

Anexo N° 2

Solicitud de cotización						
1	Número y fecha del documento	Número	05			
		Fecha	20/07/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO			
		RUC	20534772166			
		Dirección	PZA.04 DE OCTUBRE NRO. S/N C.P. SAN FRANCISCO AYACUCHO - LA MAR - AYNA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	Abastecimiento.ueressaf@gmail.com			
		Persona de contacto	RESPONSABLE DE OEC			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	CISNEROS VIVANCO ROSANA			
		RUC	10283168617			
		Dirección	JR.AREQUIPA N°420 AYACUCHO - HUAMANGA - AYACUCHO			
		Teléfono(s)	No indica			
		Correo electrónico	studiocreativo@outlook.com			
		Representante o persona de contacto	CISNEROS VIVANCO ROSANA			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA y RECETARIO DE NARCOTICOS, PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.			
		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>GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408-RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> <p><i>[Firma]</i> Lic. C.P. Maribel Salinas Quispe JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</p> <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	05			
		Fecha	20/07/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO			
		RUC	20534772166			
		Dirección	PZA.04 DE OCTUBRE NRO. S/N C.P. SAN FRANCISCO AYACUCHO - LA MAR - AYNA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	Abastecimiento.uerssa@gmail.com			
		Persona de contacto	RESPONSABLE DE OEC			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	EL TRIUNFO EIRL			
		RUC	20365108383			
		Dirección	JR. AREQUIPA NRO. 272 CERCADO AYACUCHO - HUAMANGA - AYACUCHO			
		Teléfono(s)	No indica			
		Correo electrónico	eltriunfoeirlayac@gmail.com			
		Representante o persona de contacto	VELASQUEZ QUISPE ANGELICA			
4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes		Servicios	X
		Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA y RECETARIO DE NARCOTICOS, PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.			
		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>GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408-RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> <p><i>[Firma]</i> Lic. C.P. Maribel Salinas Quispe JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</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	05			
		Fecha	20/07/2023			
2	Datos de la Entidad	Nombre de la Entidad	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO			
		RUC	20534772166			
		Dirección	PZA.04 DE OCTUBRE NRO. S/N C.P. SAN FRANCISCO AYACUCHO - LA MAR - AYNA			
		Teléfono(s)				
		Correo electrónico	Abastecimiento.uerssaf@gmail.com			
		Persona de contacto	RESPONSABLE DE OEC			
3	Datos del proveedor	Nombre o razón social	DE LA CRUZ HUAMAN MARIA ENCARNACION			
		RUC	10282284711			
		Dirección	JR.28 DE JULIO 247-JNT- AYACUCHO - HUAMANGA - AYACUCHO			
		Teléfono(s)	No indica			
		Correo electrónico	yoimpresiones@hotmail.com			
		Representante o persona de contacto	DE LA CRUZ HUAMAN MARIA ENCARNACION			
		4	Objeto de la contratación	Objeto de la contratación	Bienes	
Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA y RECETARIO DE NARCOTICOS, PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.					
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>GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO U.E. 408-RED DE SALUD SAN FRANCISCO</p> <p><i>[Firma]</i> Lic. C.P. Maribel Salinas Quispe JEFE DE ABASTECIMIENTO Y S.A.</p>					
	Nombre, firma y sello del funcionario responsable del órgano encargado de las contrataciones					

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	20/07/2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA Y RECETARIO DE NARCOTICOS , PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 59,560.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO PROFORMA Y/O SOLICITUD DE COTIZACION	
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			
Nombre, firma y sello del proveedor			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	20/07/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA Y RECETARIO DE NARCOTICOS , PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.
2.2	Monto total según informe de indagación	S/. 59,560.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SOLCITUD DE COTIZACION
3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <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;">  <p>Multiservicios K&S RUC. 10283188617</p> <p>Rosana Cisneros Vivanco</p> </div> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>	

