

**BASES ESTÁNDAR  
CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N°**  
02-2025-HVRG-HZ

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**

IMPRESIÓN EN GENERAL FORMATOS, TARJETAS Y FOLDER PARA ATENCIÓN A  
PACIENTES DEL HOSPITAL "VÍCTOR RAMOS GUARDIA" HUARAZ NIVEL II-2 HUARAZ

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

| Nº  | Símbolo   | Descripción  |       |  |
|---|---|--|-------|--|
| 1   | [ABC]   | Es una indicación que debe ser completada o eliminada por la entidad contratante durante la elaboración de las bases conforme a las instrucciones brindadas.   |       |  |
| 2   | <u>[ABC]</u>  | Es una indicación o información que debe ser completada por la entidad contratante con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, al completar los ANEXOS de la oferta. |       |  |
| 3   | <table><tr><td><b>Advertencia</b></td></tr><tr><td>• Abc</td></tr></table>                            | <b>Advertencia</b>   | • Abc | Se refiere a advertencias a tener en cuenta por los evaluadores y los proveedores. No deben ser eliminadas.  |
| <b>Advertencia</b>                            |   |  |       |  |
| • Abc   |   |  |       |  |
| 4   | <table><tr><td><b>Importante para la entidad contratante</b></td></tr><tr><td>• Xyz</td></tr></table> | <b>Importante para la entidad contratante</b>  | • Xyz | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por los evaluadores y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases. |
| <b>Importante para la entidad contratante</b> |   |  |       |  |
| • Xyz   |   |  |       |  |

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

Las bases deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las características del presente documento. De existir algún cambio en el formato como márgenes, fuente, tamaño de letra, entre otros, no acarrea su nulidad, salvo que por el tipo o tamaño de letra impida la lectura por parte de los proveedores.

**INSTRUCCIÓN DE USO:**

Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes, el texto debe quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.

7/11



## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO**

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

## **CAPÍTULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. REFERENCIAS**

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley N° 32069, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF. Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

#### **1.2. ALCANCE**

La presente base estándar correspondiente al procedimiento de selección concurso público abreviado, se utiliza por la entidad contratante para: i) la contratación de servicios según la cuantía establecida en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal correspondiente, ii) la contratación de servicios homologados, iii) servicios de rehabilitación y reconstrucción posterior a emergencias y desastres, iv) la segunda convocatoria de concurso público general o v) la contratación de insumos directamente utilizados en los procesos productivos por las empresas del Estado conforme la Séptima Disposición Complementaria Final de la Ley.



## CAPÍTULO II DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1 ETAPAS DEL CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

Las etapas del presente procedimiento de selección son las siguientes:

| ETAPA  | CARACTERÍSTICAS   | BASE LEGAL  |
|--|---|---|
| a) Convocatoria  | Se realiza a través del SEACE de la Pladicip en la fecha señalada en el cronograma.   | Artículos 63 y 64 del Reglamento.                 |
| b) Registro de participantes   | Aplica lista abierta, por lo que cualquier proveedor puede registrarse como participante en el procedimiento de selección.  | Artículos 65 y 94 del Reglamento.                 |
| c) Cuestionamientos a las bases (consultas, observaciones e integración) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La presentación de consultas y/u observaciones se realiza en un plazo no menor a tres (3) días hábiles contabilizados desde el día siguiente de la convocatoria.</li> <li>2. La absolución de los referidos cuestionamientos y la publicación de las bases integradas se realiza en la fecha prevista en el cronograma del procedimiento de selección.</li> </ol>   | Artículos 66, y 94 del Reglamento.                |
| d) Evaluación de ofertas técnicas y económicas                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La presentación de ofertas se realiza a través del SEACE de la Pladicip en un plazo no menor de tres (3) días hábiles contabilizados desde la publicación de la integración de bases.</li> <li>2. Las ofertas son presentadas por los participantes desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día (hora peruana), según el cronograma del procedimiento de selección; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo con lo requerido en las bases.</li> <li>3. La evaluación de ofertas es <u>SIN PRECALIFICACIÓN</u> y consiste en: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Admisión de las ofertas: Los evaluadores revisan que la oferta contenga los documentos señalados en el Capítulo II de la Sección Específica de las bases, caso contrario la oferta se considera no admitida.</li> <li>b. Revisión de los requisitos de calificación: Los evaluadores califican a los postores verificando que cumplan con los requisitos de calificación detallados en el Capítulo III de la Sección Específica de las bases. Caso contrario la oferta se considera descalificada.</li> <li>c. Evaluación de ofertas técnicas: Los evaluadores aplican los factores de evaluación previstos en el Capítulo IV de la Sección Específica de las bases a las</li> </ol> </li> </ol> | Artículos 68, 72, 73, 74, 75 y 78 del Reglamento. |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>ofertas que cumplen los requisitos de calificación. En la Sección Especifica se prevé un puntaje mínimo en la evaluación técnica para proceder a la evaluación económica de la oferta.</p> <p>d. Evaluación de ofertas económicas: La evaluación de la oferta económica es <u>posterior a la evaluación de la oferta técnica y solo respecto de aquellos proveedores que hubieran obtenido un puntaje mínimo en dicha evaluación.</u></p> <p>4. Todos los actos se realizan a través del SEACE de la Pladicop, incluyendo la subsanación de ofertas.</p>  |   |
| <b>e) Otorgamiento de la buena pro</b> | <p>1. Definida la oferta ganadora, los evaluadores otorgan la buena pro mediante su publicación en el SEACE de la Pladicop, incluyendo los documentos que sustenten los resultados de la admisión, calificación, evaluación y el otorgamiento de la buena pro.</p> <p>2. En caso de haber sorteo por desempate, éste se realiza a través del SEACE de la Pladicop.</p> <p>3. En caso se hayan presentado dos o más ofertas, el consentimiento de la buena pro es publicado a través del SEACE de la Pladicop al día siguiente de vencido el plazo correspondiente para interponer recurso de apelación, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer dicho recurso.</p> <p>En caso de que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.</p> | Artículos 80, 81, 82, 83 y 84 del Reglamento. |

