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Servicio de la que estos términos de referencia forman parte integrante.

Romman Daniel  
Rodríguez Villanueva  
OBSTETRA  
COP. 10884  
DNI: 40077411  
P.S. Sr. Villanueva

Noheley Borja Valerio  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 47149748

Grete M. Barnachea Rosales  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 43090735  
P.S. Barnachea

Edith M. Salas Pulido  
Tec. Enfermería  
DNI: 43072676

José Calderón Vargas  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 42623497

Karina Remy Imbarren Hallqui  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 47407651

María M. Huertas Amador  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 18574749

Mg. FROILAN SANTIAGO CARRILLO  
CEP: 32736 - REM: 2250

Lic. Enf. Angela Magaña Salazar  
CEP: 65869  
JEFA

Victor M. Vasquez Crispin  
TECNICO ENFERMERO  
DNI: 47584583  
P.S. Vasquez

Ruth Noemi Cukantes Reyes  
TEC. FARMACIA  
DNI: 77535354

Lic. Enf. M. Rodríguez Ruiz  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP: 45550

Kelly Falcon Villanueva  
Tec. Enfermería

Lic. Enf. V. Mallqui Vaidivia  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 47584583

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Sandy S. Espinoza Murval  
TEC. FARMACIA  
DNI: 42880084

Ruth Noemi Cukantes Reyes  
TEC. FARMACIA  
DNI: 77535354

Miguel Oscar Villanueva Sincho  
TEC. FARMACIA - DNI: 46122034

Kelly Falcon Villanueva  
Tec. Enfermería

M. C. Alejandra V. Vicente Quispe  
C.M.P. 19081  
JEFE MICRORED AMARILIS

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Lic. Enf. Veneria J. Morales Quispe  
CEP: 42156  
DNI: 41115866

Alma D. Robles Portiano  
Tec. Enfermería  
DNI: 44005174

Isabella L. L. Inocente  
Tec. en Enfermería  
P.S. Lloco

Maria P. P. Boyola  
JEFE DE FARMACIA  
DNI: 44653023

Maria P. P. Boyola  
JEFE DE FARMACIA  
DNI: 44653023

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Flavio Albarrán Ortega  
OBSTETRA  
COP. 9691

Vilma Tarczona Leiva  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 44510789

Doris Morales Arquiño  
TEC. EN ENFERMERIA  
DNI: 47584583

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Lic. Enf. M. A. Rojas Estela  
CEP: 30776  
JEFE

Vásquez Crispin Diego  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 41172674

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277

Edith Lizet Gutierrez Cr  
TEC. ENFERMERIA  
DNI: 22495277