

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIA

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000263
Área Usuaría	Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Contratación para la Adquisición de Servicio de Impresión en General, para la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes	
<b>Finalidad Pública</b>	
Proveer de Material de Impresión en General a la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable, para el desarrollo de sus labores diarias, a fin de alcanzar el objetivo institucional.	
<b>Antecedentes</b>	
N/A	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Abastecer de Material de Impresión en General, para realizar las diferentes actividades a cargo de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable I de la DIRESA Tumbes, afectar a la meta 119 FTE FTO RO	
<b>Términos de la Referencia:</b>	
<u>FORMATOS DE REGISTRO DIARIO DE LA GESTANTE (SIEN)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño : A4</li> <li>• Impresión : Full color.</li> <li>• Acabado : Papel cuche empastado</li> </ul>	
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
El material de Impresión deberá ser entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El servicio materia de la presente se prestará (05) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de recepcionada la orden de servicio.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	
N/A	
<b>Entregables/Resultados</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 BLOCK X 100 HOJAS DE FORMATOS DE REGISTRO DIARIO DE LA GESTANTE (SIEN)</li> </ul>	
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>	
No Aplica	



<b>Coordinaciones( * )</b>
Se realizará las coordinaciones con la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A


 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
 Lic. Enl. Darwin Federico Guevedo Queneche  
 COORD. DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE ALIMENTACION  
 Y NUTRICION SALUDABLE

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaría

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIA

<b>6. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000350
Área Usaria	Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable
<b>7. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Contratación del Servicio de Impresiones en general, para la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes.	
<b>Finalidad Pública</b>	
El presente servicio tiene por finalidad dotar de material impreso a la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable, a fin de que sirva de insumo y ser distribuidos a los Establecimientos de Salud de la Diresa Tumbes, a fin de que sirva de insumo para el logro de los objetivos, el presente pedido tiene relación con la siguiente <b>Meta N°122 RO</b>	
<b>Antecedentes</b>	
N/A	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Contratar a una persona natural y/o jurídica que se orienta al servicio de impresión en forma responsable y puntual en la entrega de los pedidos.	
<b>Términos de la Referencia:</b>	
<u>CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:</u>	
<u>Formato de Registro de Atenciones Diarias del Servicio de Nutricion</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Según modelo de implementación de la DIRESA</li> <li>• Tamaño : A 4</li> <li>• Impresión : Full color.</li> <li>• Acabado : Anillado</li> </ul>	
<u>FORMATOS DE SAL YODADA*</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño : A4</li> <li>• Impresión : Full color.</li> <li>• Acabado : Papel cuche empastado con autocopiado</li> </ul>	
<b>8. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
El material de Impresión deberá ser entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; debiendo coordinar dicha entrega con el jefe de la Estrategia ESRANS y la Dirección de Logística y la forma de entrega en una (01) entrega.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El servicio materia de la presente se prestará (10) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de recepción la orden de servicio.	





<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 block x 100 (hojas) Formatos de Registro de Atenciones Diarias del Servicio de Nutricion, el modelo se coordinara con la estrategia encargada.</li> <li>• 10 BLOCK X 100 HOJAS DE FORMATOS DE SAL YODADA</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
No Aplica
<b>Coordinaciones( * )</b>
Se realizará las coordinaciones con la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>9. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>10. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

  
 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
 Lic. Enf. Darwin Federico Quevedo Queneche  
 COORD. DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE ALIMENTACION  
 Y NUTRICION SALUDABLE  
 V°B° y Sello  
 Jefe del Área Usaria

Firma y Sello  
 Jefe de la Oficina o Dirección



## TERMINOS DE REFERENCIA

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000411
Área Usuaria	Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Contratación del Servicio de Impresiones en general, para la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes.	
<b>Finalidad Pública</b>	
El presente servicio tiene por finalidad dotar de material impreso a la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable, a fin de que sirva de insumo y ser distribuidos a los Establecimientos de Salud de la Diresa Tumbes, a fin de que sirva de insumo para el logro de los objetivos, el presente pedido tiene relación con la siguiente <b>Meta N°127 RO</b>	
<b>Antecedentes</b>	
N/A	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Contratar a una persona natural y/o jurídica que se orienta al servicio de impresión en forma responsable y puntual en la entrega de los pedidos.	
<b>Términos de la Referencia:</b>	
<u>CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:</u>	
<u>STICKER AUTOADHESIVO DE ANEMIA</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Según modelo de implementación de la DIRESA</li> <li>• Tamaño : 19 cm x 3 cm</li> <li>• Impresión : Full color</li> <li>• Material : plastificado y autoadhesivo</li> </ul>	
<u>CARNET DE PREMATUROS</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Según modelo de implementación MINSA</li> <li>• Tamaño : 12cm x 16 cm</li> <li>• Impresión : Full color</li> <li>• Material : cartulina</li> </ul>	
<u>STICKER AUTOADHESIVO DE PADRON NOMINAL</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Según modelo de implementación de la DIRESA</li> <li>• Tamaño : 19 cm x 3 cm</li> <li>• Impresión : Full color</li> <li>• Material : plastificado y autoadhesivo</li> </ul>	



<b>Formato de Hojas Continuadoras</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Según modelo de implementación de la DIRESA</li> <li>• Tamaño : A4</li> <li>• Impresión : Full color. Ambas caras</li> </ul>
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
El material de Impresión deberá ser entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; debiendo coordinar dicha entrega con el jefe de la Estrategia ESRANS y la Dirección de Logística y la forma de entrega en una (01) entrega.
<b>Plazo de entrega</b>
El servicio materia de la presente se prestará (10) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de recepcionada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1000 sticker de anemia autoadhesivo, el modelo se coordinará con la estrategia encargada.</li> <li>• 500 carnet de prematuros modelos se coordinará con la estrategia</li> <li>• 1000 stickers de padon nominal según modelo de la estrategia</li> <li>• 2,000 Formatos de Hojas Continuadoras</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
No Aplica
<b>Coordinaciones( * )</b>
Se realizará las coordinaciones con la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES


Lic. Enf. Darwin Federico Quiroga Queneche  
COORD. DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN  
Y NUTRICIÓN SALUDABLE

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección



## TERMINOS DE REFERENCIA DEL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 00383
ÁREA USUARIA	ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXENICAS
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de metaxenicas de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se necesita el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de metaxenicas de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Antecedentes</b>	
N/A devolver	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Se requiere realizar el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de metaxenicas de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Características y condiciones</b>	
<u>Características mínimas del Servicio.</u>	
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 15%;">  </div> <div style="width: 85%;"> <p><b>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</b></p> <p><b>GENERAR COMPROMISO DE PAGO AL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, SEGUN DETALLE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 BLOCK X 100 UND - SOLICITUD DE GOTA GRUESA</li> <li>- 100 UNIDADES - GUIAS TECNICAS DE DENGUE(ANILLADO)</li> <li>- 50 UNIDADES - ROTULOS DE MANEJO CLINICO DE DENGUE</li> <li>- 100 BLOCK X 100 UNIDADES - FORMATOS HIS</li> <li>- 100 BLOCK X 100 UNIDADES - HOJAS DE MONITOREO DE PACIENTES CON DENGUE</li> <li>- 1500 UNIDADES - CARNET DE SEGUIMIENTO DE FEBRILES</li> <li>- 100 BLOCK X 100 UNIDADES - HOJAS DE MONITOREO DE PACIENTES CON DENGUE</li> <li>- 1500 UNIDADES - CARNET DE SEGUIMIENTO DE FEBRILES</li> <li>- 10 MILLARES - DIPTICOS DE MEDIDA PREVENTIVA DE DENGUE</li> <li>- 10 MILLARES - DIPTICOS DE SIGNOS DE ALARMA</li> <li>- 100 BLOCK X 100 UNIDADES - HOJAS DE REFERENCIA</li> <li>- 100 BLOCK X 100 UNIDADES - HOJAS CLINICAS DE SEGUIMIENTO</li> <li>- 06 GIGANTOGRAFIAS DE UVICLIN (GRANDE, MEDIANA Y PEQUEÑA)</li> </ul> <p><b>PREVIA COORDINACION CON EL AREA USUARIA.</b></p> </div> </div>	
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	



El plazo de entrega del bien será de Diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de Servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora de la estrategia sanitaria ante cualquier eventualidad.
<b>Conformidad</b>
La dará la coordinación de la Estrategia Sanitaria Regional de Metaxenicás o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO.</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
  
Lic. Enit. Maria Claudia Chapitiquen Sirlupu  
COORDINADOR REGIONAL DE ENFERMEDADES  
METAXENICÁS

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000379

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 941302 ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXENICAS

Fecha de Solicitud: 14/02/2025

Código Item N.º	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

500100050561 SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

Servicio

0.00

0.00

7,213.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, META 038

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

  
GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
Lc. Enf. María Claudia Chapilliquén-Siripu  
COORDINADOR REGIONAL DE ENFERMEDADES METAXENICAS

Firma: Responsable del Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
FOLIO: 10:00  
17 FEB 2025

APROBADO / PROGRAMACIÓN  
21 FEB 2025  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
14 FEB 2025

