

# ***BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES***

*Aprobado mediante Directiva N° 001-2019-OSCE/CD*



***SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA***  
***ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE***

### SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

N°	Símbolo	Descripción
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.
3	<b>Importante</b> • Abc	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
4	<b>Advertencia</b> • Abc	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
5	<b>Importante para la Entidad</b> • Xyz	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

### CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

N°	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm      Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm      Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
5	Tamaño de Letra	16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 Posterior : 0
9	Subrayado	Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto

### INSTRUCCIONES DE USO:

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

Elaboradas en enero de 2019  
Modificadas en marzo 2019, junio 2019, diciembre 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022



# Red de Salud Valle del Mantaro

## **BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 010-2023-RSVM/CS**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

### **BASES INTEGRADAS**

### **CONTRATACIÓN DE BIENES**

**“ADQUISICIÓN DE FORMATERIA PARA LAS  
IPRESS DE LA RSVM”**

## DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

### 1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

#### Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe).*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación “Guía para el registro de participantes electrónico” publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

### 1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

### 1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

#### Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>1</sup>). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

#### Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

#### Importante

*Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.*

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica

<sup>1</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

#### **1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS**

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

#### **1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS**

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

#### **1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS**

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil.

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

#### **1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS**

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

#### **1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, otorga la buena pro mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación, rechazo y el otorgamiento de la buena pro.



### 1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

#### Importante

*Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.*

## CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*  
*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.*
- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

### 2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

### CAPÍTULO III DEL CONTRATO

#### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realiza conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de compra, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de compra, cuando el valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

#### Importante

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de compra. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de compra no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.*

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

#### 3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

##### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

##### 3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesoria, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

*En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

#### **Importante**

*Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*

#### **Advertencia**

*Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:*

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*
- 4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.*

*En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.*

*De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitar-cartas-fianza>).*

**Advertencia**

*Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.*

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

### **3.5. ADELANTOS**

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

### **3.6. PENALIDADES**

#### **3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

#### **3.6.2. OTRAS PENALIDADES**

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

### **3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

### **3.8. PAGOS**

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, 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.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

**Advertencia**

*En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.*

### **3.9. DISPOSICIONES FINALES**

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
RUC N° : 20486391279  
Domicilio legal : AV GIRALDEZ N° 886 – HUANCAYO JUNIN  
Teléfono: : 064-223454  
Correo electrónico: : logistica.rsvm.23@gmail.com

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación **ADQUISICIÓN DE FORMATERIA PARA LAS IPRESS DE LA RSVM**".

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD	DESCRIPCION
I	3360	UNIDAD	FORMATO DE HISTORIA CLINICA(HOJA DE CONTINUIDAD DE HISTORIA CLINICA)
	3800	UNIDAD	FORMATO DE HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL
	3800	UNIDAD	FORMATO REGISTRO DIARIO DE GESTANTE (SIEN)
	70794	UNIDAD	FORMATO HIS
	3800	UNIDAD	CARNE PERINATAL
	250	UNIDAD	GUIA DE INTERVENCION MHGAP DE 171 PAGINAS
	5	UNIDAD	CARTILLA INFORMATIVA
	5	MILLAR	FORMATO DE HISTORIA CLINICA
	123	UNIDAD	FORMATO HIS BLOCK X 100 HOJAS
	14058	UNIDAD	FORMATO REGISTRO DIARIO DE NIÑO (SIEN)
	85	UNIDAD	FORMATO CUESTIONARIO CUESTION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESION X 100
	8500	UNIDAD	FICHA INDIVIDUAL(LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS -ADAPTACION PARA PADRES Y MADRES)
	8500	UNIDAD	FORMATO DE FICHA PSICOLOGICA(MINI MENTAL)
	14	MILLAR	FORMATO TEST DE EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES EN EL ADOLESCENTE

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **MEMORANDUM N° 413-2023-GRJ-DRSJ-RSVM -DE- de fecha 08 de junio de 2023**.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS ORDINARIOS

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de **SUMA ALZADA**, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

FANY ISABEL RAMOS BENDEZU  
Presidente (s) Comité de Selección

HERNAN NELSON HERRERAS YAULI  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE  
2do. Miembro Comité de Selección



#### 1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

NO CORRESPONDE

#### 1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

Según indagación de mercado, se ha determinado que el requerimiento puede ser atendido por una sola empresa o proveedor, en ese sentido, NO APLICA LA DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO.

#### 1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

#### 1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en 10 días calendarios, contados a partir del día siguiente de perfeccionado el contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

#### 1.10. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 5.00 (Cinco con 00/100 Soles) en caja de la Entidad y recabar las bases en la oficina de apoyo a los comités.

##### **Importante**

*El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.*

#### 1.11. BASE LEGAL

- Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225 "Ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo N° 082-2019-EF; en adelante la Ley.
- Decreto Supremo N° 162-2021-EF, que modifica el Reglamento de la Ley N° 30225
- Ley N° 31638, Ley de Presupuesto para el Sector Público para el año fiscal 2023
- Ley N° 31639, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año 2023
- Ley N° 31640, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- LEY N° 26842, Ley Nacional de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, Reglamento la Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias en adelante el reglamento.
- Decreto Supremo N° 008-2008-TR, Reglamento de la Ley MYPE
- Decreto Supremo N° 013-2013-PRODUCE
- Texto Único Ordenado de la Ley de Impulso al Desarrollo Productivo y al Crecimiento Empresarial.
- Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Directivas, Pronunciamiento, Opiniones y Comunicados del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado en adelante OSCE.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

#### Importante

*De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.*

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>2</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

##### 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>3</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección.

<sup>2</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>3</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- e) Declaración jurada de plazo de entrega. **(Anexo N° 4)**<sup>4</sup>
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- g) El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.

**Importante**

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*

**2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación**

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los **“Requisitos de Calificación”** que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

**2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad<sup>5</sup>.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa **(Anexo N° 10)**.

**Advertencia**

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.*

**2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

El recurso de apelación se presenta ante la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad.

En caso el participante o postor opte por presentar recurso de apelación y por otorgar la garantía mediante depósito en cuenta bancaria, se debe realizar el abono en:

N ° de Cuenta : 00381-263576  
Banco : BANCO DE LA NACIÓN

<sup>4</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de entrega, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

<sup>5</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

## 2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato
- b) Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- c) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- d) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- e) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- f) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>6</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación <sup>7</sup> (**Anexo N° 11**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>8</sup>.

### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

### Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que*

<sup>6</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>7</sup> En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

<sup>8</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

*correspondan.*

- De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>9</sup>.*
- La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## 2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la notificación de la orden de compra al correo electrónico consignado en el ANEXO N° 01. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el Artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en la **Unidad de Logística 4to de la Red Salud Valle del Mantaro sito Av. Giraldez N° 886 distrito y provincia de Huancayo**, departamento de Junin en horario de oficina, de 08:00 am a 01:00 pm y de 02:30 pm a 05:00 pm.

## 2.6. ADELANTOS

La entidad no otorgara adelantos.

## 2.7. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **pago unico**

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Dos (02) copias de la Orden de Compra.
- Original y dos (02) copias de la Factura (deberá reflejar lo que indica la Orden de Compra).
- Original y dos (02) copias de la Guía de Remisión (deberá reflejar lo que indica la Orden de Compra).

Dicha documentación se debe presentar en mesa de partes de la Red Salud Valle Del Mantaro sito Av. Giraldez N° 886 distrito y provincia de Huancayo departamento de Junin en horario de oficina, de 08:00 am a 01:00 pm y de 02:30 pm a 05:00 pm.

<sup>9</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

## CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

### 3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

ANEXO N° 02

#### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADQUISICION DE BIENES Y/O SUMINISTROS

1. AREA SOLICITANTE:				
Coordinadora de ESANS, Coordinadora de Salud Mental, Coordinadora de Etapa Vida Niño, Coordinadora de ESN PCT, Coordinador de Zoonosis y Metaxenicas, Coordinadora de la Estrategia Salud sexual Reproductiva, Coordinadora del Componente Neonatal de la RSVM.				
2. OBJETO DEL BIEN:				
Adquisición de formatos Diversos para las diferentes IPRESS de la Red de Salud valle del Mantaro.				
3. FINALIDAD PUBLICA:				
Implementar con formatos diversos a las diferentes IPRESS de la Red de Salud valle del Mantaro para una atencion de Salud oportuna.				
4. DESCRIPCION DEL BIEN				
ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	CARACTERISTICAS TECNICAS
1	UNIDAD	3800	FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE GESTANTE	<b>FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE GESTANTE SIEN</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> autocopiativo (org + 2 copias) <b>Medida:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> Blanco y negro una cara <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> block * 100, cortado y empaquetado <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>
2	UNIDAD	3800	FORMATO HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL	<b>FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño A3 doblado (A4 cerrado) <b>Impresión:</b> Full color ambas caras <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Cortado y empaquetado <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>
3	UNIDAD	3800	CARNE PERINATAL	<b>CARNET PERINATAL</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Cartulina escolar <b>Medida:</b> Tamaño A4. <b>Impresión:</b> Full color e impresión ambas caras <b>Presentación:</b> Empaquetado y Cortado. <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>
4	UNIDAD	70794	FORMATO HIS	<b>FORMATO HIS</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel periódico <b>Medida:</b> Tamaño Oficio. <b>Impresión:</b> Ambas caras y a blanco y negro <b>Presentación:</b> Block, Cortado y empaquetado. <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>



5	UNIDAD	250	GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP DE 171 PAGINAS	<b>GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP</b> <b>Características:</b> <b>Pasta</b> <b>Material:</b> Foldcode C20 <b>Impresión:</b> Full color nítido, plastificado mate <b>Acabado:</b> Encolado  <b>Interior</b> <b>Material:</b> Papel couche de 150gr <b>Total, de hojas:</b> 171 pag interiores <b>Medida cerrada:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> En ambas caras - Full colores <b>Presentación:</b> encolado, cocido. <i>Antes de imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>
6	UNIDAD	3360	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	<b>FORMATO DE HISTORIA CLINICA</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño oficio <b>Impresión:</b> Ambas caras a blanco y negro <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Block * 100 empaquetado y cortado <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
7	UNIDAD	5	CARTILLA INFORMATIVA	<b>CARTILLA INFORMATIVA</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Couche de 15 gr, interior en mica electrónica gruesa <b>Medida:</b> Tamaño A3. <b>Impresión:</b> Full color y ambas caras <b>Presentación:</b> Rotafolio base triangular forrado con percalina y cartón grueso, con doble ring y empaquetado. <b>Total, de hojas:</b> 20 hojas <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado pro el coordinador</i>
8	MILLAR	5	FORMATO HISTORIA CLINICA	<b>FORMATO HISTORIA CLINICA</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 80 gr <b>Tamaño:</b> A4. <b>Impresión:</b> Ambas caras (según modelo adjunto) <b>Total, de hojas:</b> 38 hojas <b>Impresión de blanco y negro:</b> 4 caras a full color (escalas), forrado con pasta folcote C12 Full color, engrampado. <b>Calidad:</b> Nítida <b>Presentación:</b> Juego por 38 hojas, impresión según género (niña 66.5, niño 66.5). <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
9	MILLAR	123	FORMATO HIS (HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA)	<b>HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond O papel bulky 75 gr <b>Tamaño:</b> Oficio. <b>Impresión:</b> Ambas caras (según modelo adjunto) <b>Total, de hojas:</b> 1 hojas, 2 paginas <b>Presentación:</b> Paquete mpo 100 hojas. <b>Impresión:</b> Blanco y negro <b>Calidad:</b> Nítido <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
10	UNIDAD	14058	FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE NIÑO (SIEN)	<b>REGISTRO DIARIO DE NIÑO (SIEN)</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Autocopiativo (orig + 1 copia) <b>Medida:</b> Tamaño oficio <b>Impresión:</b> Blanco y negro / una cara <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Block, cortado y empaquetado <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>