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	20/07/2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA Estandarizada y Recetario de NARCOTICOS, PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 48,860.00	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO PROFORMA Y/O SOLICITUD DE COTIZACION	
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;">  EL TRIUNFO EIRL Angélica Velásquez Quispe RUC. 20366108383 - CEL. 965623975 </div>		
Nombre, firma y sello del proveedor			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor

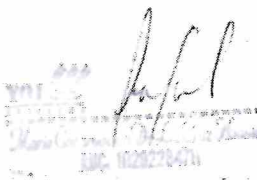
1	Fecha del documento	20/07/2023
---	---------------------	------------

2	Información del bien o servicio a contratar(para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA Y RECETARIO DE NARCOTICOS PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.
2.2	Monto total según informe de indagación	S/. 48,860.00
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SOLCITUD DE COTIZACION

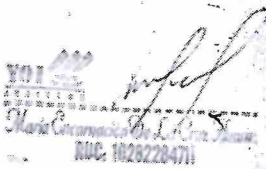
3	Declaración jurada del proveedor
	<p>Acepto y me comprometo a mantener vigente esta oferta y a perfeccionar el contrato, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para postular en el procedimiento de selección para 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;">  EL TRIUNFO Angélica Velásquez Quispe RUC. 20365100383 - CEL. 965823955 </p>
	Nombre, firma y sello del proveedor

Anexo N° 3

Cotización y declaración jurada del proveedor			
1	Fecha del documento	20/07/2023	
2	Cotización		
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA Y RECETARIO DE NARCOTICOS PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.	
2.2	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según	Si cumple	X
		No cumple	
2.3	Monto total cotizado	S/. 61,016.40	
2.4	Detallar documentación adjunta, de ser el caso	ADJUNTO PROFORMA Y/O SOLICITUD DE COTIZACION	
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 para 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			
Nombre, firma y sello del proveedor			

Anexo N° 4

Declaración jurada del proveedor		
1	Fecha del documento	20/07/2023
2	Información del bien o servicio a contratar (para ser llenado por la Entidad contratante)	
2.1	Descripción del objeto de la contratación	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA Y RECETARIO DE NARCOTICOS, PARA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.
2.2	Monto total según informe de indagación	S/. 61,016.40
2.3	Detallar documentación adjunta (proforma, pantalla de internet u otro documento que describa el bien o servicio a contratar)	SOLCITUD DE COTIZACION
3	<p>Declaración jurada del proveedor</p> <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;">  <p>YOLANDA Mora Contreras de la Cruz RUC: 1028228471</p> </div> <p>Nombre, firma y sello del proveedor</p>	

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

TÉRMINOS DE REFERENCIA
SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Servicio impresión de Receta Única Estandarizada.

2. FINALIDAD PÚBLICA

Contratación de Servicio de Receta Única Estandarizada, para la atención de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los diferentes Establecimientos de Salud.

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Contratación de servicio de impresión de Receta Única Estandarizada, necesarios para la atención de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

4. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A ADQUIRIR

4.1. RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA X MILLAR

4.1.1. CANTIDAD: 348 MILLARES

4.1.2. CARACTERÍSTICAS Y DESCRIPCIÓN

- Los recetarios deberán contar con el nombre de la UNIDAD EJECUTORA 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO, con el logo de la UERSSAF y del SISMED en la parte superior, seguido del código RENAES, NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, LA DIRECCIÓN y el nombre de RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA de manera centrada.
- Cada ejemplar irá numerado de forma correlativa en todos los ejemplares. Las recetas irán numeradas en caracteres alfanuméricos.
- Así mismo como medida de seguridad, las recetas incorporarán obligatoriamente la marca de agua del denominado SISMED, tanto en la zona de prescripción e indicaciones, grabadas en las tres hojas.
- En la parte inferior deberá ir el destino de la receta: FARMACIA, USUARIO E HISTORIA CLÍNICA.