PROCESADO DEL ÁREA DE LOGÍSTICA  
atención  
12.02.25

**ANEXO N° 2****TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>01.- SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000842
ÁREA USUARIA	PROGRAMA DE CÁNCER
<b>02.- DESCRIPCIÓN DEL BIEN</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el servicio de atención de impresiones para las actividades del programa de cáncer, afectar a la meta 75. Material que será distribuido a los profesionales de los establecimientos de salud.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se necesita la compra de material impreso para las actividades de tamizaje en los establecimientos de salud, dirigidas a la población tumbesina, material que será distribuido a los establecimientos de salud.	
<b>Antecedentes.</b>	
Para el 2030 la OMS estima que 21.3 millones de personas desarrollarán la enfermedad y 13.1 millones de personas morirán según GLOBOCAN 2012 estima que el Perú tendrá una incidencia de 42.846 mil en los diferentes tipos de cáncer y una tasa de mortalidad de 26,165 mil. Motivo por el cual es necesario seguir fortaleciendo las acciones de promoción de la salud y acciones preventivas promocionales, para esta enfermedad con el propósito principal de disminuir y controlar la morbilidad en nuestra población.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Fortalecer las acciones, estratégicas para la prevención y control del cáncer en la región tumbes, a través de la detección precoz y oportuna.	
<b>Características y condiciones</b>	
Características mínimas del bien. <ul style="list-style-type: none"><li>• 4 millares de trípticos, full color, impreso en ambos lados, en papel couche, a full color.</li></ul>	
<b>0.3.- PRESTACIÓN DEL BIEN</b>	
<b>PERFIL MINIMO REQUERIDO.</b>	
Contratar el servicio de una persona natural y/o jurídica que se oriente a brindar la atención en diseño y elaboración de impresiones, con experiencia de 2 años en la atención y distribución de material, garantizando la calidad del producto en muy buen estado.	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El plazo de entrega del bien será de cinco días (7) calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	



N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora de la estrategia sanitaria sobre los modelos y ante cualquier eventualidad.
<b>Conformidad</b>
La dará la coordinación del programa de cáncer o quien haga sus veces.
<b>04.- CONDICIONES DE PAGO.</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>05.- OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES  
Dra. Mg. Evelyn J. Yucila Preclado  
COORDINADORA REGIONAL DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000886

JECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
MODIFICACIÓN : 000940

Costo: 94131110 PROGRAMA ESTRATEGICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER  
Solicitud: 10/03/2025

N.º	ITEM	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
				EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
				Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/

0005	SERVICIO DE ATENCIÓN DE REFRIGERIOS	Servicio		0.00	0.00	0.00	2,000.00
------	-------------------------------------	----------	--	------	------	------	----------

Para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) SOLICITO LA INCLUSIÓN DEL SERVICIO DE DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO, AFECTAR A LA META 75  
so, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.  
La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.  
La información registrada en el campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.  
La información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES

Costa, Mg. Esly J. [Firma]  
COORDINADORA REGIONAL DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Firma: Responsable del Área Usuaria

PROVEIDO DEL AREA DE LOGISTICA

ASEA:

ASUNTO:

FECHA:

GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION

13 MAR 2025

REGISTRO  
FIRMA  
FECHA

APROBADO / PROGRAMACIÓN

14 MAR 2025

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIA

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N° 00412	
Área Usuaria		Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Contratación para la Adquisición de Servicio de Impresión en General, para la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la DIRESA Tumbes			
<b>Finalidad Pública</b>			
Proveer de Material de Impresión en General a la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable, para el desarrollo de sus labores diarias, a fin de alcanzar el objetivo institucional. <b>Según FTE FTO RO, afectar a la meta 120</b>			
<b>Antecedentes</b>			
N/A			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Material de Impresión en General, para realizar las diferentes actividades a cargo de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable I de la DIRESA Tumbes.			
<b>Términos de la Referencia:</b>			
Nº	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
01	Formato de Documentos administrativos	5	servicios
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>			
El material de Impresión deberá ser entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega.			
<b>Plazo de entrega</b>			
El servicio materia de la presente se prestará (05) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de recepcionada la orden de servicio.			
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>			
N/A			
<b>Entregables/Resultados</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• modelo se coordinará con el coordinador de la estrategia</li> </ul>			
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>			
No Aplica			





<b>Coordinaciones( * )</b>
Se realizará las coordinaciones con la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable de la Diresa Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A


 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
 Lic. Enf. Darwin Federico Quirveda Quereche  
 COORD. DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE ALIMENTACION  
 Y NUTRICION SALUDABLE  
 Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
 Jefe de la Oficina o Dirección

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000329

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 941308 ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE  
Fecha de Solicitud: 10/02/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	2,646.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA ESANS FTE FTO RO, AFECTAR A LA META 120

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organizaciones de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

  
GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
Lc. Enl. Darwin Fedarico Guévecio Guévecio  
COORD. DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN  
Y NUTRICIÓN SALUDABLE

Firma: Responsable del Área Usuaria




APROBADO / PROGRAMACIÓN

15 FEB 2025

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES



**ANEXO N°02**  
**TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°000850
Área Usuaría	ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES
Unidad Ejecutora	DIRESA TUMBES
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el servicio de impresiones en general para campañas integrales de salud correspondientes a la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones de la Diresa Tumbes. Afectarse a la meta 130; por fuente de financiamiento Recursos Ordinarios del ejercicio fiscal 2025.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se solicita el servicio de impresiones en general para campañas integrales de salud correspondientes a la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones de la Diresa Tumbes, debido a que se proporcionan los elementos necesarios para poder ejercer el desarrollo de todos los servicios propuestos contribuyendo al logro de objetivos institucionales e incrementar el bienestar de la población. Afectarse a la meta 130; por fuente de financiamiento Recursos Ordinarios del ejercicio fiscal 2025.	
<b>Antecedentes</b>	
I.A.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Se requiere contratar una persona natural o jurídica dedicada a prestar el servicio de impresiones en general para campañas integrales de salud correspondientes a la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones de la Diresa Tumbes. Afectarse a la meta 130; por fuente de financiamiento Recursos Ordinarios del ejercicio fiscal 2025.	
<b>Características y condiciones</b>	
Características mínimas del servicio.	
➤ <b>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</b>	
<p>a) <b><u>CARTEL PARA CONSULTORIO DE CADENA DE FRIO</u></b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cantidad: 50 unidades aprox.</li> <li>✓ Medidas: Largo: 50 cm y Ancho: 30 cm</li> <li>✓ Material: Vinil</li> </ul> <p>Coordinar con el área usuaria previa impresión.</p>	
<p>b) <b><u>CUADERNILLOS DE HOJA DE CONTROL Y REGISTRO DE LA TEMPERATURA DE REFRIGERACION.</u></b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cantidad: 25 hojas bond a full color, cada cuadernillo.</li> <li>✓ Modelo: Con doble ring y con soporte en folcote.</li> </ul> <p>Coordinar con el área usuaria previa impresión.</p>	
<p>c) <b><u>CUADERNILLOS DE HOJA DE CONTROL Y REGISTRO DE LA TEMPERATURA DE CONGELACIÓN E INSTRUCTIVO.</u></b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cantidad: 25 hojas bond a full color, cada cuadernillo.</li> <li>✓ Modelo: Con doble ring y con soporte en folcote.</li> </ul> <p>Coordinar con el área usuaria previa impresión.</p>	
<p>d) <b><u>FORMATO DE HISTORIAS CLINICAS BLOCK X 100 HOJAS</u></b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño: Hoja A4 full color, impreso por ambas partes de la hoja.</li> <li>✓ Cantidad: 5 millares aprox.</li> </ul> <p>Coordinar con el área usuaria previa impresión</p>	
<p>e) <b><u>FORMATO DE HOJAS CONTINUADORAS BLOCK X 100 HOJAS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño: Hoja A4 full color, impreso por ambas partes de la hoja.</li> <li>✓ Cantidad: 5 millares aprox.</li> </ul>	





Coordinar con el área usuaria previa impresión.
<b>f) BANNERS CON SOPORTES DE TUBO</b>
<b>Características:</b>
✓ Cantidad: 5 unidades
✓ Medidas: Largo: 2m y Ancho: 1m
Coordinar con el área usuaria previa impresión.
<b>g) GIGANTOGRAFIA BANDEROLA</b>
<b>Características:</b>
✓ Cantidad: 08 unidades
✓ Medida: 3M X 2
Coordinar con el área usuaria previa impresión.
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los servicios serán entregados en la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones -DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.
<b>Plazo de entrega</b>
El plazo de entrega del servicio será de siete (7) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora de la estrategia ante cualquier eventualidad.
<b>Conformidad</b>
La dará la coordinación de la Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO.</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Lic. Carlos Oswaldo Paladines  
COORDINADOR GENERAL DE INMUNIZACIONES

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaría

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

**GOBIERNO REGIONAL TUMBES**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES**

**TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>1.SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°. 000862
Área Usuaria	Programa Presupuestal 016 -Componente TB/VIH
<b>2.DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Servicio de impresiones en general para el Programa Presupuestal 0016 componente TB, afectar a la META 023, para la atención de los Pacientes con Dx TB que reciben atención integral y tratamiento Antituberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Elaborar el material impreso de formatería que será utilizado s exclusivamente en las atenciones a Personas Afectadas de Tuberculosis.	
<b>Antecedentes</b>	
N/A	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Abastecer de material impreso con medidas de prevención para el Programa Presupuestal 0016 componente TB, afectar la meta 023 que será utilizado s exclusivamente en las atenciones a Personas Afectadas de Tuberculosis.	
<b>Características y condiciones:</b>	
<u>Características mínimas del servicio:</u>	
<u>Formatos:</u>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 50 libros de registro de bacteriología</li><li>✓ 50 libros de casos de TB Sensible</li></ul>	
Coordinar con el Área Usuaria el modelo previo a la impresión.	
<b>3.PRESTACIÓN DELSERVICIO</b>	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El plazo de la entrega del bien será de diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	
N/A	
<b>Coordinaciones1020</b>	
Se realizará las coordinaciones con el responsable del Estrategia Sanitaria Regional de Control Tuberculosis.	
<b>Conformidad</b>	
Coordinador Regional Estrategia Sanitaria Regional de Control y Prevencion de Tuberculosis.	