11	UNIDAD	85	FORMATO CUESTIONARIO CUESTION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN X 100	<b>FORMATO CUESTIONARIO CUESTION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN</b> <b>"INVENTARIO EMOCIONAL BARON: NA - A - ADOLESCENTES"</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> Ambas caras ha full color <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Block * 100 unidades <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
12	UNIDAD	8500	FORMATO DE FICHA PSICOLOGICA	<b>FORMATO DE FICHA PSICOLOGICA (MINI MENTAL)</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> Ambas caras ha full color <b>Total, de hojas:</b> 2 hojas (03 pag) <b>Presentación:</b> Block * 100 unidades <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
13	MILLAR	14	FORMATO DE TEST DE EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES EN EL ADOLESCENTES	<b>FORMATO DE TEST DE EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES EN EL ADOLESCENTE</b> <b>"INVENTARIO EMOCIONAL BARON: NA - A - NIÑOS"</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> Ambas caras ha full color <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Block * 100 unidades <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>
14	UNIDAD	8500	FICHA INDIVIDUAL	<b>FICHA INDIVIDUAL</b> <b>"LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST - PSC) - ADAPTACIÓN PARA PADRES Y MADRES"</b> <b>Características:</b> <b>Material:</b> Papel Bond de 75 gr <b>Medida:</b> Tamaño A4 <b>Impresión:</b> Ambas caras ha full color <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja <b>Presentación:</b> Block * 100 unidades <i>Antes de Imprimir debe ser visado y revisado por el coordinador</i>



**10. RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DEL BIEN**

La conformidad del bien adquirido lo realizará la Coordinadora del ESANS, Coordinadora de Salud Mental, Coordinadora de Etapa Vida Niño, Coordinadora de ESN PCT, Coordinador de Zoonosis y Metaxenicas, Coordinador de Estrategia Salud Sexual y Reproductiva, Coordinadora de Componente Neonatal de la RSVM., y procederá con firma y sello en la orden de Compra y Guía de remisión en señal de conformidad.

**11. FORMA DE PAGO:**

El pago se realizará en moneda nacional, una vez recibida el bien o suministro, previa a la conformidad del área usuaria y la presentación de:

- o Guía de remisión
- o Carta de autorización por CCI.
- o Comprobante de pago

**12. PLAZO PARA EL PAGO**

El pago se realizará mediante abono al Código de Cuenta Interbancaria (CCI) comunicada por el proveedor, en un plazo no mayor a (10) días calendarios, luego de haber recibido la conformidad del área usuaria.


**13. RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA:**

El contratista es responsable por la calidad de los bienes ofertados, por un plazo de validez de oferta (según lo indicado en su cotización).

**14. PENALIDADES:**

Si el proveedor no cumple con la entrega de los bienes dentro del plazo estipulado en la Orden de Compra, la Entidad le aplicará la Penalidad según DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°001-2021-RSVM-DE/OA.

FIRMA Y SELLO  
(Área Usuaria)



**CARNÉ DE CONTROL  
MATERNO PERINATAL**

**EE.SS:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRES**

\_\_\_\_\_

**No. HC.** \_\_\_\_\_

**CITA DE CONTROL**

AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA

**CUMPLA CON LAS CITAS**

**Señales de Peligro:**

- Vómito exagerado.
- Salida de Sangre o Líquido por su vagina.
- Fiebre o escalofríos.
- Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.
- No se mueve tu bebé.

**¡Acude de inmediato al Establecimiento de Salud más cercano!**

**Atención**

**NIVEL:**

FONP ☐ Médico ☐ Residente Médico ☐ Obstetra ☐ Interna ☐ Enfermera ☐ Tsc. de Enfermería ☐ Estudiante ☐ Empírica o Partera ☐ Familiar ☐ Otro ☐

FONB ☐

FONE ☐

FONI ☐

Domiliario ☐

Ciudad ☐

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Parto o Legrado**

**Responsible de la atención del Parto o Legrado Uterino**

\_\_\_\_\_ (Firma y Sello)

**Responsible de la atención del Neonato:**

\_\_\_\_\_ (Firma y Sello)

**Recién Nacido**

**Sexo:** Femenino ☐ Masculino ☐ Indeterminado ☐

**Talla:** \_\_\_\_\_ cm

**Peso:** \_\_\_\_\_ g ☐ < 2500 g ☐ < 1500 g ☐ > 4000 g ☐

**P. Cef:** \_\_\_\_\_ mm

**Temp:** \_\_\_\_\_ °C

**Edad por:** \_\_\_\_\_ Sem ☐ < 37 ☐ 42 ☐

**Ex. Físico:** Adecuado ☐ Pequeño ☐ Grande ☐

**APGAR:** 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_

**Peso x Edad Gestacional:**

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
<b>Fecha y hora atención</b> (dd/mm/aa)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>Edad Gest.</b> (semanas)									
<b>Peso Madre</b> (kg)									
<b>Temperatura</b> (°C)									
<b>Presión Arter.</b> (mm Hg)									
<b>Pulso Materno</b> (por min.)									
<b>Altura Uterina</b> (cm)									
<b>Situación</b> (L/T/NA)									
<b>Presentación</b> (CP/PA)									
<b>Posición</b> (D/NA)									
<b>F.C.F.</b> (por min./NA)									
<b>Mov. Fetal</b> (+/+/-/+/-/EMNA)									
<b>Proteinuria Cuantitativa</b> (+/+/-/+/-/NEG)									
<b>Edema</b> (+/+/-/+/-/NEG)									
<b>Reflejo Osteotendinoso</b> (+/+/-/+/-/NEG)									
<b>Examen de Pezón</b> (Mayor o igual a 10 mm)									
<b>Indic. Hierro / Ac Fólico</b> (Mayor o igual a 10 mm)									
<b>Indic. Calcio</b>									
<b>Indic. Ac. Fólico</b>									
<b>Orient. Consejo</b> (S/N/NA)									
<b>EG de Eco. Control</b> (Ejemplo de ruta NA)									
<b>Perfil Biofísica</b> (A,B,C,D,E)									
<b>Cita</b> (mm/aa)									
<b>Visita Domicil.</b> (S/N/NA)									
<b>Plan Parto</b> (S/N/NA)									
<b>Estab. de Atención</b>									
<b>Responsable atención</b>									
<b>Nro Formato SIS</b>									

L = Longitudinal    T = Transversa    C = Cefálica    P = Pélvica    D = Derecha    I = Izquierda    SM = Sin Movimiento    SE = Sin Edema    NA = No Aplica    NH = No Se Hizo

25



3800	UNIDAD	FORMATO REGISTRO DIARIO DE GESTANTE (SIEN)
------	--------	--


**Ministerio de Salud**  
 República de Cuba


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición


**INIA**  
 Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición

Acreditado 6805

**SISTEMA DE INFORMACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**  
 FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE LA GESTANTE

ESTADOCORRIENTE	
RECEBER:	
REF:	
PARTELA:	

[illegible][illegible][illegible]

70794	UNIDAD	FORMATO HIS
-------	--------	-------------

[illegible]

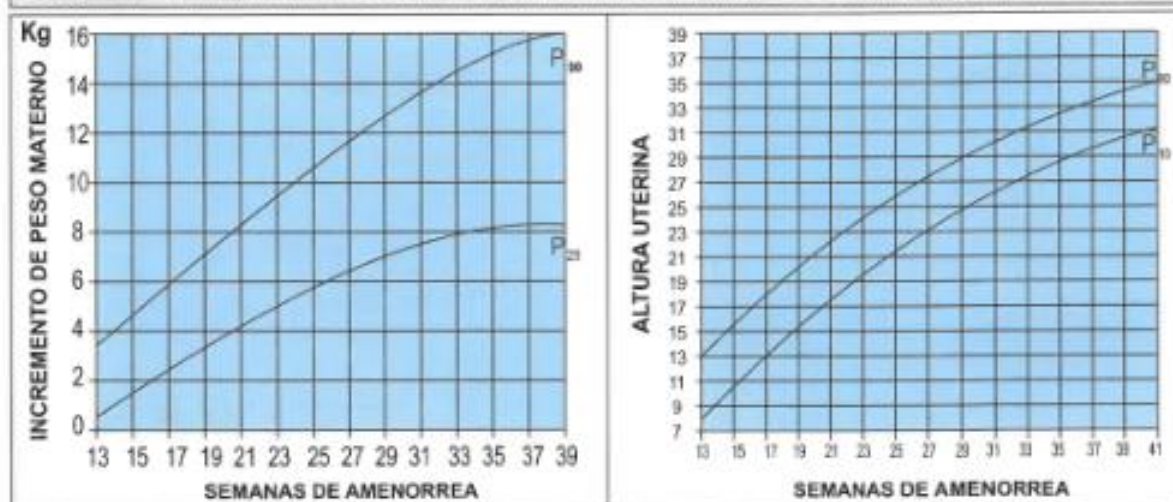
28





ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y Hora atención (dd/mm/aa)	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11	11 : 11 : 11
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (° C)									
Presión Arter. (mm.Hg)									
Pulso Materno (por min)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++ / NSH)									
Edema (+/++/+++/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0, +/++/+++)									
Examen de Pezón (Formado, No formado Exam)									
Indic. Fierro (Ac Fólico mayor o igual a 14 Sem)									
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 Sem)									
Indic. Ac.Fólico (hasta las 13 Sem)									
Orient. Conseg. (P/P/ITS/NU/I) (mayor o igual a 20 Sem)									
EG de Eco. Control (Servicio se hizo NA)									
Perfil Biofísico (K E I 10 de 10 NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil (Si/No/NA)									
Plan Parto (continúa/se hizo NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
N° Formate SIS									

L= Longitudinal T= Transversal C= Celítica P=Pélvica D=Dorsal I=Inguinal SM=Sin Movimiento SE= Sin Edema NA= No Aplica NSH= No Se Hizo



<b>Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas</b>				<b>Otras patologías (CIE 10):</b>			
Sin patologías <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____				1: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
1. _____				2: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
2. _____							
3. _____							
Referencia - Consulta Externa		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____		Establ. Trasl: _____	
Referencia - Emergencia		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____		Establ. Trasl: _____	
Referencia - Apoyo al Diagnost.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____		Establ. Trasl: _____	
PSICOPROFILARIS <input type="checkbox"/>		ESTIMULACIÓN PRENATAL <input type="checkbox"/>		PLAN DE PARTO <input type="checkbox"/>		1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>	
Fecha: ____/____/____		Fecha: ____/____/____		Fecha: ____/____/____		ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	



