



# HOJA DE REQUERIMIENTO

| año  | mes | día |
|------|-----|-----|
| 2025 | 02  | 18  |

Nº 000824

Servicio solicitante: OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO

Nombre jefe de servicio: MARIA MILAGROS TIBURCIO ROJAS

Solicita: Compra ( ) Mantenimiento ( ) Reparación ( ) Confección ( ) Servicio (x)

Equipo: Marca: Modelo: N° Serie:

Código de Inventario: Color: Otros:

Fundamentación: SE SOLICITA EL SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) y HOJA TERAPEUTICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES SIS

Prioridad: 1 2 3 ( Sólo para uso de la administración)

| Nº | Cant. | Forma | DESCRIPCION  |
|----|-------|-------|--|
| 1  |       |       | POR LOS SERVICIO DE IMPRESION DE:                    |
| 2  |       |       | 394200 FORMATO UNICO DE ATENCION FORMATO CONTINUO    |
| 3  |       |       | AUTOCOPIATIVO ORIGINAL + 01 COPIA IMPRESA, SEGUN     |
| 4  |       |       | TERMINO DE REFERENCIA                                |
| 5  |       |       | 394200 FORMATO DE HOJA TERAPEUTICA, FORMATO CONTINUO |
| 6  |       |       | AUTOCOPIATIVO ORIGINAL + 01 COPIA IMPRESA, SEGUN     |
| 7  |       |       | TERMINO DE REFERENCIA                                |
| 8  |       |       | TOTAL 788400   |
| 9  |       |       | (500100050561)                                       |
| 10 |       |       |  |
| 11 |       |       |  |
| 12 |       |       |  |
| 13 |       |       |  |
| 14 |       |       |  |
| 15 |       |       |  |
| 16 |       |       |  |
| 17 |       |       |  |
| 18 |       |       |  |
| 19 |       |       |  |
| 20 |       |       |  |

Nº UTILIZADO ( )

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUALPA OYÓN S.B.S.

ECON. PABLO VIRGILIO DIAZ MENACHO  
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA  
Jefe de la Unidad de Logística

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUALPA OYÓN S.B.S.

C.P.C. JUAN CARLOS RAMIREZ SALAZAR  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUALPA OYÓN S.B.S.  
UNIDAD DE LOGÍSTICA  
21 FEB 2025  
SECRETARÍA  
ÁREA DE PROGRAMACIÓN  
LA RECEPCIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD

COMPRA  
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUALPA OYÓN S.B.S.

MARIA MILAGROS TIBURCIO ROJAS  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO  
Servicio Solicitante

**TERMINOS DE REFERENCIA PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO  
DE ATENCION (FUA) Y HOJA TERAPEUTICA DE LOS ASEGURADOS SIS**

**DENOMINACION DE LA CONTRATACION:**

Proveer a los Establecimientos de Salud de la Red Huaura Oyón de los Formatos Únicos de Atención del SIS (FUA), Formato de Hoja Terapéutica para los establecimientos de salud de la Red Huaura Oyón, en el marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS).

**FINALIDAD PÚBLICA:**

Para el registro de las atenciones brindadas a los pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud, conforme a lo establecido en la Resolución Jefatural N° 107\*2015-/SIS y realizar las referencias de pacientes de Establecimientos de Salud a Hospitales e Institutos de Mayor complejidad brindando una atención oportuna dentro de las garantías explícitas en Salud,

**ANTECEDENTES:**

El Seguro Integral de Salud, establece que el Formato Único de Atención (FUA), como instrumento en el que se registra en físico los datos tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud como del asegurado que la recibe. Se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS, así como para los procesos de validación prestacional y como comprobante de pago de prestaciones.

**OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:**

Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud, a través del SIS.