**GOBIERNO REGIONAL TUMBES**  
**DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES**

<b>4.CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Condiciones y modalidades de pago</b>
El pago se realizará después de realizado el servicio y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5.OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

Firma y Sello

Jefe del Área Usuaria



**ESPECIFICACIONES TECNICAS DE MATERIAL, SUMINISTRO DE USO ZOOTECNICO PARA LA CAMPAÑA DE VACUNACION CANINA 2025 EN LA UNIDAD DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS, DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL EN LA SEDE ADMINISTRATIVA EN LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES**

<b>5. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 866
Área Usuaría	UNIDAD DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS
<b>6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
Denominación de la contratación	
SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL.	
Finalidad Pública	
El presente servicio tiene por finalidad dotar material impreso a los diferentes Establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud, a fin de que sirva de insumo para el logro de los objetivos.	
Antecedentes	
La Unidad de Higiene Alimentaria y Zoonosis es la encargada de realizar la vigilancia y control de enfermedades zoonóticas como hidrofobia (rabia), de animales domésticos y silvestres para la cual se realizan campañas anuales de vacunación canina, vigilancia y control de rabia silvestre, leptospira y otras enfermedades zoonóticas por tanto se debe contar con los alimentos y bebidas para el personal que realiza dichas actividades de campo programadas.	
Objetivo de la contratación	
Dotar de diferentes registros de impresión, para complementar el trabajo a realizar la Campaña de Vacunación Antirrábica Canina VANCAN 2025.	
Términos de Referencia	
Servicio de Impresión en General <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño: Camel de Vacunación antirrábica Canina</li> <li>• Cantidad : 38.000 und.</li> <li>• Hojas de Registro de Vacunación (Block x 100 und).</li> <li>• Cantidad : 6 und.</li> <li>• Gigantografías alusivas a la campaña de Vacunación Canina 2025.</li> <li>• Cantidad: 10 und.</li> <li>• Gorras con Logo de Vacunación Canina 2025.</li> <li>• Cantidad: 60 und</li> </ul>	
Lugar de ejecución	
El contratista efectuará la entrega correspondiente en la Av. Fernando Belaunde Terry Mz x Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela – Tumbes, debiendo coordinar dicha entrega con el encargado de la Unidad de Higiene Alimentaria y Zoonosis en horario de Oficina.	
Plazo de ejecución	
El servicio material de la presente se prestará quince días (15) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de recepcionada la orden de servicio.	
Plazo máximo de responsabilidad del contratista	
N/A	



<b>Entregables/Resultados</b>
N/A
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones( * )</b>
EL ENCARGADO DE LA UNIDAD DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS
<b>Supervisión</b>
EL ENCARGADO DE LA UNIDAD DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS
<b>Conformidad</b>
SE REALIZARA DESPUES DE REALIZADA LA PRESTACION Y SOLO UNA VEZ OTORGADA LA CONFORMIDAD.
<b>7. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Condiciones y modalidades de pago</b>
EL PAGO DE REALIZARÁ DESPUÉS DE REALIZADA LA PRESTACIÓN Y SOLO UNA VEZ OTORGADA LA CONFORMIDAD.
<b>8. OTROS</b>
<b>Propiedad intelectual( * )</b>
N/A
<b>Confidencialidad( * )</b>
N/A
<b>Penalizaciones aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.



  
**Dr. RIGOBERTO MORAN CRUZ**  
 VºBº y Sello  
 Jefe del Área Usuaria

.....  
 Firma y Sello  
 Jefe de la Oficina o Dirección

**REG. DOC. 02210564**

**REG- EXP 01922267**

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000000700

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 941502 AREA DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS

Fecha de Solicitud: 04/03/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) SOLICITO SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, PARA SER DISTRIBUIDO A LOS RESPONSABLES DE ZONOSIS DE LOS EE.SS.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

APROBADO / PROGRAMACIÓN

10 MAR 2025

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES



GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
DIRECCION DE LOGISTICA DE ADMINISTRACION

06 MAR 2025

REVISOR: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_  
FIRMA: *[Signature]*

PROVEIDO: *[Signature]*

ASEA: *[Signature]*

ASUNTO: *atención*



TEC/Rigoberto Moran Cruz  
UNIDAD DE HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS

Firma: Responsable del Área Usuaria

GOBIERNO REGIONAL de Tumbes  
DIRECCION Regional de Salud Tumbes  
DIRECCION DE LOGISTICA

06 MAR 2025

HORA: 18:00  
Firma: *[Signature]*

6-03-25

FECHA



**ANEXO N° 2**  
**TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		Pedido de Servicio N° 000936	
Área Usuaría		ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DEL COMPONENTE DE PREVENCIÓN DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Contratación para el servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico, para la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles de la DIRESA Tumbes.			
<b>Finalidad Pública</b>			
Proveer de formatos, fichas, libros y material didáctico a los responsables de la Estrategia Sanitaria De Daños No Transmisibles de los establecimientos de salud de la DIRESA Tumbes, a fin de que sirva de insumo, para informar, educar y comunicar a la población mediante actividades preventivas promocionales impulsadas desde los EE.SS., y así lograr que el personal profesional de la salud cumpla con los objetivos institucional.			
<b>Antecedentes</b>			
La Dirección Regional de Salud Tumbes, tiene una política basada en la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario que se requiere las necesidades urgentes en el desarrollo de las actividades.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Contratar a una persona natural y/o jurídica que se orienta al servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico en forma responsable y puntual en la entrega de los pedidos.			
<b>Características y condiciones</b>			
<b>Características mínimas</b>			
N°	DETALLE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	Rotafolios de hipertensión arterial	Unidad	15
2	Rotafolio complicaciones de diabetes	Unidad	15
3	Cartillas informativas full color (varias)	Millar	1
4	Folletería varios de enfermedades no transmisibles para las diferentes campañas de salud	Millar	5
<b>Coordinar con el Area Usuaría</b>			
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>			
El servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico serán entregadas en la oficina de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega			
<b>Plazo de entrega</b>			
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendarios, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.			
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>			
N/A			
<b>Coordinaciones</b>			
Se realizará las coordinaciones con el Coordinador Regional de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles o quien haga sus veces.			



**Conformidad**

Dara la Conformidad el Coordinador Regional de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles o quien haga sus veces.

La conformidad que corresponde a este requerimiento no está supeditada a la determinación de los precios que es responsabilidad expresamente del área de abastecimiento, por lo tanto eximimos toda responsabilidad que se vincule al respecto.

**4. CONDICIONES DE PAGO****Forma de pago**

El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.

**5. OTROS****Penalidades aplicables**

Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



V°B° y Sello  
del Área Usuaría



**ANEXO N° 2****TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>01.- SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000941
ÁREA USUARIA	PROGRAMA DE CÁNCER
<b>02.- DESCRIPCIÓN DEL BIEN</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el servicio de atención de impresiones para las actividades del programa de cáncer, afectar a la meta 66. Material que será distribuido a los profesionales de los establecimientos de salud.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se necesita la compra de material impreso para las actividades de tamizaje en los establecimientos de salud, dirigidas a la población tumbesina, material que será distribuido a los establecimientos de salud.	
<b>Antecedentes.</b>	
Para el 2030 la OMS estima que 21.3 millones de personas desarrollarán la enfermedad y 13.1 millones de personas morirán según GLOBOCAN 2012 estima que el Perú tendrá una incidencia de 42.846 mil en los diferentes tipos de cáncer y una tasa de mortalidad de 26,165 mil. Motivo por el cual es necesario seguir fortaleciendo las acciones de promoción de la salud y acciones preventivas promocionales, para esta enfermedad con el propósito principal de disminuir y controlar la morbilidad en nuestra población.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Fortalecer las acciones, estratégicas para la prevención y control del cáncer en la región tumbes, a través de la detección precoz y oportuna.	
<b>Características y condiciones</b>	
Características mínimas del bien. <ul style="list-style-type: none"><li>• 85 und. De cuaderno tipo agenda, con lemas alusivos a la prevención del cáncer, anillado de 100 hojas.</li></ul>	
<b>0.3.- PRESTACIÓN DEL BIEN</b>	
<b>PERFIL MINIMO REQUERIDO.</b>	
Contratar el servicio de una persona natural y/o jurídica que se oriente a brindar la atención en diseño y elaboración de impresiones, con experiencia de 2 años en la atención y distribución de material, garantizando la calidad del producto en muy buen estado.	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El plazo de entrega del bien será de diez días (10) calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	