<b>HCMP:</b> Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Producto de la concepción: Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Orden <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	
<b>Ingreso al establecimiento por parto</b> REFERENCIA AL INGRESO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREC. RESP. <input type="checkbox"/> TEMP. <input type="checkbox"/> PULSO MATERNO <input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica) <input type="checkbox"/> S.G. <input type="checkbox"/>	
<b>Signos y Síntomas de Alerta</b> Anemia <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/> Hipot. ortostática <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Epigastralgia <input type="checkbox"/> Pateguías <input type="checkbox"/> Dolor Hipocónd. der. <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>	
<b>Terminación</b> Fecha: / / TERMINACIÓN: P. Espontáneo <input type="checkbox"/> POSIC. GESTANTE: Horizontal <input type="checkbox"/> PARTO GRAMA: SI <input type="checkbox"/> PARTO CON ACOMPAÑANTE: SI <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacuüm <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Cesárea emerg. <input type="checkbox"/>	
<b>Corticoides antenatales (28-34sem)</b> Completo <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/> SEM. INICIO <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	
<b>Tipo Procedimiento</b> CESÁREA <input type="checkbox"/> Corporal <input type="checkbox"/> Segmentaria <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	
<b>Medicación en Parto (Ver anexo)</b> MEDICACIÓN: 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> MEDICAMENTOS: <input type="text"/>	
<b>Indicación Principal Parto Operatorio</b> No hubo <input type="checkbox"/>	
<b>Atención</b> NIVEL: FONP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> FONB <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> FONI <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Donatario <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado o Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
<b>Parto Mediato</b> Responsable de la atención del Parto: <input type="text"/> (Firma y Sello) Responsable de la atención del Neonato: <input type="text"/> (Firma y Sello)	
<b>Recién Nacido</b> Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Peso: <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> < 2500 g <input type="checkbox"/> < 1000 g <input type="checkbox"/> > 4000 g <input type="checkbox"/> P. Cel.: <input type="text"/> mm Temp.: <input type="text"/> C Talla: <input type="text"/> mm	
Edad por Ex. Físico: <input type="text"/> sem. < 17 <input type="checkbox"/> > 42 <input type="checkbox"/> APGAR: 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> 5' <input type="checkbox"/>	
<b>Reanimación Respiratoria</b> No <input type="checkbox"/> Bolsas y Máscara <input type="checkbox"/> En reanim. RN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Resaca. Avanz. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Medicación</b> Vitamina K: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Profilaxis Ocular: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ctrl. Puerperio inmediato: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Egreso RN</b> Fecha: / / Egreso: SI <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="text"/> Dx. Traslado: <input type="text"/> Establ. Trasl.: <input type="text"/>	
<b>Reingreso RN</b> Fecha: / / Reingreso: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóst.: <input type="text"/> Fecha egreso: / / Egreso: SI <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="text"/> Dx. Traslado: <input type="text"/> Establ. Trasl.: <input type="text"/>	
<b>Alimentación</b> LMI <input type="checkbox"/> Antisec <input type="checkbox"/> CBI <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Tamizaje Neonatal</b> TSH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fenilalanina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipercalcemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Egreso Materno</b> Fecha: / / Egreso: SI <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="text"/> Dx. Traslado: <input type="text"/> Establ. Trasl.: <input type="text"/>	
<b>Reingreso Materno</b> Fecha: / / Reingreso: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóst.: <input type="text"/> Fecha egreso: / / Egreso: SI <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="text"/> Dx. Traslado: <input type="text"/> Establ. Trasl.: <input type="text"/>	
<b>Exámenes de Laboratorio</b> Glucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Gota Guiso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Gota Fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Tipo de Sangre Antes del alta</b> Grupo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Rh: Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/>	
<b>Puerperio Inmediato</b> Hemorragia postparto o aborto <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Fiebre (brides/minuto) <input type="checkbox"/> Pres. Arterial máxima (mmHg) <input type="checkbox"/> Insulinemia <input type="checkbox"/> Examen de Lactosa (Sangrado) <input type="checkbox"/> Parto por (abdominal/perfor) <input type="checkbox"/> Observaciones <input type="text"/>	





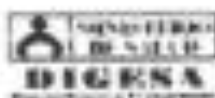
250	UNIDAD	GUIA DE INTERVENCION MHGAP DE 171 PAGINAS
3360	UNIDAD	FORMATO DE HISTORIA CLINICA(HOJA DE CONTINUIDAD DE HISTORIA CLINICA)

CONSULTA									
Fecha	Hora:	Edad:							
<p><b>Describe los signos de peligro (marcar los hallazgos):</b></p> <p><b>Menor de 3 meses:</b></p> <p>No quiere mamar ni succionar <input type="checkbox"/></p> <p>Convulsiones <input type="checkbox"/></p> <p>Fontanela abombada <input type="checkbox"/></p> <p>Sorprendimiento del ombligo se abulta a la piel <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/></p> <p>Rigidez de nuca <input type="checkbox"/></p> <p>Pielitos rojas y extendidas <input type="checkbox"/></p> <p>Letargo o comatoso <input type="checkbox"/></p>									
<p><b>DE 3 MESES A 4 AÑOS:</b></p> <p>No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/></p> <p>Convulsiones <input type="checkbox"/></p> <p>Letargo o comatoso <input type="checkbox"/></p> <p>Vómito todo <input type="checkbox"/></p> <p>Exclitor anormal / Grasa subcutánea <input type="checkbox"/></p>									
<p><b>PARA TODAS LAS EDADES:</b></p> <p>Enfermedad aguda grave <input type="checkbox"/></p> <p>Palidez muy levemente <input type="checkbox"/></p> <p>Traumatismo / Quemadura <input type="checkbox"/></p> <p>Envenenamiento <input type="checkbox"/></p> <p>Pálido palmar normal <input type="checkbox"/></p> <p>No presenta signos <input type="checkbox"/></p>									
<p><b>IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO</b></p> <p>¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/></p> <p>Participa el padre en el cuidado del niño? <input type="checkbox"/></p> <p>El niño recibe muestras de afecto? <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: <input type="text"/></p>									
<b>ANAMNESIS</b>									
1. Motivo de consulta:									
<p>Tiempo de enfermedad: <input type="text"/> Forma de inicio: <input type="text"/> Curso: <input type="text"/></p>									
<p>Signos Vitales: T° <input type="text"/> PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> FR <input type="text"/> Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/> PC <input type="text"/></p>									
Examen físico									
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico</p> <p>2. Condición del crecimiento y estado Nutricional</p> <p>3. Condición del Desarrollo Psicomotor</p>									
<p>1. Crecimiento adecuado</p> <p>2. Crecimiento inadecuado</p> <p>3. Riesgo Nutricional</p> <p>4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.</p>									
<p>1. Desarrollo normal</p> <p>2. Deficit del desarrollo según PS</p> <p>3. Tratamiento del Desarrollo</p> <p>4. Observaciones:</p>									
<p>1. Desnutrición</p> <p>2. Sobrepeso</p> <p>3. Obesidad</p>									
<p>Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño</p>									
<p>Exámenes Auxiliares</p> <p>Referencia (lugar y motivo)</p>									
<p>Próxima cita: <input type="text"/> Atendido por: <input type="text"/></p>									
<p>Observación: <input type="text"/> Firma y Sello: <input type="text"/> Colegio profesional DNI: <input type="text"/></p>									
<b>ANAMNESIS</b>									
1. Motivo de consulta:									
<p>Tiempo de enfermedad: <input type="text"/> Forma de inicio: <input type="text"/> Curso: <input type="text"/></p>									
<p>Signos Vitales: T° <input type="text"/> PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> FR <input type="text"/> Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/> PC <input type="text"/></p>									
Examen físico									
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico</p> <p>2. Condición del crecimiento y estado Nutricional</p> <p>3. Condición del Desarrollo Psicomotor</p>									
<p>1. Crecimiento adecuado</p> <p>2. Crecimiento inadecuado</p> <p>3. Riesgo Nutricional</p> <p>4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.</p>									
<p>1. Desarrollo normal</p> <p>2. Deficit del desarrollo según PS</p> <p>3. Tratamiento del Desarrollo</p> <p>4. Observaciones:</p>									
<p>1. Desnutrición</p> <p>2. Sobrepeso</p> <p>3. Obesidad</p>									
<p>Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño</p>									
<p>Exámenes Auxiliares</p> <p>Referencia (lugar y motivo)</p>									
<p>Próxima cita: <input type="text"/> Atendido por: <input type="text"/></p>									
<p>Observación: <input type="text"/> Firma y Sello: <input type="text"/> Colegio profesional DNI: <input type="text"/></p>									
<p>APELLIDOS Y NOMBRE: <input type="text"/> IP DE HISTORIA CLÍNICA: <input type="text"/></p>									

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección

5	UNIDAD	CARTILLA INFORMATIVA
---	--------	----------------------

## Tenencia Responsable de Animales de Compañía



**FANY ISABEL RAMOS BENDEZU**  
Presidente (s) Comité de Selección

**HERNAN NELSON HERRERAS YAULI**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección



### ¿QUÉ ANIMAL DE COMPAÑÍA DEBO ELEGIR?

2

Los animales de compañía son aquellos que se adaptan a la vida familiar, que nos proporcionan afecto, protección y casi siempre están en situación de disponibilidad. Es importante saber escogerlo de acuerdo a sus características, atributos y sus necesidades propias. No se recomienda tener animales silvestres como animales de compañía ya que no son felices fuera de su hábitat, también nos pueden transmitir enfermedades no frecuentes o desconocidas y a la vez que se fomenta el comercio ilegal de muchas especies en extinción.

### ¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA ANTES DE ELEGIR?

- Presupuesto
- Espacio
- Tiempo



3

La tenencia responsable, se inicia en el momento en que se decide tener una mascota pensando primero si se quiere y se puede tenerlo ya que se adquiere un compromiso por muchos años, es importante no dejarse llevar por la ilusión y el impulso del momento. Es importante pensar primero, si se cuenta con presupuesto (para su alimentación básica, control veterinario, educación entre otros), espacio y tiempo para una mejor calidad de vida de su mascota. Nadie nos obliga a tener una mascota en casa, y si no podemos cubrir con sus necesidades y cumplir con nuestras responsabilidades en la sociedad, la mejor opción es no tenerlo.

### ALIMENTACIÓN ADECUADA



4

El alimento y el agua no deben faltar nunca. La alimentación para nuestro compañero debe ser adecuada a los nutrientes necesarios de acuerdo a su especie, edad y actividad física. El alimento puede ser casero (preparados en casa) o comercial, las cantidades y frecuencia varía con la edad en este sentido es importante el asesoramiento del profesional médico veterinario.

### ALIMENTACIÓN INADECUADA



5

No se le debe alimentar con huesos, golosinas, ni comidas condimentadas, no permitir que se alimente de desechos del contenido de los platos o bolsos de basura. Si nuestro animal de compañía no recibe una buena alimentación, puede enfermarse.