## 2.2 EVALUACIÓN DE OFERTAS ECONÓMICAS QUE SUPEREN LA CUANTÍA DE LA CONTRATACIÓN.

2.2.1. En caso la oferta económica del postor que obtiene el mejor puntaje total supere la cuantía de la contratación, se siguen los siguientes pasos:

- i. La DEC gestiona la solicitud de la ampliación de la certificación o previsión presupuestal correspondiente. De otorgarse la ampliación, se procede a adjudicar la buena pro.
- ii. De no contar con la ampliación de la certificación o previsión presupuestal, los evaluadores negocian con el postor con el mejor puntaje total la reducción del monto o la reducción de las prestaciones o condiciones del requerimiento, conforme al numeral 132.1 del artículo 132 del Reglamento.
- iii. En caso el postor con el mejor puntaje total no aceptase, se procede a negociar con los siguientes postores en orden de prelación. Si el postor que procede en el orden de prelación ofertó un monto por debajo de la cuantía de la contratación, se le adjudica la buena pro.
- iv. En caso el postor que obtuvo el mejor puntaje total reduzca su oferta económica pero



la reducción no se encuentre dentro de la cuantía de la contratación, se solicita la ampliación de la certificación de crédito presupuestario y/o previsión presupuestal correspondiente. En caso se otorgue la ampliación, se adjudica la buena pro. Caso contrario, se puede optar por: negociar con los siguientes postores en el orden de prelación o declarar desierto el procedimiento de selección.

- v. Las decisiones adoptadas por los evaluadores en la negociación constan en actas que se publican en el SEACE de la Pladipoc y se sustentan en el principio de valor por dinero, priorizando el cumplimiento de la finalidad pública de la contratación.

## **2.3 CONSIDERACIONES PARA TODOS LOS PROVEEDORES.**

- 2.3.1 Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por una entidad contratante, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Especializado para las Contrataciones Públicas Eficientes (OECE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe).
- 2.3.2 Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE de la Pladipoc utilizando su certificado (usuario y contraseña).
- 2.3.3 No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada, aun cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente respecto a las características técnicas, requisitos de calificación y/o condiciones de ejecución. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular se tienen como no presentadas.
- 2.3.4 Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales). No se acepta insertar la imagen de una firma. Las ofertas se presentan foliadas en todas sus hojas. El postor, el representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto, se hace responsable de la totalidad de los documentos que se incluyen en la oferta. El postor es responsable de verificar, antes de su envío, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.
- 2.3.5 En el caso que, al registrarse como participante, el proveedor presente una declaración jurada de desafectación del impedimento debido a parentesco establecido en el inciso 2 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley, se debe incluir como requisito adicional de admisión de su oferta la acreditación documental de su condición de desafectación, conforme a lo señalado en el numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento.

## **2.4 CONSIDERACIONES ADICIONALES PARA LOS CONSORCIOS.**

- 2.4.1 En el caso de consorcios, basta que uno de sus integrantes se haya registrado como participante en el procedimiento de selección, para lo cual dicho integrante debe contar con inscripción vigente en el RNP como proveedor de servicios. Los demás integrantes del consorcio deben contar con inscripción vigente en el RNP en las demás etapas del procedimiento de selección. No se considera consorcio a la asociación de personas de duración ilimitada o indefinida que, denominándose consorcios, han sido constituidas como personas jurídicas en los Registros Públicos.
- 2.4.2 Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems. Tratándose de un procedimiento por relación de ítems, los integrantes del consorcio pueden participar en ítems distintos al que se presentaron en consorcio, sea en forma individual o en consorcio.
- 2.4.3 Como parte de los documentos de su oferta el consorcio debe presentar la promesa de consorcio con firmas digitales de todos sus integrantes o, en su defecto, firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne lo siguiente:



- a) La identificación de los integrantes del consorcio. Se debe precisar el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, según corresponda.
- b) La designación del representante común del consorcio.
- c) El domicilio común del consorcio.
- d) El correo electrónico común del consorcio, al cual se dirigirán todas las comunicaciones remitidas por la entidad contratante al consorcio durante el proceso de contratación, siendo éste el único válido para todos los efectos.
- e) Las obligaciones que correspondan a cada uno de los integrantes del consorcio.
- f) El porcentaje del total de las obligaciones de cada uno de los integrantes, respecto del objeto del contrato. Dicho porcentaje debe ser expresado en número entero, sin decimales.

2.4.4 La información contenida en los literales a), e) y f) precedentes no puede ser modificada con ocasión de la suscripción del contrato de consorcio, ni durante la etapa de ejecución contractual. En tal sentido, no cabe variación alguna en la conformación del consorcio, por lo que no es posible que se incorpore, sustituya o separe a un integrante.

2.4.5 El representante común tiene facultades para actuar en nombre y representación del consorcio, en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato, con poderes suficientes para ejercitar los derechos y cumplir las obligaciones que se deriven de su calidad de postor y de contratista hasta la conformidad o liquidación del contrato, según corresponda. El representante común no debe encontrarse impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado. Para cambiar al representante común, todos los integrantes del consorcio deben firmar (mediante firmas legalizadas o firmas digitales) el documento en el que conste el acuerdo, el cual surte efectos cuando es notificado a la entidad contratante.

2.4.6 En el caso de consorcios las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el representante común o por todos los integrantes del consorcio, según corresponda (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales). En el caso de los documentos que deban suscribir todos los integrantes del consorcio, la firma es seguida de la razón social o denominación de cada uno de ellos. Lo mismo aplica en caso deban ser suscritos en forma independiente por cada integrante del consorcio, de acuerdo con lo establecido en los documentos del procedimiento de selección. En el caso de un consorcio integrado por una persona natural, bastará que la persona natural indique debajo de su firma sus nombres y apellidos completos.