N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora de la estrategia sanitaria sobre los modelos y ante cualquier eventualidad.
<b>Conformidad</b>
La dará la coordinación del programa de cáncer o quien haga sus veces.
<b>04.- CONDICIONES DE PAGO.</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>05.- OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES  
  
Obsta. Mg. Eslihy J. Yacila Prefado  
COORDINADORA REGIONAL DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

**ANEXO N° 2**  
**TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		Pedido de Servicio N° 000942	
Área Usuaría		ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DEL COMPONENTE DE PREVENCIÓN DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Contratación para el servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico, para la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles de la DIRESA Tumbes.			
<b>Finalidad Pública</b>			
Proveer de formatos, fichas, libros y material didáctico a los responsables de la Estrategia Sanitaria De Daños No Transmisibles de los establecimientos de salud de la DIRESA Tumbes, a fin de que sirva de insumo, para informar, educar y comunicar a la población mediante actividades preventivas promocionales impulsadas desde los EE.SS., y así lograr que el personal profesional de la salud cumpla con los objetivos institucional.			
<b>Antecedentes</b>			
La Dirección Regional de Salud Tumbes, tiene una política basada en la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario que se requiere las necesidades urgentes en el desarrollo de las actividades.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Contratar a una persona natural y/o jurídica que se orienta al servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico en forma responsable y puntual en la entrega de los pedidos.			
<b>Características y condiciones</b>			
<b>Características mínimas</b>			
<b>Nº</b>	<b>DETALLE</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD</b>
1	Impresión de Normas sanitaria y guías sanitarias	Unidad	60
2	Libros de registro de pacientes de Daños no transmisibles	Unidad	42
3	Flujogramas de atención del paciente con diabetes	Unidad	50
4	Flujogramas de atención del paciente con diabetes	Unidad	50
5	Flujogramas de atención del paciente Hipertenso	Unidad	50
6	Cartillas enmicadas full color (Varios)	Millar	2
7	Formato HIS	Block	200
8	Rotafolio de la Estrategia daños no transmisibles	Unidad	15
<b>Coordinar con el Area Usuaría</b>			
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>			
El servicio de impresiones en general como formatos, fichas, libros y material didáctico serán entregadas en la oficina de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega			
<b>Plazo de entrega</b>			
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendarios, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.			
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>			
N/A			



**Coordinaciones**

Se realizará las coordinaciones con el Coordinador Regional de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles o quien haga sus veces.

**Conformidad**

Dara la Conformidad el Coordinador Regional de la Estrategia Sanitaria Regional Del Componente De Prevención De Daños No Transmisibles o quien haga sus veces.

La conformidad que corresponde a este requerimiento no está supeditada a la determinación de los precios que es responsabilidad expresamente del área de abastecimiento, por lo tanto eximimos toda responsabilidad que se vincule al respecto.

**4. CONDICIONES DE PAGO****Forma de pago**

El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.

**5. OTROS****Penalidades aplicables**

Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria



## ANEXO N° 2

### TERMINOS DE REFERENCIA

<b>01.- SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000946
ÁREA USUARIA	PROGRAMA DE CÁNCER
<b>02.- DESCRIPCIÓN DEL BIEN</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el servicio de atención de impresiones para las actividades del programa de cáncer, afectar a la meta 67. Material que será distribuido a los profesionales de los establecimientos de salud. En el marco del día mundial del cáncer de cuello uterino.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se necesita la compra de material impreso para las actividades de tamizaje en los establecimientos de salud, dirigidas a la población tumbesina, material que será distribuido a los establecimientos de salud.	
<b>Antecedentes.</b>	
Para el 2030 la OMS estima que 21.3 millones de personas desarrollarán la enfermedad y 13.1 millones de personas morirán según GLOBOCAN 2012 estima que el Perú tendrá una incidencia de 42.846 mil en los diferentes tipos de cáncer y una tasa de mortalidad de 26,165 mil. Motivo por el cual es necesario seguir fortaleciendo las acciones de promoción de la salud y acciones preventivas promocionales, para esta enfermedad con el propósito principal de disminuir y controlar la morbilidad en nuestra población.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Fortalecer las acciones, estrategias para la prevención y control del cáncer en la región tumbes, a través de la detección precoz y oportuna.	
<b>Características y condiciones</b>	
Características mínimas del bien. <ul style="list-style-type: none"><li>• 300 und. De bolso publicitario de tedron con lemas alusivos a la prevención del cáncer.</li></ul>	
<b>0.3.- PRESTACIÓN DEL BIEN</b>	
<b>PERFIL MINIMO REQUERIDO.</b>	
Contratar el servicio de una persona natural y/o jurídica que se oriente a brindar la atención en diseño y elaboración de impresiones, con experiencia de 2 años en la atención y distribución de material, garantizando la calidad del producto en muy buen estado.	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El plazo de entrega del bien será de cinco días (7) calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	



N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora de la estrategia sanitaria sobre los modelos y ante cualquier eventualidad.
<b>Conformidad</b>
La dará la coordinación del programa de cáncer o quien haga sus veces.
<b>04.- CONDICIONES DE PAGO.</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>05.- OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES

Obsta. Mg. Esly J. Yacila Preciado  
COORDINADORA REGIONAL DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO 2

### TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS DE FOTOCOPIADO, IMPRESIONES Y ESCANEADO

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000955
Área Usuaria	LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD TUMBES
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Contratación del Servicio de impresiones en general de formatos de resultados para los diferentes EESS.	
<b>Finalidad Pública</b>	
La Dirección Regional de Salud Tumbes, cuenta con la Dirección Regional de Laboratorio de Referencia Regional, el cual realiza el diagnóstico de enfermedades transmisibles y no transmisibles, para la atención de los pacientes asegurados de los diferentes EESS de la DIRESA TUMBES.	
<b>Antecedentes</b>	
La Dirección Regional de Salud Tumbes, tiene una política basada en la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario que se requiere las necesidades urgentes en el desarrollo de las actividades que se encuentran considerados dentro del POI del año fiscal 2025.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Abastecer de Material impreso para la Dirección del Laboratorio Referencial de Salud de Tumbes de la DIRESA Tumbes.	
<b>Termino de Referencia</b>	
<b>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERVICIO DE IMPRESIONES DE FORMATOS DE LABORATORIO:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 4,000 FORMATOS DE BIOQUIMICA.</li> <li>➤ 4,000 FORMATOS DE PARASITOLOGIA.</li> <li>➤ 4,000 FORMATOS DE HEMATOLOGIA.</li> <li>➤ 4,000 FORMATOS URUOANALISIS.</li> <li>➤ 4,000 FORMATOS PARASITOLOGIA SERIADO</li> <li>➤ 4,000 FORMATOS VARIOS</li> </ul> </li> <li>• 2,000 CARNET DE SALUD IMPRESOS EN CARTULINA EN AMBOS LADOS. MEDIDAS ALTURA 7 CM X 9 CM DE ANCHO, ENUMERADOS DEL 2201 AL 4,201</li> </ul>	
COORDINAR CON EL AREA USUARIA.	
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Lugar de ejecución</b>	
El contratista efectuara el recojo correspondiente en la Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; debiendo coordinar con la Dirección del Laboratorio de Referencia de Salud Pública.	
<b>Plazo de ejecución</b>	
La entrega se efectuará a los siete (07) días calendarios, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	
N/A	





<b>Entregables/Resultados</b>
Deberá entregar un informe detallando el servicio realizado.
<b>Otras obligaciones del Contratista(*)</b>
N/A
<b>Coordinaciones(*)</b>
Director de Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública.
<b>Supervisión(*)</b>
Director de Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública.
<b>Conformidad(*)</b>
Director de Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Condiciones y modalidades de pago</b>
El pago se realizará después de realizada la prestación y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Propiedad intelectual (*)</b>
N/A
<b>Confidencialidad (*)</b>
N/A
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

BLGA. KARIN JUMET LEON QUESADA  
DIRECTORA DEL LABORATORIO DE REFERENCIA  
REGIONAL DE SALUD PUBLICA DE TUMBES


**MINISTERIO DE SALUD**  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

**CARNET DE SALUD**  
 LR- Nº 002028

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

1er. SEMESTRE	1er. SEMESTRE
D.N.I. N° _____	D.N.I. N° _____
HIST. CLINICA N° _____	HIST. CLINICA N° _____
Presentarse a este servicio el día _____	Presentarse a este servicio el día _____
de _____ del 202 _____	de _____ del 202 _____
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO



ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000989

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 13886 LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD TUMBES

Fecha de Solicitud: 13/03/2025

Código Item N.-	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	Servicio		EXCLUSIÓN		CANTIDAD Y/O VALORES		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100051553	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, IMPRESIONES Y ESCANEADO		0.00	0.00	0.00	0.00				

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SOLICITO LA APROBACION DEL ANEXO PARA EL SERVICIO DE FOTOCOPIADO, IMPRESIONES Y

ESCANEADO META 146 FTE FTO RO.