### ¿DÓNDE DEBEN VIVIR?



### PROTEGIDOS DEL SOL Y DEL FRÍO



6

Las temperaturas extremas, la humedad y las inclemencias del tiempo no deben afectar a nuestra mascota, por lo que se debe tener un lugar adecuado para el cómodo y seguro. No es recomendable que los animales de compañía duerman en las habitaciones de las personas principalmente de menores niños.

### ¿DÓNDE NO DEBEN VIVIR?



### No deje suelto a su perro.



LEY N° 27291 QUE REGULA EL REGIMEN JURÍDICO DE CANES

7

No debemos tener nuestros animales en las calles, puede contener la rabia y origina riesgos para la salud pública: contaminación por heces caninas, transmisión de zoonosis, provocando accidentes por mordeduras, entre otros.

### HIGIENE

El Baño...¿Cuándo?

¿CÓMO?

¿FRECUENCIA?



8

Es recomendable su baño periódico (según la recomendación de su médico veterinario), principalmente en perros y gatos, usar agua tibia, shampoo apropiado para animales o jabón neutro que no dañen su piel.

### DÓNDE DEBE ORINAR Y DEFECAR



### ¡ IMPORTANTE !

Enseñar a nuestras mascotas desde pequeños.

9

Nuestra responsabilidad es mantener la higiene del ambiente donde habita nuestra mascota con desinfección periódica, y educarlo respecto al lugar donde deben hacer sus necesidades.



## SALUD DE LAS MASCOTAS



**CENTRO MÉDICO  
VETERINARIO**



10

Es importante la visita al médico veterinario para su control sanitario periódico, principalmente vacunación y desparasitación, de tu mascota en prevención de la salud de toda tu familia.

## VACUNA



- \* Parvovirus
- \* Coronavirus
- \* Distemper
- \* Hepatitis
- \* Leptospirosis
- \* Parainfluenza
- \* Rabia
- \* Tos de la perrera

**¡ PREVENIR ES MEJOR  
QUE CURAR !**

11

Dentro del programa sanitario para los perros, según prescripción de su médico veterinario, se incluye las Vacunas polivalentes (Parvovirus, distemper, hepatitis, leptospirosis, entre otras) a partir de los 45 días de nacido, luego sus refuerzos respectivos a los 21 días (de la 1ª vacuna polivalente); en cuanto a la vacuna antirrábica se aplica a partir de los 03 meses de edad. Luego los refuerzos son anuales para todas las vacunas en prevención de la salud de las personas.

## CONTROL DE PARÁSITOS



12

Dentro del Programa Sanitario se incluye también la desparasitación periódica, que puede ser para combatir tanto a los parásitos internos y a los externos, según la recomendación de su médico veterinario en prevención de las enfermedades que nos puedan transmitir.

## ¿REPRODUCCIÓN?



**¿ CÓMO CONTROLAMOS SU  
REPRODUCCIÓN ?**

13

Un propietario responsable controla la reproducción de su animal recurriendo a su esterilización temprana asegurando una mejor calidad de vida para su mascota y la sociedad.



## ZOONOSIS

### TOXOCARA

Parásito común de perros y gatos



Ellos son sus hospederos

La ingestión de huevos viables, habitualmente presentes en el suelo

Larva migra a:



14

Las zoonosis, son las enfermedades que se transmiten en condiciones naturales de los animales vertebrados al hombre.

### ¿QUÉ HACER EN CASO DE MORDEDURA DE PERRO?

Lave la herida con agua y jabón.



Ubicar al animal mordedor para su observación.

Acuda al Centro de Salud más cercano y siga las indicaciones del médico.



16

Cuando un perro lo muerde es importante acudir al establecimiento de salud más cercano para su registro correspondiente y la observación del can mordedor por 10 días según la norma vigente.

## LA RABIA



15

La rabia es una zoonosis mortal, que se transmite por perros, gatos y otros animales al hombre. Se contagia por la saliva de estos animales mediante la mordedura, por lo que es importante que sean vacunados anualmente nuestras mascotas, en prevención de la salud pública.

### Por tu seguridad y la de tu mascota...

\*Llevo a tu mascota a las campañas de Vacunación Antirrábica del Ministerio de Salud.



\*Paséalo con collar y/o pechera.

LEY N° 27596  
LEY QUE REGULA EL RÉGIMEN JURÍDICO DE CANES



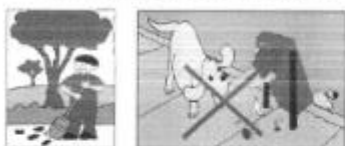
\*Si es agresivo colócale un bozal.

17

Los perros o canes circularán en áreas de uso público solo cuando estén acompañados de una persona responsable de su cuidado, y deberán usar collar o arnés con cadena o correa y los potencialmente peligrosos deberán llevar bozal en cumplimiento del artículo 21° del Reglamento de la Ley N° 27596, Decreto Supremo N° 096-2002-SA. De esta manera evitamos los accidentes por mordedura.

## PREVENCIÓN

\* Mantén limpio nuestro ambiente.



\* Recoge las heces de tu perro y dépositalas en el tacho de basura.

LEY N° 27396  
LEY QUE REGULA EL RÉGIMEN JURÍDICO DE CANES  
18

El conductor o guía del can es responsable del recojo de las deposiciones que estos dejan en áreas de uso público, según lo establecido en el artículo 34° del Reglamento de la Ley N° 27396, Decreto Supremo N° 008-2003-SA. De esta manera se evita poner en riesgo la salud de las personas, principalmente la de los niños que visitan nuestros parques y áreas públicas.



\* Lávate las manos con agua y jabón después de jugar con tu mascota y antes de comer.

19

La crianza de un mascota significa asumir responsabilidades sobre la forma de mantener la higiene de las manos después de jugar y alimentar a nuestro animal de compañía y principalmente lavarse las manos antes de ingerir nuestros alimentos.

## RECUERDE : DUEÑOS RESPONSABLES



**MASCOTAS SALUDABLES  
FAMILIAS SALUDABLES**

20

Por lo tanto, la tenencia responsable implica una decisión madurada, una adecuada elección de su animal de compañía, su correcto cuidado otorgando sus necesidades de alimentación, salud y condiciones de vida, con la necesidad de un presupuesto espacio y tiempo que esto implica, y su integración en la sociedad, por lo que debemos conocer y cumplir las normas establecidas, todo esto en prevención de la salud pública.

123

UNIDAD

FORMATO HIS BLOCK X 100 HOJAS

ANEXO N° 1 FORMATO DE HISTORIA CLINICA PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica		Xlén SIS o otro Seguro:		CUMEN					
Apellidos				P. de Nac.					
Nombres				Sexo:		M F			
Problemas y Necesidades									
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			OCORRERES	GRUPOS DE EDADES					
N°	PRESTACIÓN DE SALUD	DESCRIPCIÓN	FECHA	0 - 28d	1m - 11m	1 año	2 años	3 años	4 años
1	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	Valoración Inicial Consulto: Antecedentes - Tensión - Identificación de factores de riesgo.	0000, De = 0, Lab: 11						
	ATENCIÓN DEL RECÉN NACIDO	Considerar si el niño ha sido atendido en SE.BS. del Nivel y Hospitales	De = 0						
3	TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL	Hipotiroidismo congénito, hipocalcemia suprarrenal, fenilalanina y otros químicos.	0000 Muestra / 2100 Resultados						
4	TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL	Declarar de acuerdo al estado neonatal							
5	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	A partir del 1° mes	2001, De=0, Lab=1,2,...						
4	INMUNIZACIONES	A partir del nacimiento							
5	TAMIZAJE DE ANEMIA (Examen de Laberente)	A partir de los 4 meses	2017, De = P						
6	DESGASTE DE PARASITOSIS	A partir del año	2119, De = P						
7	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	Detectar Riesgo de Violencia Intrafamiliar y/o maltrato infantil.	0143, De = 0, Lab: = P						
8	ORIENTACIÓN INTEGRAL	Lactancia Materna, Signos de Alerta y Cuidados del Recién Nacido	00401 De = 0, Lab: 1						
9	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Según norma técnica y de acuerdo a la necesidad	00403 De=0, Lab=1,2,...						
7	TRATAMIENTO	Asesoría	2208						
	ATENCIÓN TEMPRANA	Potenciar habilidades en el niño y en la	2207						
9	SESIONES DEMOSTRATIVAS	Actividad educativa en la que los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada.	00010						
10	ADMINISTRACIÓN DE HIERRO (SULFATO FERROSO / MICRONUTRIENTES)	Hierro Vitamina A Multivitaminados	2205, De = 0, Lab: 001, 002, 003, 004, 005						
11	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Atención Odontológica Aplicación de barnices y/o Sellantes. Fluorizaciones							
12	EVALUACIÓN PSICOSOCIAL	Evaluación de las habilidades sociales y cognitivas, Identifica problemas de aprendizaje y de conducta de riesgo.	0140, De = 0, Lab: 001						
13	EVALUACIÓN AGUDEZA VISUAL	Se realiza la evaluación a partir de los 03 años	2013, De = 0						
	VISITA FAMILIAR INTEGRAL - SEGUIMIENTO	Actividad extramural que se realiza el seguimiento y control del niño.	00044, De = 0						



FANY ISABEL RAMOS BENDEZU  
Presidente (s) Comité de Selección

HERNAN NELSON HERRERAS YAULI  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE  
2do. Miembro Comité de Selección

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO**

N° de Historial Clínico: \_\_\_\_\_

Estab. de Salud: \_\_\_\_\_ Cód. Afiliación SIS u otro Seguro: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio/Referencia: \_\_\_\_\_ CUIDM: \_\_\_\_\_ D.S. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Identificación (DNI): \_\_\_\_\_ Teléfono, Domicilio/Móvil: \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Identificación (DNI): \_\_\_\_\_ Teléfono, Domicilio/Móvil: \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales:**

1. Antecedentes Perinatales:

1.1 Embarazo: Normal ☐ Complicado ☐

Patología(s) durante la gestación:

\*Embarazo de riesgo ☐

\*Infecciones intrauterinas, vaginitis, ITU ☐

\*Diabetes gestacional ☐

\*Parto prematuro ☐

\*Asfexia ☐

1.2 Parto: Peto Eutócico ☐ Complicado ☐

Complicaciones del parto: \_\_\_\_\_

Lugar de parto: \_\_\_\_\_

ESSE ☐ Domicilio ☐

Atendido por: \_\_\_\_\_

Profesional de Salud: ACS ☐ Técnico Familiar ☐

Clasificación de la salud: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

1.3 Nacimiento: Edad Gest. al nacer (sem): \_\_\_\_\_

A. Número (27 a 42): \_\_\_\_\_

Peso al nacer (kg): \_\_\_\_\_

Talla al nacer (cm): \_\_\_\_\_

Parto normal ☐

Substrato fetal: \_\_\_\_\_

1.4 Después del nacimiento: Patología: \_\_\_\_\_

Hemoglobinemia ☐

Hipercitruinemia ☐

Gingivitis ☐

Retropneumotórax ☐

Otras: \_\_\_\_\_

2. Antecedentes Perinatales:

2.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

2.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

2.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

2.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

2.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

2.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

2.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

2.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

2.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

2.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

2.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

2.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

2.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

3. Antecedentes Perinatales:

3.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

3.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

3.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

3.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

3.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

3.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

3.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

3.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

3.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

3.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

3.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

3.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

3.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

4. Antecedentes Perinatales:

4.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

4.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

4.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

4.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

4.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

4.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

4.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

4.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

4.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

4.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

4.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

4.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

4.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

5. Antecedentes Perinatales:

5.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

5.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

5.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

5.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

5.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

5.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

5.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

5.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

5.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

5.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

5.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

5.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

5.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

6. Antecedentes Perinatales:

6.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

6.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

6.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

6.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

6.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

6.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

6.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

6.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

6.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

6.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

6.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

6.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

6.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

7. Antecedentes Perinatales:

7.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

7.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

7.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

7.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

7.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

7.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

7.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

7.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

7.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

7.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

7.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

7.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

7.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

8. Antecedentes Perinatales:

8.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

8.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

8.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

8.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

8.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

8.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

8.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

8.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

8.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

8.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

8.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

8.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

8.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

9. Antecedentes Perinatales:

9.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

9.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

9.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

9.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

9.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

9.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

9.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

9.8 Antec. Perinatal: Drogadicción ☐ Sí ☐ No ☐

9.9 Antec. Perinatal: Factores de riesgo social ☐ Sí ☐ No ☐

9.10 Antec. Perinatal: Consumo de alcohol ☐ Sí ☐ No ☐

9.11 Antec. Perinatal: Apoyo de familia ☐ Sí ☐ No ☐

9.12 Antec. Perinatal: Embarazo no deseado ☐ Sí ☐ No ☐

9.13 Antec. Perinatal: Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐

10. Antecedentes Perinatales:

10.1 Antec. Perinatal: TBC ☐ Sí ☐ No ☐

10.2 Antec. Perinatal: SIDA / Aids ☐ Sí ☐ No ☐

10.3 Antec. Perinatal: Trastornos cong. ☐ Sí ☐ No ☐

10.4 Antec. Perinatal: Neoplasias ☐ Sí ☐ No ☐

10.5 Antec. Perinatal: Alergia a medicamentos ☐ Sí ☐ No ☐

10.6 Antec. Perinatal: Violencia familiar ☐ Sí ☐ No ☐

10.7 Antec. Perinatal: Abuso sexual ☐ Sí ☐ No ☐

10.8 Antec. Perinatal



EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO		3	
FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña):			
1. ¿La niña o niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar) 2. ¿La lactancia de LM es adecuada? (Explorar y observar) 3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar) 4. ¿La niña o niño recibe Lactancia Materna? (Explorar) 5. ¿La niña o niño recibe leche agotada? (Explorar) 6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar) 7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según edad? (Explorar) 8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar) 9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según edad? (Explorar) 10. ¿Consumen alimentos de origen animal? (Explorar) 11. ¿Consumen frutas y verduras? (Explorar) 12. ¿Añade aceite, manteca o margarina a la comida del niño? 13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato? 14. ¿Añade sal de yodada a la comida familiar? 15. ¿Su niño o niña está tomando suplemento de hierro? 16. ¿Su niño o niña ha recibido suplemento vitamínico "A"? 17. ¿Su niño o niña está recibiendo multivitaminas? ¿La niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? a. ( ) Explorar			
OBSERVACIONES:			
NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), emite una CONSEJERÍA NUTRICIONAL.			
CONSULTA			
Fecha:		Edad:	
Detección de signos de peligro (marcar los peligros) MENOR DE 5 AÑOS: No quiere mamar, ni succionar Convulsiones Fiebre alta sostenida En apéndice del ombligo se siente a la par Fiebre o temperatura baja Rigidez de la nuca Posturas raras y extrañas Llagas o úlceras			
DE 5 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar al pecho Convulsiones Letargo o comatoso Vómito todo Borbido en representación subcutánea			
PARA TODAS LAS EDADES: Eructación visible grave Pal oxígeno muy levemente Traumatismo Quemadura Fiebre palmar blanca No presenta signos			
IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO ¿Qué causa el niño? ¿Fue el padre en el cuidado del niño? Si No El niño recibe nutrientes de otro? Si No Especificar:			
ANAMNESIS			
1. Motivo de consulta:			
Tiempo de enfermedad:			
Forma de inicio:			
Curso:			
Examen físico:			
A. Signos vitales y fisiológicos 1. Temperatura (T°) 2. Frecuencia cardíaca (FC) 3. Frecuencia respiratoria (FR) 4. Presión arterial (PA) 5. Saturación de oxígeno (SpO2)			
B. Condiciones de crecimiento y estado nutricional Crecimiento adecuado Crecimiento inadecuado Riesgo nutricional (según el resultado de (P/B) (H) (P/B) peso o talla Desnutrición Brote purp Obesidad			
C. Diagrama del Desarrollo Psicomotor ¿Según el desarrollo? Normal Trastorno del desarrollo Características:			
D. Factores condicionales de la salud, nutrición y desarrollo 1. Estado de salud 2. Estado nutricional 3. Estado social			
Tratamiento: Acuerdos y compromisos negociados con la madre o/o cuidador del niño			
Exámenes Auxiliares: Referencia (lugar y motivo)			
Próxima cita:			
Atendido por:			
Observación:			
Firma y sello:			
Firma profesional:			
Sello:			



FICHA DE TAMIZAJE		
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL		
Les al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.		
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a las preguntas:		
Pregunta:		
Al adulto (s)		
¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	Si No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	Si No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	Si No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	Si No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	Si No	
¿Quién?		
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña		
Pienso en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?	Fácil Difícil	
¿Alguna vez pierde el control?	Si No Pega? Grita? Empuja o sacude? Endiema?	
¿Su hijo es muy desobediente?	Si No	
Marque con x (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:		
<b>Físico</b>		<b>Sexuales</b>
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones, inexplicables.	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.	<input type="checkbox"/> Imitación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.	<input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención.	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.
<input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras.	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.	
<input type="checkbox"/> Lesiones de peneo, vulva, recto etc.	<input type="checkbox"/> Tartamudeo	
<input type="checkbox"/> Lesiones en boca, mejillas, ojos etc.	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.	
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones del sueño).	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.	<b>Negligencia</b>
<input type="checkbox"/> Problemas con el apellido.	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
<input type="checkbox"/> Emuresis (niños).	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.
<b>Psicológico</b>	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.	<input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.	<input type="checkbox"/> Descuido en higiene o al niño.
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio.	<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.
<input type="checkbox"/> Retraimiento.		<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.

Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" - MINSA- 2009.

GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS		GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS	
<p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p> <p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p>	<p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p> <p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p>		
<p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p> <p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p>	<p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p> <p>Perinatales 2 (nacimientos a 5 años)</p>		

NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**FANY ISABEL RAMOS BENDEZU**  
Presidente (s) Comité de Selección

**HERNAN NELSON HERRERAS YAULI**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección



GRÁFICOS DE EVALUACIÓN CRECIMIENTO < 5 AÑOS		GRÁFICOS DE EVALUACIÓN CRECIMIENTO < 5 AÑOS	
<p><b>Peso para la edad Niños</b> Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)</p> <p>Patrones de crecimiento infantil de la OMS</p>	<p><b>Peso para la estatura Niños</b> Puntuación Z (2 a 5 años)</p> <p>Patrones de crecimiento infantil de la OMS</p>		
<p><b>Longitud para la edad Niños</b> Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)</p> <p>Patrones de crecimiento infantil de la OMS</p>	<p><b>Para la longitud Niños</b> Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)</p> <p>Patrones de crecimiento infantil de la OMS</p>		

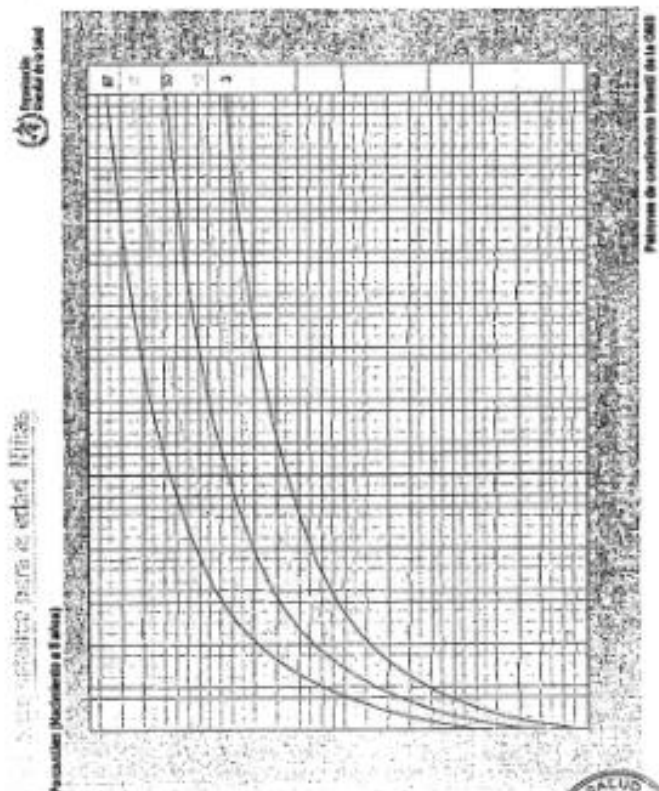
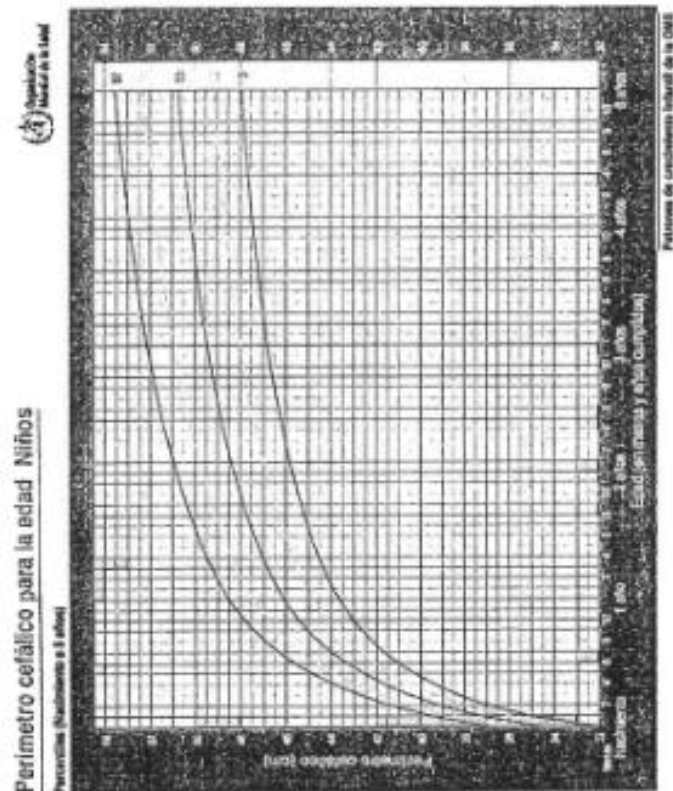
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN:

**FANY ISABEL RAMOS BENDEZU**  
Presidente (s) Comité de Selección

**HERNAN NELSON HERRERAS YAULI**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección





**FANY ISABEL RAMOS BENDEZU**  
Presidente (s) Comité de Selección

**HERNAN NELSON HERRERAS YAULI**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección

## HOJA DE REGISTRO

### TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 AÑOS: TEPSI (Hæusler y Marchant 1985)

Nombre del niño: .....