**ALCANCE Y DESCRIPCION**

- 1) **FORMATO UNICO DE ATENCION DEL SIS (FUA)**  
MEDIDAS: 9 1/2 x11x2  
FORMATO CONTINUO AUTOCOPIATIVO ORIGINAL+ 01 COPIA IMPRESO A 01  
COLOR NEGRO, CON NUMERACION CORRELATIVA EN COLOR ROJO SEGÚN  
CUADRO ADJUNTO  
PRESENTACION PAQUETE DEBE ESTAR SEPARADO SEGÚN CODIGO RENIPRESS DE  
CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD
- 2) **FORMATO HOJA TERAPEUTICA:**  
MEDIDAS: 9 1/2 x11x2  
FORMATO CONTINUO AUTOCOPIATIVO ORIGINAL+ 01 COPIA IMPRESO A 01  
COLOR NEGRO, CON NUMERACION CORRELATIVA EN COLOR ROJO SEGÚN  
CUADRO ADJUNTO  
PRESENTACION LOS PAQUETES DEBE ESTAR SEPARADO SEGÚN CODIGO RENIPRESS  
DE CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**EMBALAJE**

Embalaje de los servicios de acuerdo a las condiciones climáticas presentadas preservando la entrega del servicio

**ROTULADO**

Especificar la numeración y cantidad en cada uno de los paquetes

**PLAZO DE ENTREGA DEL SERVICIO**





El plazo de entrega, será de 15 días calendarios, el cual se contabilizará desde el día siguiente de aprobadas las artes.

#### **LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO**

La entrega se realizará en el Área de Seguimiento de la unidad de logística, sito en av. José a. arámbulo la rosa n° 221 – 251- 271 – huacho, en el horario de 08:00 a 16:15 pm. De lunes a viernes.

#### **FORMA DE PAGO**

Se pagará a la entrega total del Servicio, después de emitida la conformidad por el área usuaria

#### **REPOSICION DEL SERVICIO DEFECTUOSO**

De existir observaciones, en la impresión se realizará el acta respectiva, indicándose claramente el sentido de estas, con estas observaciones la unidad de logística notificara al contratista. Una vez recibida la notificación el proveedor reemplazara los formatos defectuosos sin costo alguno para el hospital, dentro de los 3 días calendarios

#### **PENALIDAD**

Si no se entrega el Servicio dentro del plazo ofertado, será afecto a penalidades, de acuerdo a la directiva de la institución, y de conformidad con la ley de contrataciones del estado y su reglamento.

La entidad le aplicará al proveedor una penalidad por cada día de atraso hasta por un monto máximo equivalente al 10% del monto contratado o pago periódico. la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

Penalidad diaria =  $\_0.10 \times \text{monto} \_f \times \text{plazo en días}$

Para plazos menores o iguales a 60 días  $f= 0.40$

Para plazos mayores a 60 días  $f= 0.25$

La entidad tiene derecho para exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

#### **RECEPCION Y CONFORMIDAD**

La conformidad del servicio será emitida por el Jefe de la Oficina de Apoyo Administrativo.

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del reglamento de la ley de contrataciones del estado. La recepción será otorgada por el área de Seguimiento de la Unidad de Logística.

Documentos para pago:



- Factura y otros documentos
- Acta de conformidad
- Informe del área usuaria

#### **OBLIGACIONES ANTICORRUPCIÓN**

el postor declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

asimismo, el postor 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 socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

además, el postor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGENCIAS  
  
Dra. THERESA RODRIGUEZ MARIANA ILAGROS  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO

Nota: se colocan los datos como nombre y código RENAES del establecimiento de salud en cada formato de FUAS, así como también su numeración según cuadro adjunto, se adjunta modelo

**PERÚ** **Seguro Integral de Salud** **ANEXO 1**

| FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA                    |   |          |                          |
|--|---|----------|--------------------------|
| NÚMERO DE FORMATO                                  |   |          |                          |
| 00030070   | -   | 25       | -                        |
| DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD |   |          |                          |
| CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS                         | NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN |          |                          |
| 00030070   | CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYSANA   |          |                          |
| PERSONAL QUE ATIENDE                               | LUGAR DE ATENCIÓN                           | ATENCIÓN | REFERENCIA REALIZADA POR |

Nota: en la Formato de Hoja terapéutica se coloca el código RENAES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD y su numeración según cuadro adjunto, se adjunta modelo

| TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO |        | FORMATO DE ATENCIÓN N° |           |
|---|--------|------------------------|-----------|
|   |        | 00030070               | - 25 -    |
| PRODUCTOS FARMACÉUTICOS / MEDICAMENTOS                      |        |                        |           |
| CÓDIGO  | NOMBRE | CE                     | CONCENTRO |
| ABES  | ENTR   | IV                     | CÓDIGO    |
| NOMBRE  | CE     | CONCENTRO              | ABES      |
| ENTR  | IV     | CÓDIGO                 | NOMBRE    |