De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

BLGA. KARIN JUNEY LEON QUESADA  
DIRECTORA DEL LABORATORIO DE REFERENCIA  
REGIONAL DE SALUD TUMBES

Firma: Responsable del Área Usuaria

PROBADO / PROGRAMACIÓN

14 MAR 2025

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES



IN DE MERCADO PARA EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PS-525 / PS-526  
/ PS-714 / PS-716 / PS-718 / PS-737 / PS-747 / PS-749 / PS-844 / PS-848

aciones@diressatumbes.gob.pe>

rl@hotmail.com>, <casa\_del\_sello@hotmail.com>, <Rivera\_26\_24@hotmail.com>, Floresfarfansegundoteodulo

rfansegundoteodulo@gmail.com>

03 06:45 PM

24 KB) [PS 525.pdf(~857 KB)] [PS 526.pdf(~873 KB)] [PS 712.pdf(~655 KB)] [PS 713.pdf(~652 KB)]

16.pdf(~627 KB) [PS 718.pdf(~622 KB)] [PS 737.pdf(~585 KB)] [PS 747.pdf(~593 KB)] [PS 749.pdf(~652 KB)]

48.pdf(~543 KB)

B Reciban nuestro cordial saludo desde el área de adquisiciones- oficina de logística de la Dirección Regional de Salud de  
T comunicación con uds, es para hacerle la extensiva invitación para la indagación de mercado referentes a los pedidos por  
le 8 horas ( computados desde su notificación como máximo remitan sus propuestas económicas ( COTIZACIONES) de  
a **ESPECIFICACIONES TECNICAS**, por el presente con el fin de poder evaluar y determinar la indagación de mercado.

Deberá anexar a su propuesta económica (cotización) la misma que deberá señalar a detalle la **DESCRIPCION DEL PRODUCTO** a  
cotizar, **GARANTIA, VENCIMIENTO, MARCA, PROCEDENCIA**, SEGUN CORRESPONDA, además expresarse en días calendarios, garantía, firma y  
sello del representante de las empresas adicional deberá anexar **FICHA RUC, CARTA DE AUTORIZACION DE ABONO (CCI), REGISTRO  
NACIONAL DE PROVEEDORES, (RNP), DECLARACION JURADADA DE CONTAR CON IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO** que  
deberá adjuntar al presente correo y debe estar sellada y firmada por el representante de la empresa y otras información relevante que su  
representada desea adicionar.

**BIEN EL PEDIDO ADJUNTO, Y SEGUIR EL TDR INDICADO**

Quedamos a la espera de su pronta respuesta

Atentamente,

LTC. MANUEL NAMUCHE SERNAQUE  
ADQUISICIONES  
CEL. 927529840

Quedamos a la espera de su pronta respuesta

Atentamente,

CPC. WILSON G. BARRETO SILVA  
DIRECTOR DE LOGISTICA  
CEL. 913042556



**TERMINOS DE REFERENCIA DEL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, PARA LA  
COORDINACIÓN REGIONAL DE SALUD NEONATAL**

<b>01. SOLICITANTE</b>	
REFERENCIA PEDIDO SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 00525
ÁREA USUARIA	ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - COMPONENTE DE SALUD NEONATAL
<b>02. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	
SOLICITO EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>FINALIDAD PÚBLICA</b>	
SE NECESITA EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>ANTECEDENTES</b>	
N/A DEVOLVER	
<b>OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN</b>	
SE REQUIERE EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DEL SERVICIO:</b>	
✓ 100 BLOCKS FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS DEL RECIEN NACIDO	
PREVIA COORDINACION CON EL AREA USUARIA	
<b>03. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA</b>	
LOS SERVICIOS SERÁN ENTREGADOS EN LA OFICINA DEL COMPONENTE NEONATAL DE LA DIRESA TUMBES, SITIO: AV. FERNANDO BELAUNDE TERRY MZ X LT 1-10, URB. JOSÉ LISHNER TUDELA.	





EL PLAZO DE ENTREGA DEL SERVICIO SERÁ DIEZ (10) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO

PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

N/A

COORDINACIONES

SE REALIZARÁ LAS COORDINACIONES CON LA COORDINADORA DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CONFORMIDAD

LA DARÁ LA COORDINACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES.

#### 04. CONDICIONES DE PAGO.

FORMA DE PAGO

EL PAGO SE REALIZARÁ DESPUÉS DE REALIZADA LA ADQUISICIÓN Y SOLO UNA VEZ OTORGADA LA CONFORMIDAD.

#### 05. OTROS

PENALIDADES APLICABLES

PENALIDAD POR MORA POR CADA DÍA DE ATRASO, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO EQUIVALENTE DEL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO VIGENTE.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

  
GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
Mag. Jacqueline Rosa Puerto Dominguez  
COORDINADORA REGIONAL DEL COMPONENTE NEONATAL  
C.E.P. 51822

VºBº y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina de Dirección



**TERMINOS DE REFERENCIA DEL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, PARA LA  
COORDINACIÓN REGIONAL DE SALUD NEONATAL**

<b>06. SOLICITANTE</b>	
REFERENCIA PEDIDO SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 00526
ÁREA USUARIA	ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - COMPONENTE DE SALUD NEONATAL
<b>07. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>	
SOLICITO EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>FINALIDAD PÚBLICA</b>	
SE NECESITA EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>ANTECEDENTES</b>	
N/A DEVOLVER	
<b>OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN</b>	
SE REQUIERE EL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LAS OPERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AFECTARSE A LA META 015 SEGÚN LA R.J N°009-2025/SIS, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 4-13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (D Y T), QUE SERVIRÁ PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	
<b>CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DEL SERVICIO:</b>	
✓ 150 BLOCKS FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS DEL RECIEN NACIDO	
<b>PREVIA COORDINACIÓN CON EL AREA USUARIA</b>	
<b>08. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA</b>	
LOS SERVICIOS SERÁN ENTREGADOS EN LA OFICINA DEL COMPONENTE NEONATAL DE LA DIRESA TUMBES, SITIO: AV. FERNANDO BELAUNDE TERRY MZ X LT 1-10, URB. JOSÉ LISHNER TUDELA.	





**PLAZO DE ENTREGA**

EL PLAZO DE ENTREGA DEL SERVICIO SERÁ DIEZ (10) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE NOTIFICADA LA ORDEN DE SERVICIO

**PLAZO MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA**

N/A

**COORDINACIONES**

SE REALIZARÁ LAS COORDINACIONES CON LA COORDINADORA DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**CONFORMIDAD**

LA DARÁ LA COORDINACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD NEONATAL, QUE ESTÁ BAJO EL ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES.

**09. CONDICIONES DE PAGO.**

**FORMA DE PAGO**

EL PAGO SE REALIZARÁ DESPUÉS DE REALIZADA LA ADQUISICIÓN Y SOLO UNA VEZ OTORGADA LA CONFORMIDAD.

**10. OTROS**

**PENALIDADES APLICABLES**

PENALIDAD POR MORA POR CADA DÍA DE ATRASO, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO EQUIVALENTE DEL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO VICENTE.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

  
GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
  
Mag. Jackeline Rosa Aguirre Dominguez  
COORDINADORA REGIONAL DEL COMPONENTE NEONATAL  
C.F.P. 51442

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°000712		
Área Usaria	OFICINA DE SEGUROS		
Unidad Ejecutora	DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES		
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°006 - R/J N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<b>Características mínimas del Servicio</b>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	720	UNIDAD
2	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	150	UNIDAD
3	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	458	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 720 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 150 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 458 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Anny Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
Firma y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

ANEXO N° 05: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000000616

UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 9411 OFICINA DE SEGUROS  
Fecha de Solicitud: 28/02/2025

Código Item N.º	ITEM Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	25,000.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27): SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES ASEGURADOS AL SEGUROS INTEGRAL DE SALUD. AFECTAR R.J. N°009-2025-SIS/J DYT.  
De ser el caso, indicar el/los año(s) que corresponda(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:

  
GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
Dr. Abog. Nelly del Carmen Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS

Firma: Responsable del Área Usuaria

PROVEIDO JEL AREA DE LOGISTICA

ASEA.	GOBIERNO REGIONAL TUMBES
ASUNTO:	DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES
	DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
	03 MAR 2025
FECHA:	REC. N°
	HORA: 10:00
FIRMA:	

APROBADO / PROGRAMACIÓN

04 MAR 2025

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES





PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de Salud - Tumbes

## FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

CÓDIGO RENAES

AÑO

NÚMERO DE FORMATO

0000013886

25

Nº 005192

## DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

0000013886

LABORATORIO REFERENCIAL TUMBES

PERSONAL QUE ATIENDE

LUGAR DE  
ATENCIÓN

ATENCIÓN

REFERENCIA REALIZADA POR

DE LA IPRESS	CÓDIGO DE AISPED	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS	Nº HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
AISPED			EMERGENCIA			

## DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS		
TDI	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN		
				COD. SEGURO		
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES		
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					
FEMENINO						
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

## DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA	MES	AÑO		
DIA	MES	AÑO						DE INGRESO					
								DE ALTA					
								DE CORTE ADMINISTRATIVO					
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		Nº FUA A VINCULAR									
CONCEPTO PRESTACIONAL													
ATENCIÓN DIRECTA						SEPELIO							
						NATIMUERTO						OBITO	OTRO

## DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	

## SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE	Nº HOJA DE REFER / CONTRARR.

## ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (Kg/m2)	P.A.B. (cm)	VACUNAS Nº DE DOSIS				
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR						
CPN (Nº)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED Nº		JOVEN Y ADULTO	BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA		
EDAD GEST	APGAR 1º	R.N. PREMATURO		EVALUACIÓN INTEGRAL	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC		
ALTERA LUTERINA	5º	TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA COMPLETAS PARA LA EDAD (410)	SI	NO
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER	VACAM	ASA	ROTAVIRUS	VPH		
CONTROL PUERP (Nº)	TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS		CONSEJERIA NUTRICIONAL	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	SR	DT ADULTO (Nº DOSIS)	OTRA VACUNA		
HB. GLUCOSILADA (mg/dL)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		PAT. NOR.	HVB	IPV	PENTAVAL		
DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (mg/L)		CONSEJERIA INTEGRAL			GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEGUROS 3. HSB 4. PRONTO LIBERTAD 5. PP. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POUJANFLANFLAN 9. OROSCO DEPENDIENTES		

## DIAGNÓSTICOS

Nº	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO	
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P	D	R	D	R
2		P	D	R	D	R
3		P	D	R	D	R
4		P	D	R	D	R
5		P	D	R	D	R

Nº DE DNI

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nº DE COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

ESPECIALIDAD

Nº RNE

EGRESADO

1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO.