Fecha de nacimiento: .....

Fecha de examen: ..... Edad.....años.....meses.....días

Nombre del padre: ..... de la madre .....

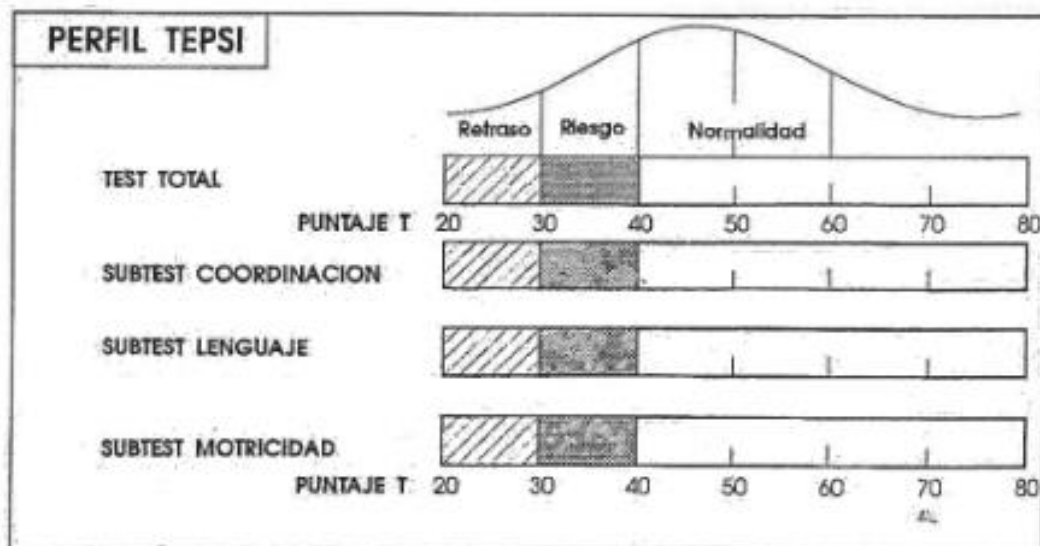
Dirección: .....

Examinador: .....

Resultado Test Total	
Puntaje Bruto	.....
Puntaje T	.....
Categoría	<input type="checkbox"/> Normal > 40 Ptos. <input type="checkbox"/> Riesgo 30 - 39 Ptos. <input type="checkbox"/> Retraso < 30 Ptos.

Observaciones: .....

Resultado Subtests		
	Puntaje Bruto	Puntaje T
Coordinación	.....	.....
Lenguaje	.....	.....
Motricidad	.....	.....











## PROTOCOLO DEL TEPSI

I. SUBTEST COORDINACION		
( )	1 C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)
( )	2 C	Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)
( )	3 C	Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)
( )	4 C	Desabotona (Estuche)
( )	5 C	Abotona (Estuche)
( )	6 C	Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)
( )	7 C	Desata cordones (tablero o/cordón)
( )	8 C	Copia un línea recta (Lam. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	9 C	Copia un círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	10 C	Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	11 C	Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	12 C	Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
( )	13 C	Dibuja 9 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
( )	14 C	Dibuja 6 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
( )	15 C	Dibuja 3 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
( )	16 C	Ordena por tamaño (Tablero; barritas)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<b>TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB</b>

II. SUBTEST LENGUAJE		
( )	1 L	Reconoce grande y chico (Lam. 6) Grande.....Chico.....
( )	2 L	Reconoce más y menos (Lam. 7) Más.....Menos.....
( )	3 L	Nombra animales (Lam. 8) Gato.....Perro.....Chancho.....Pato..... Paloma.....Oveja.....Tortuga.....Gallina.....
( )	4 L	Nombra objetos (Lam. 5) Paraguas.....Vela.....Escoba.....Tetera..... Zapatos.....Reloj.....Serrucho.....Taza.....
( )	5 L	Reconoce largo y corto (Lam. 1)
( )	6 L	Verbaliza acciones (Lam. 11) Cortando.....Saltando..... Planchando.....Comiendo.....
( )	7 L	Conoce la utilidad de objetos Cuchera.....Lápiz.....Jabón..... Escoba.....Cama.....Tijera.....
( )	8 L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja) Pesado.....Liviano.....
( )	9 L	Verbaliza su nombre y apellido Nombre.....Apellido.....
( )	10 L	Identifica sexo
( )	11 L	Conoce el nombre de sus padres Papá.....Mamá.....
( )	12 L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hambre.....cansado.....frío.....
( )	13 L	Comprende preposiciones (Lápiz) Detrás.....sobre.....debajo.....

( )	14	L	Razona por analogías opuestas Hielo.....Ratón.....Mamá.....
( )	15	L	Nombra Colores (Papel lustre azul, amarillo; rojo) Azul.....Amarillo.....Rojo.....
( )	16	L	Señala colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo.....Azul.....Rojo.....
( )	17	C	Nombra Figuras Geométricas (Lam. 12)   
( )	18	L	Señala Figuras Geométricas (Lam. 12)   
( )	19	L	Describe escenas (Lam. 13 y 14) 13..... 14.....
( )	20	L	Reconoce absurdos (Lam. 15)
( )	21	L	Usa plurales (Lam. 16)
( )	22	L	Reconoce antes y después (Lam. 17) Antes.....Después.....
( )	23	L	Define Palabras Manzana..... Pelota..... Zapato..... Abrigo.....
( )	24	L	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado; bolsa, arena) Pelota..... Globo inflado..... Bolsa.....
			<b>TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB</b>

**III. SUBTEST MOTRICIDAD**

( )	1	M	Salta con los dos pies en el mismo lugar
( )	2	M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
( )	3	M	Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
( )	4	M	Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más
( )	5	M	Se para en un pie sin apoyo 5 seg. ó más
( )	6	M	Se para en un pie sin apoyo 1 seg. ó más
( )	7	M	Camina en punta de pies seis ó más pasos
( )	8	M	Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)
( )	9	M	Salta en un pie tres o más veces sin apoyo
( )	10	M	Coge una pelota (Pelota)
( )	11	M	Camina hacia adelante topando talón y punta
( )	12	M	Camina hacia atrás topando punta y talón
			<b>TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB</b>

MINISTERIO DE SALUD  
SUB-PROGRAMA DE CRECIMIENTO  
Y DESARROLLO

**PROTOCOLO DE LA ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO  
DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS  
(Rodríguez, S., etc. al.)**

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

N° DE FICHA:

ESTABLECIMIENTO:

**EDADES DE EVALUACION (meses)**

	2	5	8	12	15	18	21
Fecha de Evaluación							
EM / EC							
CD							
Examinador							

EDAD	ITEM	PUN- JE	EDADES DE EVALUACION (Meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
1 MES	1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador	6 ou							
	2 (L) Reacciona al sonido de la campanilla								
	3 (M) Aprieta el dedo índice del examinador								
	4 (C) Sigue con la vista la argolla (ang. 90 grados)								
	5 (M) Movimiento de cabeza en posición prona								
2 MESES	6 (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	6 ou							
	7 (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador.								
	8 (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador								
	9 (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada.								
	10 (L) Vocaliza dos sonidos diferentes.								
3 MESES	11 (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador.	6 ou							
	12 (CL) Busca con la vista la fuente del sonido								
	13 (C) Sigue con la vista la argolla (ang. 180 grad.)								
	14 (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada.								
	15 (L) Vocalización prolongada								

EDAD	ITEM	PUN- JE	EIDADES DE EVALUACION (Meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
4 MES	16 (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	6							
	17 (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla								
	18 (M) En posición prona se levanta a sí mismo								
	19 (M) Levanta la cabeza y hombro al ser llevado a posición sentada.								
	20* (LS) Ríe a carcajadas								
5 MESES	21 (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6							
	22 (C) Palpa el borde de la mesa								
	23 (C) Intenta presión de la argolla								
	24 (M) Empuja hasta lograr la posición sentada								
	25 (M) Se mantiene sentado con breve apoyo								
6 MESES	26 (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6							
	27 (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída								
	28 (C) Coge la argolla								
	29 (C) Coge el cubo								
	30* (LS) Vocaliza cuando se le habla								
7 MESES	31 (M) Se mantiene sentado sólo, por 30 seg. o más	6							
	32 (C) Intenta agarrar la pastilla								
	33 (L) Escucha selectivamente palabras familiares								
	34 (S) Cooperar en los juegos								
	35 (C) Coge dos cubos, uno en cada mano								
8 MESES	36 (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6							
	37 (M) Empuja hasta lograr la posición de pie								
	38 (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos								
	39 (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo								
	40 (L) Dice da - da o equivalente								
9 MESES	41 (M) Se pone de pie con apoyo	6							
	42 (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos								
	43 (C) Coge la pastilla con participación del pulgar								
	44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal								
	45* (LS) Reacciona a los requerimientos verbales								



EDAD	ITEM	PUN- JE	EDADES DE EVALUACION (Meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
10 MESES	46 (C) Coge la pastilla con pulgar e índice	6  cu							
	47 (S) Imita gestos simples								
	48 (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros								
	49 (C) Junta cubos en la línea media								
	50*(SL) Reacciona al "no" - "no"								
12 MESES	51 (M) Camina algunos pasos de la mano	12  cu							
	52 (C) Junta las manos en la línea media								
	53*(M) Se pone de pie solo								
	54 (LS) Entrega como respuesta a una orden								
	55*(L) Dice al menos dos palabras								
15 MESES	56 (MC) Camina solo	18  cu							
	57 (C) Introduce la pastilla en la botella								
	58 (C) Espontáneamente garabatea								
	59 (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros								
	60*(L) Dice al menos tres palabras								
18 MESES	61 (LS) Muestra sus zapatos	18  cu							
	62 (M) Camina varios pasos hacia el lado								
	63 (M) Camina varios pasos hacia atrás								
	64 (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella								
	65 (C) Atrae el cubo con un palo								
21 MESES	66 (L) Nombra un objeto de los cuatro presentados	18  cu							
	67 (L) Imita tres palabras en el momento del examen								
	68 (C) Construye una torre con tres cubos								
	69*(L) Dice al menos seis palabras								
	70*(LS) Usa palabras para comunicar deseos								
24 MESES	71 (M) Se para en un pie con ayuda	18  cu							
	72 (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados								
	73*(S) Ayuda en tareas simples								
	74 (L) Apunta 4 ó más partes en el cuerpo de la muñeca								
	75 (C) Construye una torre con cinco cubos								



**HOJA DE LABORATORIO**

APELLIDOS Y NOMBRES

H.C

**HOJA DE INTERCONSULTA**

APELLIDOS Y NOMBRES

H.C

**FANY ISABEL RAMOS BENDEZU**  
Presidente (s) Comité de Selección

**HERNAN NELSON HERRERAS YAULI**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE**  
2do. Miembro Comité de Selección

5	MILLAR	FORMATO DE HISTORIA CLINICA
---	--------	-----------------------------

MINISTERIO DE SALUD  
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN  
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FORMA Y SEÑAL RESPONSABLE RS

1. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

2. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

3. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

4. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

5. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

6. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

7. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

8. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

9. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

10. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

11. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

12. NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (\*) FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE RS: FECHA DE ÚLTIMA REGIA:

(\*) Opcional

14058	UNIDAD	FORMATO REGISTRO DIARIO DE NIÑO (SIEN)
-------	--------	--

5<sup>o</sup> B<sup>o</sup> de Jefatura de ESE.