2.4.7 La acreditación del requisito de calificación de la experiencia del postor se realiza en base a la documentación aportada por los integrantes del consorcio que se hubieran comprometido a ejecutar conjuntamente las obligaciones vinculadas directamente al objeto materia de la contratación, de acuerdo con lo declarado en la promesa de consorcio. Para ello se debe seguir los siguientes pasos:

- a) Primer paso: obtener el monto de facturación por cada integrante del consorcio, el cual se obtiene de la sumatoria de montos facturados por éste que, a criterio del evaluador han sido acreditados conforme a las bases, correspondiente a las contrataciones ejecutadas en forma individual y/o en consorcio.

En caso un integrante del consorcio presente facturación de contrataciones ejecutadas en consorcio, se considera el monto que corresponda al porcentaje de las obligaciones del referido integrante del consorcio. Este porcentaje debe estar consignado expresamente en la promesa o en el contrato de consorcio, de lo contrario, no se considera la experiencia ofertada en consorcio.

- b) Segundo paso: verificar si el integrante del consorcio que acredita la mayor experiencia cumple con un determinado porcentaje de participación. En caso la entidad contratante



haya establecido en las bases un porcentaje determinado de participación en la ejecución del contrato, para el integrante del consorcio que acredite mayor experiencia, debe verificarse que éste cumple con dicho parámetro a efectos de considerar su experiencia.

- c) Tercer paso: sumatoria de experiencia de los consorciados. Para obtener la experiencia del consorcio se suma el monto de facturación aportado por cada integrante que cumple con lo señalado previamente.
- 2.4.8 Para calificar la experiencia del postor no se toma en cuenta la documentación presentada por el o los consorciados que asumen las obligaciones referidas a las siguientes actividades:
- i) Actividades de carácter administrativo o de gestión como facturación, financiamiento, aporte de garantías, entre otras.
  - ii) Actividades relacionadas con asuntos de organización interna, tales como representación u otros aspectos que no se relacionan con la ejecución de las prestaciones, entre otras.
- 2.4.9 Los integrantes del consorcio son responsables de que su inscripción en el RNP se encuentre vigente, así como no estar inhabilitado o suspendido al registrarse como participantes, en la presentación de ofertas, en el otorgamiento de la buena pro y en el perfeccionamiento del contrato.
- 2.4.10 Los integrantes de un consorcio se encuentran obligados solidariamente a responder frente a la entidad contratante por los efectos patrimoniales que ésta sufra como consecuencia de la actuación de dichos integrantes, ya sea individual o conjunta, durante el procedimiento de selección y la ejecución contractual.

### **CAPÍTULO III RECURSO DE APELACIÓN**

#### **3.1. ACCESO AL EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN**

Una vez otorgada la buena pro, la dependencia encargada de las contrataciones está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, con excepción de la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia y de aquella correspondiente a las ofertas que no fueron admitidas, a más tardar dentro del día hábil siguiente de haberse solicitado por escrito.

A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la entidad contratante debe entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago de la tasa por tal concepto previsto en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de la respectiva entidad contratante.

#### **3.2. RECURSO DE APELACIÓN**

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato, incluyendo aquellos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por la entidad contratante que afecten la continuidad de éste.

El recurso de apelación se presenta ante la mesa de partes digital o física del Tribunal de Contrataciones Públicas o de la entidad contratante y es resuelto por uno de estos, según corresponda.

#### **3.3. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone, como máximo, dentro de los cinco días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro a través del SEACE de la Pladicop.

En el caso de la apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento de selección, el plazo indicado en el párrafo precedente se contabiliza desde que se toma conocimiento del acto que se desea impugnar. Se considera que se ha tomado conocimiento en el día de la publicación en el SEACE de la Pladicop del acto que se desea impugnar.



## CAPÍTULO IV DEL CONTRATO

### 4.1 REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Para perfeccionar el contrato, el proveedor o proveedores adjudicados presentan los siguientes requisitos de conformidad con el artículo 88 del Reglamento:

| REQUISITO                               | CONSIDERACIONES ADICIONALES   | BASE LEGAL   |
|---|---|--|
| a) Garantías, salvo casos de excepción. | <p>En los contratos de servicios el postor ganador de la buena pro presenta una garantía de fiel cumplimiento por una suma equivalente al 10% del monto del contrato original.</p> <p>La garantía de fiel cumplimiento puede ser: (i) fideicomiso, solo cuando el plazo de ejecución del contrato supere los 90 días calendario, (ii) carta fianza financiera, (iii) contrato de seguro o (iv) retención de pago.</p> <p>Asimismo, en la sección específica de las Bases puede considerarse la presentación de: i) garantía de fiel cumplimiento de prestaciones accesorias y, ii) garantía por adelantos directos, siempre que se cumplan las condiciones señaladas en el Reglamento.</p> <p>La retención de pago como garantía de fiel cumplimiento o de prestaciones accesorias aplica para ítems cuya cuantía adjudicada sea igual o menor a S/ 480 000,00 (cuatrocientos ochenta mil y 00/100 soles) en el caso de servicios. En el caso de las micro y pequeñas empresas estas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento la retención de pago por parte de la entidad contratante con independencia de la cuantía de la contratación.</p> <p><b><u>Excepciones:</u></b><br/>Conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 139 del Reglamento, en los contratos de servicios cuyos montos sean menores o iguales a 50 UIT, no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Esta excepción no aplica cuando la sumatoria de los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, adjudicados a un mismo postor, superen el monto señalado. Asimismo, tampoco se otorga garantía de fiel cumplimiento en caso el objeto contractual sea el arrendamiento de bienes inmuebles de propiedad privada.</p> | <p>Numerales 61.4 y 61.5 del artículo 61 de la Ley.</p> <p>Artículos 88, 113, 114, 115, 116, 138 y 139 del Reglamento.</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>b) Contrato de consorcio, de ser el caso.</b></p>  | <p>En caso el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, el contrato de consorcio se formaliza mediante documento privado con firmas legalizadas de cada uno de los integrantes ante notario público, el cual debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Contener la información mínima indicada en el numeral 2.4.3 del Capítulo II de la Sección General de las presentes bases.</li> <li>b. Identificar al integrante del consorcio a quien se efectúa el pago y emite la respectiva factura o, en caso de llevar contabilidad independiente, señalar el Registro Único de Contribuyentes (RUC), del consorcio.</li> <li>c. Consignar las firmas legalizadas ante notario público de cada uno de los integrantes del consorcio, de sus apoderados o de sus representantes legales, según corresponda.</li> </ul> <p>Lo indicado no excluye la información adicional que pueda consignarse en el contrato de consorcio con el objeto de regular su administración interna, como es el régimen y los sistemas de participación en los resultados del consorcio, al que se refiere el artículo 448 de la Ley N° 26887, Ley General de Sociedades.</p> <p>En ningún caso puede aceptarse la presentación de la promesa de consorcio que fue parte de la oferta, independientemente de que dicha promesa contenga firmas legalizadas de sus integrantes ante notario público.</p> | <p>Literal b) del artículo 88 y 89 del Reglamento.</p>  |
| <p><b>c) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de cuenta bancaria y nombre de la entidad bancaria en el exterior.</b></p> | <p>El CCI es requisito indispensable para realizar una transferencia entre cuentas de bancos diferentes, siendo requerido para efectuar el pago a los proveedores domiciliados en el Perú.</p> <p>Para los proveedores no domiciliados, corresponde el número de cuenta bancaria y nombre de la entidad bancaria en el exterior.</p>   | <p>Artículo 67 de la Ley.</p> <p>Literal c) del numeral 88.1. del artículo 88 del Reglamento.</p> |



|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>d) Documento que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.</b></p> | <p>Corresponde a la vigencia de poder del representante legal que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato. Asimismo, corresponde que el representante legal presente copia de su DNI.</p> <p>En el caso de personas naturales, se solicita la copia del DNI del postor.</p> <p>En el caso de consorcios, estos documentos deben ser presentados por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriban la promesa de consorcio, según corresponda. Asimismo, corresponde se presente copia del DNI del representante común de consorcio</p> | <p>Literal d) del numeral 88.1 del artículo 88 del Reglamento.</p>   |
| <p><b>e) Institución Arbitral elegida por el postor, de corresponder.</b></p>  | <p>Este requisito es obligatorio para todos los contratos que superen las 10 UIT<sup>1</sup>.</p> <p>Desde el 1 de enero de 2026, la institución arbitral elegida debe encontrarse inscrita en el Registro de Instituciones Arbitrales y Centros de Administración de Juntas de Prevención y Resolución de Disputas (REGAJU).</p>   | <p>Artículos 77, 83 y 84, así como la Décima Disposición Complementaria Transitoria de la Ley.</p> <p>Literal e) del numeral 88.1. del artículo 88 del Reglamento.</p> |

## 4.2 PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro presenta los requisitos para perfeccionar el contrato dentro del plazo de ocho días hábiles o cinco días hábiles, según corresponda, contabilizados desde el día siguiente al registro del consentimiento de la buena pro en el SEACE de la Pladico o de que ésta haya quedado administrativamente firme, de conformidad con los requisitos, plazos y procedimiento dispuestos en los artículos 88, 89, 90 y 91 del Reglamento.

Cabe indicar que numeral 87.3 del artículo 87 del Reglamento establece que la entidad contratante suscribe el contrato mediante firma digital, en caso de que el postor adjudicado con la buena pro cuente con certificado digital emitido por una entidad de certificación, de acuerdo con la normativa de la materia. Excepcionalmente, la entidad contratante con el debido sustento puede proceder a la firma del contrato mediante medios manuales.

## 4.3 CONSIDERACIONES PARA LOS CONSORCIOS

**4.3.1** Las garantías que presenten los consorcios para el perfeccionamiento del contrato durante la ejecución contractual y para la interposición de los recursos impugnativos, además de cumplir con las condiciones establecidas en la Ley y el Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no pueden ser aceptadas por las entidades contratantes o el Tribunal de Contrataciones Públicas. no se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio.

**4.3.2** Para que un consorcio solicite la retención del 10% del monto del contrato original en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el artículo 114 del Reglamento, todos los integrantes del consorcio deben acreditar en su oferta la condición

<sup>1</sup> De conformidad con el numeral 84.1 del artículo 84 de la Ley, el arbitraje puede ser ad hoc solo en los casos en los que el monto de la controversia no supere las diez (10) UIT.



de micro o pequeña empresa, sin perjuicio que puedan acreditarlo al momento del perfeccionamiento del contrato.

#### **4.4 CONSIDERACIONES PARA LAS GARANTÍAS FINANCIERAS**

- 4.4.1** En caso de garantías financieras, estas deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la respectiva entidad contratante bajo responsabilidad de las empresas que las emiten. Las empresas que emitan garantías financieras deben encontrarse bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, contar con clasificación de riesgo B o superior, y deben estar autorizadas para emitir garantías o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.
- 4.4.2** La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).
- 4.4.3** Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía. Para fines de lo establecido en el artículo 61 de la Ley, se requiere la clasificación de riesgo B o superior.
- 4.4.4** Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en la sede digital de la SBS, basta que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en la Ley.
- 4.4.5** En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se debe consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.
- 4.4.6** Además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse la sede digital de dicha entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).