FIRMA

ASEGURADO

REPRESENTANTE



INSUMOS COMPLEMENTARIOS

ASOCIAMARA DE PLASTICO ARMADO	UNID	26412	KID DE ROMPA DESCARTABLE PARA PARTOS X12 PIEZAS	UNID	33369
-------------------------------	------	-------	---	------	-------

LABORATORIO		RS. INTERIADO (2 PLACAS)	72090	RS. PIE (2 PLACAS)	72620
		RS. CORN. O. B. C. A. M. H.	73670	RS. PIEDRA (2 PLACAS)	73590

No			E			Ux			MD			E			Dr.																				
R3 COLUMNA VENTRAL COMPLETA 2 PUNCA3									TAB99									RX RIGNLLA(2 PLACAS)									72568								
R3 COLUMNA AGENTES 3 NER3									70250									RX SIMPLE DE ABDOMEN									70068								

Poliozosteria familiar	3610001
Refinanciación a medio plazo de la deuda	32015

ITEM	DETALHE	QTD	VALOR	TOTAL
1	Resinagem de uma superfície com resina de peças dentárias autônomas	1	123,90	123,90

[illegible]

Destrucción	0176					OBSERVACIONES
Distribución de la muestra en el área	90177					

Determinación de la actividad visual	99,72
Certeza de número	13,802

[illegible]





MINISTERIO DE SALUD  
PERÚ  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES



## RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

EE SS: \_\_\_\_\_

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

CÓD. AFILIAC. SIS: 3 3 0 DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

### USUARIO

Demanda

SIS

Intervención sanitaria

### ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Odontología

### ESPECIALIDAD MEDICA

Medicina

Cirugía

Gineco-Obstetricia

Pediatría

Otros

Otros: \_\_\_\_\_

Historia Clínica

(CIE-10)

Diagnóstico (Definitivo Presuntivo): \_\_\_\_\_

### Rp.

Producto Farmacéutico o Insumo  
(Obligatorio DCI o Equivalente para Insumo)

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



MINISTERIO DE SALUD  
PERÚ  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES



## RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA INDICACIONES

EE SS: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Producto o Insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

Duración

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



MINISTERIO DE SALUD  
PERU  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

# RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA INDICACIONES

EE SS: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Producto o Insumo: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Sello/Firma/Col. Profesional \_\_\_\_\_ Fecha de atención \_\_\_\_\_ Valido hasta \_\_\_\_\_



MINISTERIO DE SALUD  
PERU  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

# RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

EE SS: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
CÓD. AFILIAC. SIS: 3 3 0 DNI: \_\_\_\_\_  
USUARIO: \_\_\_\_\_  
Demanda SIS: \_\_\_\_\_  
Intervención sanitaria: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_  
Medicina: \_\_\_\_\_  
Cirugía: \_\_\_\_\_  
Gineco-Obstetricia: \_\_\_\_\_  
Pediatria: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
(CIE-10) \_\_\_\_\_

Diagnostico (Definitivo Presuntivo) \_\_\_\_\_  
Rp. \_\_\_\_\_  
Producto Farmacéutico o Insumo (Obligatorio DCI o Equivalente para Insumo) \_\_\_\_\_  
Concentración \_\_\_\_\_ Forma Farmacéutica \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Sello/Firma/Col. Profesional \_\_\_\_\_ Fecha de atención \_\_\_\_\_ Valido hasta \_\_\_\_\_



## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N°000713	
Área Usuaria		OFICINA DE SEGUROS	
Unidad Ejecutora		DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°018 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	720	UNIDAD
2	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	150	UNIDAD
3	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	458	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS

<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 720 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 150 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 458 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplicables, poner N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
Obst. Abog. Yvette del Carmen Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
V.B. y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección



## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N°000714	
Área Usuaria		OFICINA DE SEGUROS	
Unidad Ejecutora		DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°032 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	720	UNIDAD
2	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	150	UNIDAD
3	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	458	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 720 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 150 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 458 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Yvett del Carmen Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N°000716	
Área Usuaria		OFICINA DE SEGUROS	
Unidad Ejecutora		DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°053 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	700	UNIDAD
2	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	356	UNIDAD


 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
  
 Obat. Abog. Ivette del Carriñen Pérez Morales  
 JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 700 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 356 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

  
 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
  
 Dr. Abby Ivette del Carmen Pérez Morales  
 JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
 V.B. y Sello  
 Jefe del Área Usaria

Firma y Sello  
 Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°000718		
Área Usuaria	OFICINA DE SEGUROS		
Unidad Ejecutora	DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES		
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°108 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	700	UNIDAD
2	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	356	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 700 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 356 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. *[Firma]* del Carmen Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
y Sello  
Jefe del Área Usaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N°000737	
Área Usuaría		OFICINA DE SEGUROS	
Unidad Ejecutora		DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Kardex, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°131 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Kardex, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Kardex, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<b>Características mínimas del Servicio</b>			
<b>N°</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>U. MEDIDA</b>
1	MILLARES DE FORMATO KARDEX TAMAÑO 1/2 OFICIO EN AMBOS LADOS EN CARTULINA ESCOLAR IMPRESO A UN SOLO COLOR	27	MILLAR
<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>			
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>			
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega			
<b>Plazo de entrega</b>			
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.			

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBESObst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>27 MILLARES DE FORMATO KARDEX TAMAÑO 1/2 OFICIO EN AMBOS LADOS EN CARTULINA ESCOLAR IMPRESO A UN SOLO COLOR</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A


 GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
  
 Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
 JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS  
 Jefe del Área Usaria

Firma y Sello  
 Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N°000747	
Área Usaria		OFICINA DE SEGUROS	
Unidad Ejecutora		DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°132 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos de Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
<b>N°</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>U. MEDIDA</b>
1	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	223	UNIDAD
<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>			
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>			
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega			
<b>Plazo de entrega</b>			
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.			



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abby, Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>223 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplica, se coloca N/A



GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obst. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS  
V° B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

## ANEXO N° 3

## TERMINOS DE REFERENCIAS

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°000749		
Área Usuaria	OFICINA DE SEGUROS		
Unidad Ejecutora	DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES		
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, para la Oficina de Seguros de la DIRESA Tumbes, afectar a la Meta N°054 - RJ N°009-2025-SIS/J DYT			
<b>Finalidad Pública</b>			
El presente servicio tiene como finalidad proveer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud, para que realicen la labor del llenado del registro de la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios.			
<b>Antecedentes</b>			
El Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas y a la vez busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer de Formatos Únicos de Atención (FUAS) y Recetas Únicas Estandarizadas, a los Establecimientos de Salud de la DIRESA Tumbes, para atención del Paciente Asegurado al Seguro Integral de Salud, estandarizando los procesos de registro de las prestaciones de salud relacionadas a los indicadores prestacionales incluidos en los convenios de gestión a nivel Regional.			
<b>Términos de Referencia</b>			
<u>Características mínimas del Servicio</u>			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	U. MEDIDA
1	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	720	UNIDAD
2	BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.	150	UNIDAD
3	BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, A UN SOLO COLOR.	458	UNIDAD



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - TUMBES

Obt. Abog. Ivette del Carmen Pérez Morales  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS



<b>3. PRESTACIÓN DEL BIEN</b>
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega
<b>Plazo de entrega</b>
La entrega se efectuará a los diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>
N/A
<b>Entregables/Resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 720 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 150 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES X 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR.</li> <li>• 458 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS TAMAÑO 1/2 A4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR.</li> </ul>
<b>Otras Obligaciones del Contratista ( * )</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>Supervisión</b>
N/A
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el Jefe(a) de la Oficina de Seguros o quien haga sus veces
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago de realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique indicar N/A



GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - TUMBES  
Obst. Abog. Ivette del Carmén Pérez Morales  
JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS  
V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