**Nota:** Sólo se registrará una visita del niño en el mes.

[illegible][illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

CONCLUSIONS: This is important in

unemployment of 10.5 percent, compared to 10.0 percent in 1999.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

11

© 2000 Blackwell Science Ltd

...and the ...

...and the ...

Apellido, No. de folio de nacimiento de la madre (1) DNI, (2) Cerveza de Emperatriz, (3) Presente, (4) Documento de identidad extranjero; (5) Fecha; (6) Documento de identidad de la madre, (7) No se documenta la identidad de la madre, (8) Fecha de la inscripción o adopción (día/mes/año), (9) 120, (10) 180, (11) 360, (12) 720, (13) 1080, (14) 1440, (15) 1800, (16) 2160, (17) 2520, (18) 2880, (19) 3240, (20) 3600, (21) 3960, (22) 4320, (23) 4680, (24) 5040, (25) 5400, (26) 5760, (27) 6120, (28) 6480, (29) 6840, (30) 7200, (31) 7560, (32) 7920, (33) 8280, (34) 8640, (35) 9000, (36) 9360, (37) 9720, (38) 10080, (39) 10440, (40) 10800, (41) 11160, (42) 11520, (43) 11880, (44) 12240, (45) 12600, (46) 12960, (47) 13320, (48) 13680, (49) 14040, (50) 14400, (51) 14760, (52) 15120, (53) 15480, (54) 15840, (55) 16200, (56) 16560, (57) 16920, (58) 17280, (59) 17640, (60) 18000, (61) 18360, (62) 18720, (63) 19080, (64) 19440, (65) 19800, (66) 20160, (67) 20520, (68) 20880, (69) 21240, (70) 21600, (71) 21960, (72) 22320, (73) 22680, (74) 23040, (75) 23400, (76) 23760, (77) 24120, (78) 24480, (79) 24840, (80) 25200, (81) 25560, (82) 25920, (83) 26280, (84) 26640, (85) 27000, (86) 27360, (87) 27720, (88) 28080, (89) 28440, (90) 28800, (91) 29160, (92) 29520, (93) 29880, (94) 30240, (95) 30600, (96) 30960, (97) 31320, (98) 31680, (99) 32040, (100) 32400, (101) 32760, (102) 33120, (103) 33480, (104) 33840, (105) 34200, (106) 34560, (107) 34920, (108) 35280, (109) 35640, (110) 36000, (111) 36360, (112) 36720, (113) 37080, (114) 37440, (115) 37800, (116) 38160, (117) 38520, (118) 38880, (119) 39240, (120) 39600, (121) 39960, (122) 40320, (123) 40680, (124) 41040, (125) 41400, (126) 41760, (127) 42120, (128) 42480, (129) 42840, (130) 43200, (131) 43560, (132) 43920, (133) 44280, (134) 44640, (135) 45000, (136) 45360, (137) 45720, (138) 46080, (139) 46440, (140) 46800, (141) 47160, (142) 47520, (143) 47880, (144) 48240, (145) 48600, (146) 48960, (147) 49320, (148) 49680, (149) 50040, (150) 50400, (151) 50760, (152) 51120, (153) 51480, (154) 51840, (155) 52200, (156) 52560, (157) 52920, (158) 53280, (159) 53640, (160) 54000, (161) 54360, (162) 54720, (163) 55080, (164) 55440, (165) 55800, (166) 56160, (167) 56520, (168) 56880, (169) 57240, (170) 57600, (171) 57960, (172) 58320, (173) 58680, (174) 59040, (175) 59400, (176) 59760, (177) 60120, (178) 60480, (179) 60840, (180) 61200, (181) 61560, (182) 61920, (183) 62280, (184) 62640, (185) 63000, (186) 63360, (187) 63720, (188) 64080, (189) 64440, (190) 64800, (191) 65160, (192) 65520, (193) 65880, (194) 66240, (195) 66600, (196) 66960, (197) 67320, (198) 67680, (199) 68040, (200) 68400, (201) 68760, (202) 69120, (203) 69480, (204) 69840, (205) 70200, (206) 70560, (207) 70920, (208) 71280, (209) 71640, (210) 72000, (211) 72360, (212) 72720, (213) 73080, (214) 73440, (215) 73800, (216) 74160, (217) 74520, (218) 74880, (219) 75240, (220) 75600, (221) 75960, (222) 76320, (223) 76680, (224) 77040, (225) 77400, (226) 77760, (227) 78120, (228) 78480, (229) 78840, (230) 79200, (231) 79560, (232) 79920, (233) 80280, (234) 80640, (235) 81000, (236) 81360, (237) 81720, (238) 82080, (239) 82440, (240) 82800, (241) 83160, (242) 83520, (243) 83880, (244) 84240, (245) 84600, (246) 84960, (247) 85320, (248) 85680, (249) 86040, (250) 86400, (251) 86760, (252) 87120, (253) 87480, (254) 87840, (255) 88200, (256) 88560, (257) 88920, (258) 89280, (259) 89640, (260) 90000, (261) 90360, (262) 90720, (263) 91080, (264) 91440, (265) 91800, (266) 92160, (267) 92520, (268) 92880, (269) 93240, (270) 93600, (271) 93960, (272) 94320, (273) 94680, (274) 95040, (275) 95400, (276) 95760, (277) 96120, (278) 96480, (279) 96840, (280) 97200, (281) 97560, (282) 97920, (283) 98280, (284) 98640, (285) 99000, (286) 99360, (287) 99720, (288) 100080, (289) 100440, (290) 100800, (291) 101160, (292) 101520, (293) 101880, (294) 102240, (295) 102600, (296) 102960, (297) 103320, (298) 103680, (299) 104040, (300) 104400, (301) 104760, (302) 105120, (303) 105480, (304) 105840, (305) 106200, (306) 106560, (307) 106920, (308) 107280, (309) 107640, (310) 108000, (311) 108360, (312) 108720, (313) 109080, (314) 109440, (315) 109800, (316) 110160, (317) 110520, (318) 110880, (319) 111240, (320) 111600, (321) 111960, (322) 112320, (323) 112680, (324) 113040, (325) 113400, (326) 113760, (327) 114120, (328) 114480, (329) 114840, (330) 115200, (331) 115560, (332) 115920, (333) 116280, (334) 116640, (335) 117000, (336) 117360, (337) 117720, (338) 118080, (339) 118440, (340) 118800, (341) 119160, (342) 119520, (343) 119880, (344) 120240, (345) 120600, (346) 120960, (347) 121320, (

120

85	UNIDAD	FORMATO CUESTIONARIO CUESTION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESION X 100
8500	UNIDAD	FICHA INDIVIDUAL(LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS - ADAPTACION PARA PADRES Y MADRES)
8500	UNIDAD	FORMATO DE FICHA PSICOLOGICA(MINI MENTAL)
14	MILLAR	FORMATO TEST DE EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES EN EL ADOLESCENTE

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Mini - Mental

El Mini-Mental es un instrumento práctico de screening o rastreo de alteraciones cognitivas. Se trata de un método muy utilizado ya que se puede administrar en 5 - 10 minutos.

El Mini-Mental está formado por un conjunto de ítems que forman un test que mide orientación (personal, espacial y temporal), memoria a corto y a largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (expresión verbal y escrita, comprensión verbal y escrita) praxias, habilidades visoconstructivas... Permite evaluar de manera rápida la sospecha de déficit cognitivo, sin embargo no debe utilizarse como una evaluación clínica completa del estado mental ya que no permite estudiar de manera detallada la función cognitiva alterada ni conocer la causa del déficit.

Dentro del Mini-Mental podemos encontrar diferentes escalas o versiones: una de ellas se hace sobre una puntuación máxima de 30 puntos mientras que en la otra el puntaje máximo es de 35.

## Pruebas del Mini-Mental y como se corrige

A continuación se exponen, en orden de presentación, las áreas cognitivas que exploran las diferentes pruebas de las que se compone el Mini-Mental:

### 1. Orientación

En primer lugar, se hacen preguntas relacionadas con la fecha en la que nos encontramos y se interroga de manera específica sobre el año, la estación, el día de la semana, el lugar donde nos encontramos en el momento de administrar el Mini-Mental. el objetivo es observar si el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio. Se daría un punto por cada respuesta correcta, pudiendo obtener un máximo de 10 puntos.

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año?
- ¿Qué día del mes es hoy?
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes del año estamos?
- ¿En qué país estamos?
- ¿En qué provincia estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿Dónde estamos en este momento?
- ¿En qué piso/planta estamos?

### 2. Fijación

voy a decir 3 palabras y las tiene que repetir una vez que yo acabe ( se repiten 3 veces las 3 palabras). Se asigna un punto por cada respuesta correcta pudiendo obtenerse un máximo de 3 puntos en la prueba.

- Repita estas 3 palabras: Bicicleta, cuchara, manzana.





Ministerio  
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y cultura de Paz



### 3. Atención y cálculo

Esta prueba se divide en dos partes. En la primera se le pide al sujeto lo siguiente: "¿Cuánto es 100 menos 77?" Una vez hayamos obtenido una respuesta, el sujeto debe ir restando de 7 en 7 hacia atrás en 4 ocasiones más. Se asigna un punto por cada número enunciado de manera correcta, siendo los números correctos 93, 86, 79, 72, 65.

en la segunda parte se le pide lo siguiente al sujeto: "Deletréeme la palabra MUNDO al revés", (O-D-N-U-M). Esta vez se asignará un punto por cada letra en orden inverso dicha de manera correcta.

### 4. Memoria

se le pide al sujeto que recuerde las 3 palabras que le dijimos en pruebas anteriores ("bicicleta", "cuchara", "manzana"). "¿Puedo recordar las palabras que le dije antes?"