4.1.3. PRESENTACIÓN

Talonarios x 100 unid

4.1.4. DIMENSIONES

17CM X 22CM

4.1.5. EMPAQUE

- Empaquetado interior: cada 20 ejemplares deberán ir envueltos en material plástico transparente, soldado.
- Empaquetado exterior: cada 25 paquetes, correlativos por su numeración, irán embalados en cajas de cartón que se ajustarán en su confección. Las medidas de las cajas serán las apropiadas para el contenido sin que se produzcan holguras en su interior, o deformaciones de la caja, una vez introducida la carga.

4.1.6. PRECINTO DE LAS CAJAS

- El cierre de las cajas se efectuará siempre por una de las caras de mayor superficie; el precintado será efectuado a base de "bandas engomadas armadas" de 7 cm. de anchura.

5. GARANTÍA:

- Mínimo de un año.

6. DOCUMENTOS ENTREGABLES:

- Guía de remisión
- Factura

7. MANTENIMIENTO PREVENTIVO:

- NO APLICA

8. CAPACITACIÓN:

- NO APLICA

9. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- Registro de RNP.



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

10. **LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN**

LUGAR: Almacén especializado de medicamentos de la UERSSAF, distrito de Ayna San Francisco
Plazo de ejecución: El plazo máximo de ejecución del servicio es de 5 días calendario, contados desde la emisión de la Orden.

11. **CONFORMIDAD**

La conformidad referida a la contratación, es emitida por la parte usuaria en un plazo máximo de siete (07) días de producida la recepción.

12. **MODELO DE LA RECETA ESTANDARIZADA:**

UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO		UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD SAN FRANCISCO	
7733 - P.S. VILLA MEJORADA AV. Magisterio S/N			
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA - 0438006		RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA	
INDICACIONES			
<p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Código de atención: _____</p> <p>USUARIO: <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Oncología <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>ESPECIALIDAD MÉDICA: <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Historia Clínica/DNI: _____ (CIE-10) _____</p> <p>Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo): _____</p> <p>Productos Farmacéuticos a Incluir (Escribir D.O. o equivalente para incluir): _____</p> <p>Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Cantidad: _____</p>		<p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Producto Farmacéutico a incluir: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Frecuencia: _____ Duración: _____</p>	
Sello/Firma/Cot. Profesional		Sello/Firma del Resp. Farmacia	
Firma del paciente		Fecha de atención	
Válido hasta			

Imagen referencial



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

TÉRMINOS DE REFERENCIA

PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETARIO DE NARCÓTICOS

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Servicio de impresión de RECETARIO DE NARCÓTICOS

2. FINALIDAD PÚBLICA

Contratación de Servicio de impresión de RECETARIO DE NARCÓTICOS para la atención de los productos farmacéuticos controlados en los Establecimientos de Salud.

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Contratación de servicio de RECETARIO DE NARCÓTICOS, para la atención de productos farmacéuticos controlados.

4. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A ADQUIRIR

4.1. FORMATO RECETARIO DE NARCÓTICOS AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) EMPAQUE X 50

4.1.1. CANTIDAD: 20

4.1.2. CARACTERÍSTICAS Y DESCRIPCIÓN

- Los Recetarios de Narcóticos deberán contar con el logo de la AUTORIDAD REGIONAL MEDICAMENTOS-ARM, de la UERSSAF y de la AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD en la parte superior, seguido por el nombre de RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS manera centrada.
- Cada ejemplar irá numerado de forma correlativa en todos los ejemplares. Las recetas irán numeradas en caracteres alfanuméricos (de 000001-hasta 1000), en papel autocopiativo.
- En la parte inferior deberá ir el destino de la receta: **USUARIO, EMISOR Y CONTROL ADM.**

4.1.3. PRESENTACIÓN

Talonarios x 50 unid

4.1.4. DIMENSIONES

16.9 CM X 22CM

4.1.5. EMPAQUE

- Empaquetado interior: cada 50 ejemplares deberán ir envueltos en material plástico transparente, soldado.
- Empaquetado exterior: cada paquete, correlativos por su numeración, irán embalados en cajas de cartón que se ajustarán en su confección. Las medidas de las cajas serán las apropiadas para el contenido sin que se produzcan holguras en su interior, o deformaciones de la caja, una vez introducida la carga.