**ANEXO N° 2**  
**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

<b>1. SOLICITANTE</b>			
Referencia Pedido SIGA-MEF		PEDIDO DE SERVICIO N° 000848	
Área Usuaría		ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Denominación de la contratación</b>			
Servicio de impresión de formatería para prestación clínica en población adolescente afiliada al SIS a nivel de la DIRESA Tumbes.			
<b>Finalidad Pública</b>			
Brindar atención integral a adolescentes con intervenciones que incluyan acciones orientadas a la prevención y manejo de anemia y otras deficiencias nutricionales en población adolescente, haciendo uso de formatería impresa que facilite una evaluación clínica óptima; en las diferentes IPRESS del primer nivel de atención de la DIRESA Tumbes - RJ N°009-2025-SIS/J.			
<b>Antecedentes</b>			
N/A			
<b>Objetivo de la contratación</b>			
Abastecer con material Impreso de ayuda a la evaluación clínica para la Etapa de Vida Adolescente de la DIRESA TUMBES.			
<b>Características y condiciones</b>			
<u>Características mínimas del servicio</u>			
N°	FORMATO	CANTIDAD	MEDIDA
1	IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA HISTORIAS CLINICAS: TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA PARA ADOLESCENTES (MASCULINO Y FEMENINO) IMPRESA EN CARTULINA FOLCOTE N°14, A COLOR, CON SOBRE ESPECIAL, TROQUELADO Y PLASTIFICADO, A COLORES.	330	Unidad
SEGÚN MODELO ADJUNTO...COORDINAR DETALLES CON LA COORD. REG. ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE.			
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>Lugar de ejecución</b>			
Los materiales serán entregados en el almacén general de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela; y la forma de entrega en una (01) entrega.			
<b>Plazo de entrega</b>			
La entrega se efectuará a los cinco (05) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.			
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>			



<b>Entregables/Resultados</b>
Tablas de Valoración nutricional según modelo coordinado.
<b>Otras Obligaciones del Contratista</b>
N/A
<b>Coordinaciones</b>
Se realizará las coordinaciones con el coordinador de la Etapa de Vida Adolescente de la DIRESA Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>Conformidad</b>
Dara la Conformidad el coordinador de la Etapa de Vida Adolescente de la DIRESA Tumbes, o quien haga sus veces.
<b>4. CONDICIONES DE PAGO</b>
<b>Forma de pago</b>
El pago se realizará después de realizado el servicio y solo una vez otorgada la conformidad.
<b>5. OTROS</b>
<b>Penalidades aplicables</b>
Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente de 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
Dirección Regional de Salud - Tumbes

*Mg. Jessica Vega Bulladares*  
V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

**TERMINOS DE REFERENCIA DEL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, PARA EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL**

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N° 000016
ÁREA USUARIA	PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD BUCAL
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se necesita el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Antecedentes</b>	
N/A devolver	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Se requiere realizar el Servicio de Impresiones en General (Formatearía) para ser distribuido a lo profesionales responsables de la estrategia de los establecimientos de salud, para las actividades propias de la estrategia.	
<b>Características y condiciones</b>	
<u>Características mínimas del Servicio.</u>	
<b><u>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</u></b>	
<p align="center"><b>GENERAR COMPROMISO DE PAGO AL SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, SEGUN DETALLE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 06 MILLARES DE FICHAS ODONTOESTOMATOLOGIA (FICHAS IMPRESAS DE LADO Y LADO)</li> <li>- 04 MILLARES DE DIPTICOS DE SALUD BUCAL PARA NIÑA Y EL NIÑO</li> <li>- 03 ROLES SCREEM DE SALUD BUCAL</li> </ul> <p align="center"><b>PREVIA COORDINACION CON EL AREA USUARIA.</b></p>	
<b>3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Lugar y condiciones de entrega</b>	
Los bienes serán entregados en el Almacén General de la DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.	
<b>Plazo de entrega</b>	
El plazo de entrega del bien será de Diez (10) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de Servicio.	
<b>Plazo máximo de responsabilidad del contratista</b>	
N/A	
<b>Coordinaciones</b>	
Se realizará las coordinaciones con la coordinadora del Programa de Salud Bucal ante cualquier eventualidad.	
<b>Conformidad</b>	



La dará la coordinación de la coordinadora del Programa de Salud Bucal o quien haga sus veces.

#### 4. CONDICIONES DE PAGO.

##### Forma de pago

El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.

#### 5. OTROS

##### Penalidades aplicables

Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

( \* ) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A.

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Mg. GEORGINA E. DIAZ YONG  
C.O.P. N° 8406  
ESTRAT. SANIT. REGIONAL DE SALUD BUCAL

V°B° y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección

PERÚ

Ministerio  
de Salud

~~DIRESA TUMBES~~  
~~Dirección de Salud Integral~~  
~~de Salud Una Centro~~

Nº DE H.C.: .....  
Nº DE DNI: .....  
TIPO DE SEGURO: .....  
CELULAR: .....

## FICHA ODONTOESTOMATOLOGICA

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA:    /    /                      SEXO:    F       M                      EDAD: [ ]

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_                      GRADO DE INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_                      ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_                      TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

#### A. ESTADO GENERAL

#### ANTECEDENTES OBSTETRICOS

ES GESTANTE? ☐ SI ☐ NO SEMANAS DE GESTACION:  FECHA PROBABLE DE PARTO:

ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES: \_\_\_\_\_ ALERGIA MEDICAMENTOSA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES. P.A. / Pulso Temp. F.C. Frec. Resp. Peso: Talla:

#### EXAMEN CLÍNICO EXTRABUCAL

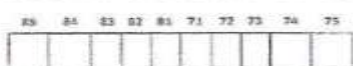
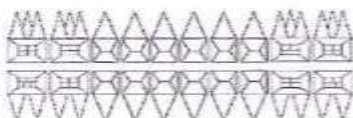
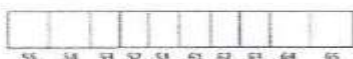
CABEZA: \_\_\_\_\_  
CARA: \_\_\_\_\_  
CUELLO: \_\_\_\_\_  
ATM: \_\_\_\_\_  
LABIOS Y COMISURA LABIAL: \_\_\_\_\_

### C. EXAMEN CLINICO INTRABUCAL

MUCOSA: \_\_\_\_\_  
GLANDULA SALIVAL: \_\_\_\_\_  
ENCIA: \_\_\_\_\_  
LENGUA: \_\_\_\_\_  
PALADAR: \_\_\_\_\_  
OCCLUSIÓN: \_\_\_\_\_

## ODONTOGRAMA INICIAL

FECHA:



### RIESGO DE CARIES

USO DE CEPILLO DENTAL	HABITUAL	OCASIONAL	NUNCA	
EXPERIENCIA DE CARIES	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas	
CONSUMO DE AZÚCARES	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día	
ESTADO DE HIGIENE (INDICE IHO-S)	BUENA	REGULAR	MALA	
	0 a 1.2	1.3 a 2	3.1 a 6	
INDICE CPOD / ceod	0.0 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 6.5	
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)	PLACA BLANDA	PIEZAS	PLACA DURA	
		V - 1.5		
		V - 1.1		
		V - 2.6		
		V - 3.6		
		V - 3.1		
		L - 4.6		
PROMEDIO				
INDICE DE IHO-S				
Índice CPOD	Cariado (a)	Perdido por caries (b)	Obturado (c)	Índice CPOD (a + b + c)
Total Piezas Permanentes				

## ALTA BASICA ODONTOLOGICA

FECHA DE ALTA:	
----------------	--

ESPECIFICACIONES: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

[illegible]



## FICHA ODONTOESTOMATOLOGICA

[illegible]

## ODONTOGRAMA DE EVOLUCION

FECHA:

0	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

55	54	53	52	51	50	49	48	47	46

[illegible][illegible]

## RIESGO DE CARIES

USO DE CEPILLO DENTAL	HABITUAL	OCCASIONAL	NUNCA	
EXPERIENCIA DE CARIES	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas	
CONSUMO DE AZÚCARES	Hasta 3w/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día	
ESTADO DE HIGIENE (INDICE IHO-S)	BUENA	REGULAR	MALA	
	0 a 1.2	1.3 a 2	3.1 a 6	
INDICE CPD / ceod	0.0 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 6.5	
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)	PLACA BLANDA	PIEZAS	PLACA DURA	
		V - 1.6		
		V - 1.1		
		V - 2.6		
		V - 3.6		
		V - 3.1		
		L - 4.6		
PROMEDIO				
INDICE DE IHO-S				
Índice CPD	Cariado (a)	Perdido por caries (b)	Obturado (c)	Índice CPD (a + b + c)
Total Piezas Permanentes				

## ALTA BASICA ODONTOLOGICA

FECHA DE ALTA:

**ESPECIFICACIONES:**

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Profesional (Año 20\_\_ )



# Importancia de los dientes de leche

Si los perdemos antes de tiempo, existe el riesgo de que los dientes permanentes crezcan **desalineados o con apiñamiento.**

## Consejos de alimentación para una buena salud

**Retrasa al máximo** la introducción de azúcares en la dieta de tu niña o niño.



**Evita brindarle de manera excesiva carbohidratos** como golosinas, bebidas azucaradas, entre otros.



**Bríndale alimentos saludables** como frutas, verduras, cereales, etc.



## Salud bucal para la niña y el niño



**Cepíllate los dientes como mínimo 2 veces al día**

Para más información llama gratis al 113 SALUD



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



# Importancia de la salud bucal en los niños



La presencia de caries y la pérdida de dientes antes de tiempo, ocasiona mala posición de los mismos, así como infecciones que provocan problemas para comer y dormir, un riesgo de retraso en el crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

## Pasos para una correcta higiene bucal

1



Lávate las manos con agua y jabón, antes de la higiene bucal.

2



Colócate detrás de la niña o niño en una posición que mantenga su cabeza apoyada en tu pecho.