#### **4.5 CONSIDERACIONES PARA LOS DOCUMENTOS PÚBLICOS EXTENDIDOS EN EL EXTRANJERO**

En el caso que los documentos requeridos para el perfeccionamiento del contrato incluyan documentos públicos extendidos en el exterior, a los que no sea aplicable el Convenio de la Apostilla, se debe tener en cuenta que de conformidad con lo previsto en el artículo 137 del Reglamento Consular del Perú, aprobado mediante Decreto Supremo N° 032-2023-RE<sup>2</sup>, para que estos surtan efectos legales en el Perú deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos competentes, cuyas firmas deben ser autenticadas posteriormente por el área competente del órgano de línea consular, además de cumplir con los requisitos adicionales que contemple la legislación peruana para su validez en el Perú. Debe considerarse que el mencionado Convenio de la Apostilla contiene definición de documentos públicos.

Cuando se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, basta con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya que el dispositivo normativo establece. Sin perjuicio de lo anterior, además, se deben cumplir con los requisitos adicionales que contemple la normativa especial de la materia para la validez en el Perú de los documentos extendidos en el exterior.

En el caso de los documentos privados, extendidos en el exterior, estos también deben ser

<sup>2</sup> Decreto Supremo que aprueba el Reglamento Consular del Perú y que modifica el Reglamento de la Ley del Servicio Diplomático de la República en lo que corresponde a los cargos de los funcionarios consulares.



legalizados, conforme es aplicable el artículo 138 del referido del Reglamento Consular del Perú, según el cual el funcionario consular sólo legaliza firmas en documentos privados cuando hayan sido suscritas en su presencia o cuando conste de modo indubitable su autenticidad, verificando en ambos casos la identidad de los firmantes.

#### **4.6 DISPOSICIONES FINALES**

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

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

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

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO CON  
LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. BASE LEGAL

- Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
  - Decreto Supremo N° 009-2025-EF, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas.
  - Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025
  - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2025
- Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

### 1.2. ENTIDAD CONTRATANTE

Nombre : HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA" NIVEL II-2 HUARAZ  
RUC N° : 20196425005  
Domicilio legal : AV. LUZURIAGA S/N CDRA. 12 - HUARAZ  
Teléfono: : 043-421290  
Correo electrónico: : programacion@hospitalvrg.gob.pe

### 1.3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación de SERVICIOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL FORMATOS, TARJETAS Y FOLDER PARA ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ.

*Formatos para historias clínicas de pacientes SIS hospital "Victor ramos guardia" - Huaraz- unidad de Estadística e Informática, periodo: marzo - diciembre del 2025.*

| ID | TIPO DE FORMATO                              | Cantidad | Unidad de medida | Dimensión     | Color  | Material          | Impresión  |
|----|--|----------|------------------|---------------|--------|-------------------|------------|
| 1  | Folder de historia clínica cartulina folcote | 50       | Millares         | 25cmx30cm     | Blanco | Cartulina Folcote | Portada    |
| 2  | Ficha de atención ambulatorio por emergencia | 30       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 3  | Registro de enfermería tóxico de pediatría   | 14       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 4  | Registro de enfermería tóxico de ginecología | 14       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 5  | Registro de enfermería tóxico de medicina    | 14       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 6  | Registro de enfermería tóxico de cirugía     | 14       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 7  | Registro de enfermería en paciente crítico   | 14       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 8  | Tarjetas de resumen de hospitalización       | 20       | Millares         | 14cm x 20.5cm | Blanco | Cartulina Folcote | Una cara   |
| 9  | Graficas de controles vitales                | 20       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 10 | Anamnesis                                    | 20       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 11 | Hoja de continuación y evolución clínica     | 100      | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 12 | Ordenes medicas                              | 20       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 13 | Solicitud de sala de operaciones             | 10       | Millares         | 14cm x 20.5cm | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 14 | Solicitud de análisis clínico                | 6        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 15 | Consentimiento de intervención quirúrgico    | 6        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 16 | Anamnesis de emergencia                      | 10       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 17 | Formato de docencia para atención de salud   | 66       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 18 | Historia clínica de departamento de cirugía  | 4        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 19 | Lista de enfermería de la cirugía segura     | 3        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 20 | Registros de enfermería cirugía              | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 21 | Hoja de epícrisis                            | 20       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Doble cara |
| 22 | Historia clínica pediatría                   | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |
| 23 | Exámenes complementarios                     | 92       | Millares         | 21cmx29,7cm   | Blanco | Hoja Bond         | Una cara   |



*[Firma manuscrita]*  
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática  
CONCURSO 002



| ID | TIPO DE FORMATO  | Cantidad | Unidad de medida | Dimensión   | Color              | Material            | Impresión  |
|----|--|----------|------------------|-------------|--------------------|---------------------|------------|
| 24 | Hoja interconsulta   | 53       | Millares         | 21cmx29,7cm | Rosado             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 25 | Aviso fallecimiento  | 2        | Millares         | 10cmx14cm   | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 26 | Hoja de retiro voluntario  | 4        | Millares         | 14cmx20.5cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 27 | Historia clínica neonatal  | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Doble cara |
| 28 | Hoja atención inmediata del RN   | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Doble cara |
| 29 | Registro de cuidados de enfermería alojamiento RN                                | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Doble cara |
| 30 | Ficha de evaluación y consejería en la lactancia RN                              | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 31 | Notas de enfermería  | 100      | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 32 | Anamnesis materna  | 40       | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Doble cara |
| 33 | Hoja identificación  | 2        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 34 | Tarjetas de asistencia   | 80       | Millares         | 14,8x21cm   | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 35 | Kardex del departamento de medicina hospitalización                              | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 36 | Kardex del departamento de gineco-obstetricia hospitalización                    | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 37 | Kardex del departamento de cirugía hospitalización                               | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 38 | Informe de alta de pacientes de hospitalización                                  | 25       | Millares         | 21cmx29,7cm | Celeste con Blanco | Papel autocopiativo | Una cara   |
| 39 | Hojas HIS  | 50       | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Doble cara |
| 40 | Registro de evaluación y Plan de Cuidados de Enfermería Medicina Hospitalización | 7        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 41 | Kardex de enfermería   | 20       | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 42 | Consentimiento informado   | 10       | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 43 | Denegación de consentimiento   | 5        | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Hoja Bond           | Una cara   |
| 44 | Consentimiento informado para hospitalización                                    | 10       | Millares         | 21cmx29,7cm | Blanco             | Papel Bulky         | Doble cara |