4.1.6. PRECINTO DE LAS CAJAS

- El cierre de las cajas se efectuará siempre por una de las caras de mayor superficie; el precintado será efectuado a base de "bandas engomadas armadas" de 7 cm. de anchura.

5. GARANTÍA:

- Mínimo de un año.

6. DOCUMENTOS ENTREGABLES:

- Guía de remisión
- Factura

7. MANTENIMIENTO PREVENTIVO:

- NO APLICA

8. CAPACITACIÓN:

- NO APLICA

9. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- Registro de RNP.

10. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Almacén especializado de medicamentos de la UERSSAF, distrito de Ayna San Francisco



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

10. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

LUGAR: Almacén especializado de medicamentos de la UERSSAF, distrito de Ayna San Francisco
Plazo de ejecución: El plazo máximo de ejecución del servicio es de 5 días calendario, contados desde la emisión de la Orden.

11. CONFORMIDAD

La conformidad referida a la contratación, es emitida por la parte usuaria en un plazo máximo de siete (07) días de producida la recepción.

12. MODELO DEL RECETARIO DE NARCÓTICOS:



3754-HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO
Bq AYMORA ALTA N.º 5/N - AYNA

RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS

PACIENTE:
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____ TELEFONO: _____
CARNET DE EXTRANJERÍA O N.º de pasaporte: _____

Rp:
NOMBRE: _____
DCL: _____
CONCENTRACIÓN: _____ CANTIDAD: _____
FORMA FARMACÉUTICA: _____
POSOLÓGICA: _____
durante: _____ días (s) _____ horas.

PROFESIONAL MÉDICO
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____ DISTRITO: _____
N.º DE COLEGIATURA: _____
TELÉFONO: _____
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

Firma y sello del médico

ADQUIRENTE

ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR
QUÍMICO FARMACÉUTICO

FIRMA DEL ADQUIRENTE
DNI: _____

FECHA DE DISPENSACIÓN: _____
OBSERVACIÓN: _____

USUARIO

3754-HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO
Bq AYMORA ALTA N.º 5/N - AYNA

RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS

PACIENTE:
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____ TELEFONO: _____
CARNET DE EXTRANJERÍA O N.º de pasaporte: _____

Rp:
NOMBRE: _____
DCL: _____
CONCENTRACIÓN: _____ CANTIDAD: _____
FORMA FARMACÉUTICA: _____
POSOLÓGICA: _____
durante: _____ días (s) _____ horas.

PROFESIONAL MÉDICO
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____ DISTRITO: _____
N.º DE COLEGIATURA: _____
TELÉFONO: _____
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

Firma y sello del médico

ADQUIRENTE

ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR
QUÍMICO FARMACÉUTICO

FIRMA DEL ADQUIRENTE
DNI: _____

FECHA DE DISPENSACIÓN: _____
OBSERVACIÓN: _____

SEÑOR

3754-HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO
Bq AYMORA ALTA N.º 5/N - AYNA

RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS

PACIENTE:
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____ TELEFONO: _____
CARNET DE EXTRANJERÍA O N.º de pasaporte: _____

Rp:
NOMBRE: _____
DCL: _____
CONCENTRACIÓN: _____ CANTIDAD: _____
FORMA FARMACÉUTICA: _____
POSOLÓGICA: _____
durante: _____ días (s) _____ horas.

PROFESIONAL MÉDICO
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____ DISTRITO: _____
N.º DE COLEGIATURA: _____
TELÉFONO: _____
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

Firma y sello del médico

ADQUIRENTE

ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR
QUÍMICO FARMACÉUTICO

FIRMA DEL ADQUIRENTE
DNI: _____

FECHA DE DISPENSACIÓN: _____
OBSERVACIÓN: _____

CONTROL ADM.

Imagen referencial

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
U.E. 408 - RED DE SALUD SAN FRANCISCO

Q.F. *Miranda Huamani Lescano*
COORDINADORA SISMED