3



De ser posible antes del cepillado limpia entre los dientes con hilo dental o cepillo interdental.

4



Cepilla sus dientes con pasta dental fluorada. La cantidad para menores de 3 años es del tamaño de un granito de arroz.

5



La cantidad para mayores de 3 años es del tamaño de una alverjita.

6



Levanta su labio superior para cepillar bien los dientes de esa zona.

7



Asegúrate que escupa el exceso de pasta dental, que no se enjuague con agua.

8



Si es posible enséñale a usar el enjuague bucal sin alcohol dos veces al día.

### ¿Cuándo debo iniciar a cepillar los dientes de mi niña o niño?

En cuanto erupcione el primer diente de leche.

### ¿A partir de que edad debo llevar a mi hijo al odontólogo?

La visita odontológica debe realizarse antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries.

### ¿Cuánto flúor debe tener la pasta dental para que proteja tus dientes?

La pasta dental debe tener entre 1000 a 1500 ppm (partes por millón) de flúor. Revisar y verifica en los ingredientes antes de comprarla.





**ANEXO N°02**  
**TERMINOS DE REFERENCIA**

<b>1. SOLICITANTE</b>	
Referencia Pedido SIGA-MEF	PEDIDO DE SERVICIO N°000505
ÁREA USUARIA	PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	
<b>Denominación de la contratación</b>	
Solicito el servicio de impresiones en general para el desarrollo de las actividades operativas correspondientes a las atenciones del PAIN – DIRESA TUMBES. Afectarse a la meta 133, por Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios conforme al ejercicio fiscal 2025.	
<b>Finalidad Pública</b>	
Se solicita el servicio de impresiones en general para el desarrollo de las actividades operativas correspondientes a las atenciones del PAIN; debido a que se proporcionan los elementos necesarios para poder ejercer los servicios propuestos contribuyendo al logro de objetivos institucionales e incrementar el bienestar de la población. Afectarse a la meta 133, por Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios conforme al ejercicio fiscal 2025.	
<b>Antecedentes</b>	
N.A.	
<b>Objetivo de la contratación</b>	
Se requiere contratar una persona natural o jurídica dedicada a prestar el servicio de impresiones en general para el desarrollo de las actividades operativas correspondientes a las atenciones del PAIN – DIRESA TUMBES. Afectarse a la meta 133, por Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios conforme al ejercicio fiscal 2025.	
<b>Características y condiciones</b>	
Características mínimas del servicio.	
<b>&gt; SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL</b>	
<b>A) LINEAS GRAFICAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Peso para la longitud Niños</u></li> <li>• <u>Peso para la longitud Niñas</u></li> <li>• <u>Peso para la edad Niños</u></li> <li>• <u>Peso para la edad Niñas</u></li> <li>• <u>Peso para la estatura Niños</u></li> <li>• <u>Peso para la estatura Niñas</u></li> <li>• <u>Gráficos de Perimetro cefálico Niños</u></li> <li>• <u>Gráficos de Perimetro cefálico Niñas</u></li> </ul>	
Tamaño: Juegos de 4 hojas A4 full color, impreso por ambas partes de la hoja.	
Cantidad: 9 millares APROX.	
Coordinar con el área usuaria previa impresión, para otorgar la línea gráfica correspondiente.	
<b>B) GIGANTOGRAFIA BANDEROLA</b>	
Características:	
Cantidad: 6 unidades Aprox.	
Medidas: 3M X 2	
Coordinar con el área usuaria previa impresión, para otorgar la línea gráfica correspondiente.	
<b>C) BANNER ROLLER SCREEN</b>	
Características:	
Cantidad: 04 Unidades Aprox.	
Medidas: 2 x 1 M	
Coordinar con el área usuaria correspondiente para proporcionar línea gráfica.	
<b>D) FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN HIS MIS BLOCK X 100 HOJAS</b>	
Tamaño: Hoja A4 full color, impreso por ambas partes de la hoja.	
Cantidad: 5 millares APROX.	
Coordinar con el área usuaria previa impresión, para otorgar la línea gráfica correspondiente.	
<b>E) CUADERNILLOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DIARIAS</b>	
Cantidad: 106 unidades	



Coordinar con el área usuaria previa impresión, para otorgar la línea gráfica correspondiente.

### 3. PRESTACIÓN DEL SERVICIO

#### Lugar y condiciones de entrega

Los servicios serán entregados en el Programa de Atención Integral del Niño -DIRESA Tumbes, sitio: Av. Fernando Belaunde Terry Mz X Lt 1-10, Urb. José Lishner Tudela.

#### Plazo de entrega

El plazo de entrega del servicio será de siete (7) días calendario, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.

#### Plazo máximo de responsabilidad del contratista

N/A

#### Coordinaciones

Se realizará las coordinaciones con la coordinadora del Programa ante cualquier eventualidad.

#### Conformidad

La dará la coordinación del Programa de Atención Integral del Niño o quien haga sus veces.

### 4. CONDICIONES DE PAGO.

#### Forma de pago

El pago se realizará después de realizada la adquisición y solo una vez otorgada la conformidad.

### 5. OTROS

#### Penalidades aplicables

Penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente del 10% del monto del contrato vigente.

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A

VºBº y Sello  
Jefe del Área Usuaria

Firma y Sello  
Jefe de la Oficina o Dirección



UNIDAD EJECUTORA : 400 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000940

Centro de Costo: 04131400 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Fecha de Solicitud: 17/02/2025

Código Item N.	ITEM Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
			Cantidad Total	Valor Total \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/
500100050051	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	5,557.00

Sustento para la aprobación de modificaciones del CMN, al día hábil siguiente de su presentación (numeral 27.4 del artículo 27) SOLICITO LA INCLUSIÓN DE IMPRESIONES PARA LAS ACTIVIDADES VINCULADAS A LA ENTRENADA NIÑO DE DIRESA TUMBES, AFECTAR A LA MEVA 153, FFIRB R.O.

De ser el caso, indicar el(los) que corresponden(n) realizar la inclusión o exclusión de la programación:

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser empleados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 3/ El campo de "cantidad total" es completa solo en el caso de bienes.
- 4/ La presente información tiene carácter de declaración jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación del Área usuaria, se suscribe:



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

DRA. SHELLEY SABEL MOCOLLÓN ROSALES  
ESPECIALISTA EN REGISTRO Y ESTADÍSTICA  
DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL  
COORDINADORA REGIONAL DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO

Firma: Responsable del Área Usuaria



18 FEB 2025

Gobierno Regional de Tumbes  
Dirección Regional de Salud Tumbes  
DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA

18 FEB 2025

Hora: 15:00 Folio:

Firma:

PROVEIDO DEL AREA DE LOGISTICA

ASEA:

APROBADO / PROGRAMACIÓN

ASUNTO:

21 FEB 2025

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD - TUMBES

FECHA: 18-02-25



[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____)                     (FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB: ____/____/____)                     (FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____)																		
				A	M	PC		PESO		N	N	1.	P	D	R			
				M		Pob		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
				D	F	Pong		HB		R	R	3.	P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																						
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____												
					A	M	OC		PESO			N	N	1		P	D	R				
					M		Polo		TALLA			C	C	2		P	O	R				
					D	F	Pongg		Hb			R	R	3		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HS: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGÍA: ____/____/____												
				A	M	PC		PESO		N	N	L		P	D	R				
				M		Pub		TALLA		C	C	L		P	D	R				
				D	F	Prog		HS		R	R	L		P	D	R				

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
1) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGIA: ____/____/____											
				A	M	PC		PESO		N	N	1.		P	D	R			
				M		Pal		TALLA		C	C	1.		P	D	R			
				D	F	Punq		Hb		R	R	3.		P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____											
				A	M	PC		PESO		N	N	1.		P	D	R			
				M		Pstb		TALLA		C	C	2.		P	D	R			
				D	F	Pstmg		Hb		R	R	3.		P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
D (FECHA DE NACIMIENTO) ____/____/____		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____												
				A	M	PC		PESO		N	N	L		P	D	R			
				N		Pbz		TALLA		C	F			P	D	R			
				D	F	Pancz		Hb		R	R			P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
1) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____											
				A	M	PC		PESO		N	N	1		P	D	R			
				M		Pañ		TALLA		C	C	2		P	D	R			
				D	F	Paring		Lb		H	R	3		P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /							FECHA DE ÚLTIMA REGIA: / /				
					A	M	PC		PESO		N	N	L		P	D	R
					M		Plab		TALLA		C	C	F		P	D	R
					D	F	Pgring		Hb		R	R	B		P	D	R

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE															
FECHA DE NACIMIENTO				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB								FECHA PRÓXIMA REGIA			
				A	M	PC		PESO	N	N	1		P	C	R
				M		Puls	*	TALLA	C	C	2		P	C	R
				D	F	Temper *		Hb	B	B	3		P	C	R

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGIA: ____/____/____											
					A	M	>C		PEZO		M	N		P	D	R			
					M		Pos		TALLA		C	C	Z	P	D	R			
					D	F	Pring		Hb		R	R	L	P	D	R			

[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE														
*FECHA DE NACIMIENTO	FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB								FECHA DE ÚLTIMA REGIA					
	A	M	D	Peso	Talla	H	R	F	P	D	R			
	M		Pob	Talla	C	C	L	P	D	R				
	D		Porot	Hb	R	R	S	P	D	R				



[illegible]