GOBIERNO REGIONAL DE SAN JUAN HUARAZ  
Dr. Edmundo Asate Salazar  
Jefe Unidad de Asistencia e Informática  
GOESPE 0192

Página 3 de 4

#### 1.4. CUANTÍA DE LA CONTRATACIÓN<sup>3</sup>

La cuantía de la contratación asciende a **S/ 136,301.33 soles**, QUE DEBE INCLUIR TODOS LOS COSTOS QUE INCIDAN TANTO EN LA PRESTACIÓN PRINCIPAL COMO EN LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, incluidos los impuestos de ley y cualquier otro concepto que incida en el costo total de la ejecución de la contratación.

#### 1.5. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado el 21 de mayo del 2025, mediante ANEXO N°02 – FORMATO DE APROBACIÓN DE EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN.

#### 1.6. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

1-00: Recursos Ordinarios

<sup>3</sup> El monto de la cuantía de la contratación indicado en esta sección de las bases no debe diferir del monto de la cuantía de la contratación consignado en la ficha del procedimiento de selección en el SEACE de la Pladicop. No obstante, de existir contradicción entre estos montos, prima el monto de la cuantía de la contratación indicado en las bases aprobadas.



## CAPÍTULO II

### DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 2.1. CRONOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contiene, un índice de documentos<sup>4</sup> y la siguiente documentación:

##### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

Los evaluadores verifican la presentación de los documentos señalados en el presente acápite. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida. Los evaluadores no pueden incorporar documentos adicionales a los establecidos en este acápite para la admisión de la oferta.

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Pacto de integridad (**Anexo N° 2**)
- c) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

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

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

En el caso de consorcios, estos documentos deben ser presentados por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriban la promesa de consorcio, según corresponda.

##### **Advertencia**

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, Decreto Legislativo que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa, las entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la entidad contratante es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>5</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponde exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

- d) Declaración jurada declarando que: (i) es responsable de la veracidad de los documentos e información de la oferta, y (ii) no se encuentra impedido para contratar con el Estado, de acuerdo con el artículo 33 de la Ley. (**Anexo N° 3**)

<sup>4</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>5</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma Nacional de Interoperabilidad – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gob.pe/741-plataforma-nacional-de-interoperabilidad>



- e) Promesa de consorcio con firmas digitales, o en su defecto, firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común, el correo electrónico común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio, así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (**Anexo N° 4**)
- f) Documentación que acredite la desafectación del impedimento, en caso el proveedor al registrarse como participante hubiera presentado la Declaración Jurada de Desafectación del Impedimento (**Anexo N° 5**), de conformidad con el numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento.

**Advertencia**

*El requisito indicado en el literal f) únicamente se solicita al proveedor que al registrarse hubiera presentado la Declaración Jurada de Desafectación del Impedimento.*

Oferta Económica (**Anexo N° 7**). En caso el requerimiento contenga prestaciones accesorias, la oferta económica individualiza los montos correspondientes a las prestaciones principales y las prestaciones accesorias.

En el caso de compras corporativas los postores deben formular su oferta económica de manera individual por cada entidad contratante.

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

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los "**Requisitos de Calificación**" que se detallan en el numeral 3.5 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

**2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

**2.2.2.1.** Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los "**Factores de Evaluación**" establecidos en el Capítulo IV de la presente sección de las bases, a efectos de obtener el puntaje previsto en dicho Capítulo para cada factor.

**2.2.2.2.** En el caso de los proveedores con domicilio en la provincia donde se presta el servicio o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región, estos presentan adicionalmente la "Solicitud de Bonificación del 10% sobre el puntaje total" (**Anexo N° 16**). El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP.

**2.2.2.3.** Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (**Anexo N° 17**).

**2.2.2.4.** En el caso de los proveedores que gocen del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, presentan adicionalmente una Declaración Jurada de cumplimiento de condiciones para la aplicación de la exoneración del IGV. (**Anexo N° 13**).

**Advertencia**

*Los evaluadores no pueden exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites "Documentos para la admisión de la oferta", "Requisitos de calificación" y "Factores de evaluación".*



**Importante para la entidad contratante**

Esta disposición **solo** debe ser incluida en el caso de procedimientos de selección cuya cuantía de la contratación sea igual o menor a cincuenta (50) UIT:

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

N° de : [.....]  
Cuenta

Banco : [.....]

N° CCI<sup>6</sup> : [.....]

**2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO**

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

- Garantía de fiel cumplimiento del contrato, autorización de retención (**Anexo N° 7**) o declaración jurada comprometiéndose a presentar la garantía mediante fideicomiso (**Anexo N° 8**), de ser el caso.
- Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, o solicitud de retención (**Anexo N° 7**), de ser el caso.
- Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante notario público de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y nombre de la entidad bancaria en el exterior.
- Copia de la vigencia del poder del representante legal del postor que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- Copia de DNI del postor en caso de persona natural o de su representante legal en caso de persona jurídica.
- Autorización de notificaciones durante la ejecución del contrato al correo electrónico contemplado en el contrato (**Anexo N° 9**).
- Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete
- Institución Arbitral elegida por el postor (**Anexo N° 10**).