Se le asignaría un punto por cada palabra recordada. en caso de que el sujeto no sea capaz de recordar ninguna palabra, no se le daría ninguna puntuación. Apesar de eso, se puede indagar en la memoria del sujeto haciendo preguntas del tipo semántico o fonológico (por ejemplo: "es un medio de transporte" o "empieza por la sílaba bi-", respectivamente). De este modo podríamos obtener información sobre si el sujeto. Al administrarle algunas claves, tendría mayor facilidad para acceder al recuerdo

### 5. Lenguajes y praxias

➤Mostrar un lápiz. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce

➤Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce

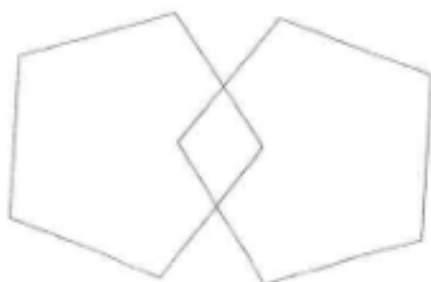
➤Repetición. "Escuche bien la frase que voy a decir y repítala: NI SI, NI NO, NI PERO". Se da un punto si dice la frase de manera correcta.

Comprensión. "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo encima de la mesa". Se da un punto por cada acción bien realizada pudiendo obtener un máximo de 3 puntos si se realiza bien las 3 acciones que se le piden.

"Lea lo que dice en la hoja y haga lo que está escrito: CIERRE LOS OJOS". Deben leerlo y realizar la acción de cerrar los ojos. Se asigna un punto si lo realizan de manera correcta.

Se solicita al sujeto que escriba una frase completa. "Escriba una frase. Si no sabe qué escribir, piense en lo que va a hacer esta tarde y escríbalo". Se asigna un punto si realiza una frase de manera correcta.

Copia del dibujo. "Copie este dibujo" (se le da un folio y un lápiz y se muestra el dibujo, adecuado a la visión de cada usuario). Se asigna un punto si el sujeto realiza un dibujo en el que aparezca dos pentágonos y entre ellos exista una intersección.



#### interpretación Mini-Mental

- ▣ Orientación temporal (5 puntos)
- ▣ Orientación espacial (5 puntos)
- ▣ Fijación (3 puntos)
- ▣ Atención y cálculo (5 puntos).
- ▣ Evocación (3 puntos)
- ▣ Denominación (2 puntos).
- ▣ Repetición (1 punto)
- ▣ Comprensión (3 puntos).
- ▣ Lectura (1 punto)
- ▣ Escritura (1 punto)
- ▣ Dibujo (1 punto).

En la totalidad del test la puntuación máxima que se puede obtener es de 30 puntos. La puntuación final es la suma de las puntuaciones de los diferentes subapartados y en función de cuántos números obtenga, así interpretamos el final de la evaluación siendo entre 30 y 27 = Sin Deterioro; Entre 26 y 25 = Dudoso o Posible Deterioro; Entre 24 y 10 = Demencia leve a Moderada; Entre 9 y 6 = Demencia Moderada a Severa y menos de 6 = Demencia Severa.

Hemos de resaltar que esta prueba NO define de manera clara un diagnóstico y que, para ello hace falta realizar una entrevista clínica previa, exploración física y diferentes pruebas diagnósticas complementarias.

El Mini-Mental administrado junto con otros test como por ejemplo el Test del Reloj, es una prueba muy utilizada para realizar el seguimiento de pacientes con demencias o deterioro cognitivo ya que de manera rápida podemos observar funciones cognitivas importantes del sujeto como atención (sostenida, selectiva...), memoria (a corto plazo, a largo plazo, semántica...), praxias (ideomotoras, faciales...), orientación (temporal, espacial y personal), lenguaje (fluido, no fluido, coherente, denominación...), funciones ejecutivas (presencia de perseveraciones, inhibición, planificación, toma de decisiones,...), control mental, etc.

Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y cultura de Paz**Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist - PSC)**  
**Adaptación para padres y madres**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, indique lo mejor describa a su hijo(a):

	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Se siente triste			
2 Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal			
3 Se siente mal consigo mismo			
4 Se preocupa mucho			
5 Se aburre fácilmente			
6 Le cuesta estar tranquilo(a)			
7 Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo			
8 Se distrae fácilmente			
9 Le cuesta concentrarse			
10 Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía			
11 Pelea con otros niños(as) o adolescentes			
12 No sigue las órdenes/reglas			
13 No comprende los sentimientos de los demás			
14 Molesta o se burla de los demás			
15 Culpa a los demás de sus problemas			
16 Se niega a compartir			
17 Coge cosas ajenas			
¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?			

<https://mail.google.com/mail/u/0/#label/DISEÑOS+FINALES/FMfcgzwLtsrlejmZwjrmKwPVZBITDx?projector=1&messagePartId=0.2>

1/

Nombre : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Colegio : \_\_\_\_\_ Estatal ( ) Particular ( )  
 Grado : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*niños*

## INVENTARIO EMOCIONAL BarOn: NA - A

Adaptado por Dra. Nelly Ugarriza Chávez



### INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1. Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
2. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
3. Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
4. Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
5. Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
6. Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
7. Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
8. Peleo con la gente.	1	2	3	4
9. Tengo mal genio.	1	2	3	4
10. Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
11. Nada me molesta.	1	2	3	4
12. Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
13. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
14. Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
15. Debe decir siempre la verdad.	1	2	3	4
16. Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
17. Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
18. Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4



PERU  
Ministerio  
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y Cultura de Paz



		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
19.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
20.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
21.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
22.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
23.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
24.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
25.	No tengo días malos.	1	2	3	4
26.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
27.	Me fastidio fácilmente.	1	2	3	4
28.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
29.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
30.	Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4

*Gracias por completar el cuestionario.*



Nombre : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Colegio : \_\_\_\_\_ Estatal ( ) Particular ( )  
 Grado : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*ADOLESCENTES*  
**INVENTARIO EMOCIONAL BarOn: NA - A**  
 Adaptado por Dra. Nelly Ugarriza Chávez



**INSTRUCCIONES**

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientas, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1. Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
2. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
3. Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
4. Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
5. Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
6. Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
7. Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
8. Peleo con la gente.	1	2	3	4
9. Tengo mal genio.	1	2	3	4
10. Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
11. Nada me molesta.	1	2	3	4
12. Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
13. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
14. Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
15. Debe decir siempre la verdad.	1	2	3	4
16. Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
17. Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
18. Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4



Ministerio  
de Salud



Instituto Nacional de  
Salud Mental y Cultura de Paz



		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
19.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
20.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
21.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
22.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
23.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
24.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
25.	No tengo días malos.	1	2	3	4
26.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
27.	Me fastidio fácilmente.	1	2	3	4
28.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
29.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
30.	Sé cuando la gente está molesta aun cuando no dicen nada.	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario.

## 1. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

B.	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 100,000.00 (Cien mil con 00/100 soles)</b>, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de <b>S/. 17, 257.00 (diecisiete mil doscientos cincuenta y siete con 00/100 soles)</b>, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: <b>venta de formatos en general</b></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>10</sup> correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el <b>Anexo N° 9</b>.</p>

<sup>10</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

*"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"*

*(...)*

*"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".*

Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

**Importante**

*En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

## CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p> <i>i</i> = Oferta  <i>P<sub>i</sub></i> = Puntaje de la oferta a evaluar  <i>O<sub>i</sub></i> = Precio <i>i</i>  <i>O<sub>m</sub></i> = Precio de la oferta más baja  <i>PMP</i> = Puntaje máximo del precio         </p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p>

### Importante

*Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas ni los requisitos de calificación.*



## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

*Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.*

Conste por el presente documento, la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN].

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del bien, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución de la prestación materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>11</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR EL DETALLE DEL PAGO ÚNICO O PAGOS A CUENTA, SEGÚN CORRESPONDA], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los 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 de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

<sup>11</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

#### **Importante para la Entidad**

*En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>12</sup>**

*“Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].*

*El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.*

*El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO].*

*[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través

<sup>12</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

*De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00). Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente.*

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### Importante para la Entidad

*Sólo en el caso que la Entidad hubiese previsto otorgar adelanto, se debe incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

*“LA ENTIDAD otorgará [CONSIGNAR NÚMERO DE ADELANTOS A OTORGARSE] adelantos directos por el [CONSIGNAR PORCENTAJE QUE NO DEBE EXCEDER DEL 30% DEL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL] del monto del contrato original.*

*EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.*

*LA ENTIDAD debe entregar el monto solicitado dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO] siguientes a la presentación de la solicitud del contratista.”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.*

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN**

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 [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA DE ALMACÉN O LA QUE HAGA SUS VECES] y la conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

#### **CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado

en caso de incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

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

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

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso, y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA 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 o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA 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 y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) 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.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO**

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>13</sup>**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

<sup>13</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).



DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

\_\_\_\_\_  
"LA ENTIDAD"

\_\_\_\_\_  
"EL CONTRATISTA"

**Importante**

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>14</sup>.*

<sup>14</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

## ANEXOS

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>15</sup>		Sí	No
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra<sup>16</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>15</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>16</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:*

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>17</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado 2					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>18</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>19</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:
-----------------------------------

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.

<sup>17</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>18</sup> Ibídem.

<sup>19</sup> Ibídem.

3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra<sup>20</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>20</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.



## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. 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.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. 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.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

#### Importante

*En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.*

### ANEXO N° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con las Especificaciones Técnicas que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### Importante

*Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.*

## ANEXO N° 4

### DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>21</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>22</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>22</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>23</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Consortiado 1**  
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....  
**Consortiado 2**  
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*



## ANEXO N° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### Importante

- *El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*“Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]”.*

#### Importante para la Entidad

- *En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:  
“El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente”.*
- *En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente:  
“El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias”.*

## ANEXO N° 7

### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa<sup>24</sup> se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no tiene producción fuera de la Amazonía.<sup>25</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

#### **Importante**

*Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio.*

<sup>24</sup> En el artículo 1 del “Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía” se define como “empresa” a las “Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta.”

<sup>25</sup> En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición:.....

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**  
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>26</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>27</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>28</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>29</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>30</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>31</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>26</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>27</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>28</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN *“Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz”*. Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, *“... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe”*.

<sup>29</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>30</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>31</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>26</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>27</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>28</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>29</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>30</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>31</sup>
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda

.....  
FANY ISABEL RAMOS BENDEZU  
Presidente (s) Comité de Selección

.....  
HERNAN NELSON HERRERAS YAULI  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

.....  
MILAGROS A. CHAVEZ ROQUE  
2do. Miembro Comité de Selección

## ANEXO N° 9

### DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

#### Importante

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.*

*También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*



## ANEXO N° 10

### SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/>.*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con la condición de micro y pequeña empresa.*

**ANEXO N° 11**

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA  
SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE  
COMUNICACIÓN**

**(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según  
corresponda**

**Importante**

*La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.*

### ANEXO N° 13

#### DECLARACION JURADA DE COMPROMISO DE CANJE Y/O REPOSICIÓN POR VICIOS OCULTOS

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSVM/CS – PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

El que suscribe ..... identificado con DNI N° .....

Representante legal de ..... Con RUC N° ..... DECLARO BAJO JURAMENTO, que de resultar ganador de la buena pro, mi representada garantiza el canje de los bienes ofertados en caso que los mismos presenten problemas o defectos sin causa atribuible a la Unidad Ejecutora.

El canje se efectuará en un plazo no mayor de tres (03) días calendarios a partir de su notificación por parte de la Unidad Ejecutora.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**