**Advertencia**

*La Institución Arbitral es elegida por el postor ganador de la buena pro de la lista de instituciones arbitrales que haya propuesto la entidad contratante en las bases del procedimiento de selección. Para dicho efecto, al remitir los documentos para la suscripción del contrato, el postor ganador de la buena pro comunica a la entidad contratante la Institución Arbitral elegida de la referida lista, caso contrario, acuerda con la entidad contratante una Institución Arbitral distinta. En caso de falta de acuerdo, la Institución Arbitral es elegida de la mencionada lista por la entidad contratante de manera definitiva. Las partes pueden establecer estipulaciones adicionales o modificatorias del convenio arbitral, en la medida que no contravengan las disposiciones de la normativa de contrataciones públicas y/o las disposiciones especiales contenidas en la normativa general de arbitraje".*

<sup>6</sup> En caso de transferencia interbancaria.



- j) Declaración Jurada actualizada de Desafectación de Impedimento (**Anexo N° 15**) y la documentación que acredite dicha desafectación.

#### Advertencia

- *El requisito indicado en el literal l) únicamente se solicita si el postor adjudicado hubiera presentado la Declaración Jurada de Desafectación del Impedimento en el procedimiento de selección.*
- *De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la entidad contratante es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>7</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponde exigir los documentos previstos en los literales e) y f) del presente numeral.*
- *En caso el postor declare la inaplicabilidad del impedimento Tipo 4.D del inciso 4 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley, referido a las personas inscritas en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Poder Judicial (REDAM) presenta la Declaración Jurada respectiva (Anexo N° 16)*

## 2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción de contrato u orden de servicio.

En caso el contrato se perfeccione mediante un contrato, la entidad contratante suscribe el contrato mediante firma digital, en caso de que el postor adjudicado con la buena pro cuente con certificado digital emitido por una entidad de certificación, de acuerdo con la normativa de la materia. Excepcionalmente, la entidad contratante con el debido sustento puede proceder a la firma del contrato mediante medios manuales.

El contrato firmado digitalmente se remite a la siguiente dirección electrónica: [programacion@hospitalvrg.gob.pe](mailto:programacion@hospitalvrg.gob.pe), en caso de no contar con firma digital, la suscripción del contrato se realiza en la Unidad de Logística del Hospital "Victor Ramos Guardia" Nivel II-2 Huaraz, sito en Av. Luzuriaga s/n cuadra 12 - Huaraz-Ancash.

## 2.5. FORMA DE PAGO

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley.

La entidad contratante paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles.

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

La entidad contratante realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO ÚNICO.

<sup>7</sup> Para mayor información de las entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gob.pe/741-plataforma-nacional-de-interoperabilidad>



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

- Documento en el que conste la conformidad de la prestación efectuada suscrita por el servidor responsable de la Unidad de Estadística e Informática.
- Comprobante de pago.
- Acta de recepción del servicio

Salvo los documentos de conformidad, el contratista debe presentar la documentación restante en MESA DE PARTES DEL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ, sito en Av. Luzuriaga s/n cuadra 12 Huaraz-Huaraz-Ancash.

#### **Advertencia**

*En caso se verifique que el proveedor tiene multas impagas que no se encuentren en procedimiento coactivo, se incorpora al contrato una cláusula de compromiso de pago de la multa, estableciéndose que durante la ejecución del contrato la entidad contratante retiene de forma prorrateada hasta el 10% del monto del contrato, para el pago o amortización de multas.*

## CAPÍTULO III

### REQUERIMIENTO

#### Advertencia

Al elaborar las bases, los evaluadores incluyen en esta sección el requerimiento que forma parte del expediente de contratación aprobado. El área usuaria es responsable de formular adecuadamente el requerimiento, en coordinación con la dependencia encargada de las contrataciones, de conformidad con el artículo 20 del Reglamento. El requerimiento debe elaborarse de acuerdo con el formato consignado en este capítulo y estar incluido en el cuadro multianual de necesidades.

#### 3.1. FINALIDAD PÚBLICA DE LA CONTRATACIÓN

Garantizar la gestión y archivo de la información clínica de los pacientes del Hospital Víctor Ramos Guardia a través de la utilización de formatos estandarizados. Estos documentos permitirán apoyar al registro, seguimiento y control de la historia clínica, asegurando la disponibilidad y accesibilidad de la información para la toma de decisiones en la atención médica a los a pacientes SIS. Asimismo, contribuirán a mejorar la eficiencia administrativa en la organización y resguardo de datos clínicos alineándose con los estándares de calidad en los servicios de salud.

#### 3.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

IMPRESIÓN EN GENERAL FORMATOS, TARJETAS Y FOLDER DE HISTORIAS CLINICAS



#### INFORME N° 048 – 2025 – DIRES – A – "HVRG" - HZ/UEI.

A : Dra. Lidia I. FIGUEROA BARRETO.  
Directora Ejecutiva del Hospital "VRG" - Huaraz

ASUNTO : Solicito impresión de formatos y Tarjetas de Asistencia

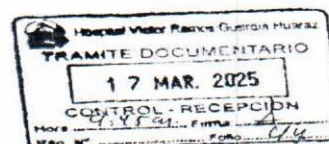
FECHA : Huaraz, 14 de marzo del 2025.

Es grato dirigirme a Ud. para saludarla muy cordialmente, y hacer de su conocimiento que se está solicitando la impresión de formatos, tarjetas y folders, para atención a pacientes hospitalizados, ambulatorios y atención por el servicio de emergencia, se adjunta modelos y especificaciones de los pedidos.

Es todo cuanto se informa a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

C.c:Archivo  
EAB/uei  
Hx:14/03/2025





### 3.3. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

#### a. MODALIDAD DE PAGO

El contrato se rige por la modalidad de SUMA ALZADA, de conformidad con el artículo 130 del Reglamento.

#### b. SISTEMA DE ENTREGA

"NO APLICA"

#### c. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestan en el plazo de 05 DÍAS CALENDARIOS, en concordancia con lo establecido en los términos de referencia.

#### d. LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

El servicio se presta en el Almacén General del Hospital "Víctor Ramos Guardia" Nivel II-2 Huaraz.

#### e. PENALIDADES

##### PENALIDAD POR MORA:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable, de conformidad con el artículo 120 del Reglamento.

#### f. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación, cuando se haya pactado y arbitraje.

Para el arbitraje, el postor ganador de la buena pro selecciona a una de las siguientes Instituciones Arbitrales para administrar el arbitraje: [SEÑALAR EL LISTADO DE INSTITUCIONES ARBITRALES SELECCIONADAS POR LA ENTIDAD CONTRATANTE].

### 3.4. TÉRMINOS DE REFERENCIA

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICION DE  
FORMATOS PARA HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES SIS, HOSPITAL  
VÍCTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ - 2025**

**1. AREA USUARIA**

Unidad de estadística e informática del Hospital "Víctor Ramos Guardia" – Huaraz.

**2. FINALIDAD PUBLICA**

Garantizar la gestión y archivo de la información clínica de los pacientes del Hospital "Víctor Ramos Guardia" a través de la utilización de formatos estandarizados. Estos documentos permitirán apoyar al registro, seguimiento y control de la historia clínica, asegurando la disponibilidad y accesibilidad de la información para la toma de decisiones en la atención médica a los pacientes SIS. Asimismo, contribuirán a mejorar la eficiencia administrativa en la organización y resguardo de datos clínicos, alineándose con los estándares de calidad en los servicios de salud.

**3. OBJETIVOS:**

*a. Objetivo General:*

Adquirir formatos estandarizados para historias clínicas que permitan apoyar a la gestión, almacenamiento y acceso a la información clínica de los pacientes SIS en el Hospital "Víctor Ramos Guardia", contribuyendo a la eficiencia en la atención médica y la administración hospitalaria.

*b. Objetivos Específicos:*

- Garantizar la disponibilidad de formatos para el registro de información clínica de los pacientes SIS.
- Facilitar el seguimiento y control de la historia clínica mediante documentos estructurados y estandarizados.
- Mejorar la organización y almacenamiento de la información clínica en los servicios de salud.
- Cumplir con los estándares de calidad y normativas vigentes en la documentación médica.

**4. ACTIVIDAD DEL POI**

Implementación de mecanismos para mejorar la gestión de información clínica en el hospital, a través de la adquisición y uso de formatos normalizados para el registro y control de las historias clínicas de los pacientes SIS.

**5. DESCRIPCIÓN DE / LOS BIENES**



GOBIERNO REGIONAL HUARAZ  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz  
*Dr. Edwin J. Asanza Salazar*  
Jefe Unidad de Estadística e Informática  
COESPE 0192



**5.1 Garantía Comercial de / los Bienes**

3 meses contados a partir de la recepción formal del bien por parte del almacén del establecimiento.

**6. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL**

6.2 Mantenimiento Preventivo: No Aplica

6.3 Soporte Técnico: No aplica

6.4 Capacitación y/o Entrenamiento: No aplica

**7. REQUISITOS DEL PROVEEDOR**

*a. Del Proveedor*

- Experiencia en la impresión y personalización de documentos administrativos y de identificación.
- Registro en el RNP vigente.

*b. Del Personal*

- Personal con experiencia en impresión y diseño gráfico.

**8. PLAZO DE ENTREGA**

5 días calendario desde el día siguiente de notificada y recibida la Orden de Compra.

*a. Entregables*

Tarjetas de asistencia listas para su distribución en el Hospital "Víctor Ramos Guardia".

**9. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

El proveedor deberá entregar un informe detallando el cumplimiento de los requisitos establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo muestras previas de la impresión.

**10. LUGAR DE ENTREGA**

Almacén del Hospital "Víctor Ramos Guardia".

**11. FORMA DE PAGO**

Único pago a la conformidad de la entrega.

**12. ADELANTOS:** No aplica

**13. PENALIDADES APLICABLES**

**13.1 Penalidad por mora:** Se aplicará al proveedor la penalidad establecida en el artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**13.2 Otras penalidades:** En caso el servicio requiera de la aplicación de otra penalidad están deberán ser detalladas claramente de acuerdo a lo indicado en el artículo 163° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. Caso contrario indicar **NO APLICA**.

**14. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:**

La responsabilidad por vicios ocultos se aplicará de conformidad con lo establecido en el artículo 173° del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**15. ANEXOS**

Adjunto modelo de los formatos solicitados identificado con la columna ID en físico.



23.5cm



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Hospital  
VICTOR RAMOS GUARDIA  
HUARAZ

N° D.N.I.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# HISTORIA CLINICA

31 cm

Apellido Paterno:.....

Apellido Materno:.....

Nombres : .....

Domicilio : .....

Unidad: "Estadística e Informática"

Historia N° .....

1. Folder de historia clínica cartulina foldcote  
La 1ra cara o tapa es la portada de 31cm x 23.5cm  
La 2da tapa es de 31cm x 26cm





HOSPITAL  
"Victor Ramos Guardia"  
Huaraz



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

## GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH

Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz

### FORMATO DE ATENCIÓN AMBULATORIO POR EMERGENCIA

I. N° de HC: \_\_\_\_\_ F. Ingreso: \_\_\_\_\_  
Prioridad: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_ Financador: \_\_\_\_\_

#### FUNCIONES VITALES:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_  
SAT. O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

II. MOTIVO POR EL QUE ACUDE A EMERGENCIA (Fecha y Hora)

III. ANTECEDENTES ALERGIAS / OTROS

IV. EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL

V. DIAGNÓSTICO DE INGRESO: (CIE-10)

VI. EXÁMENES AUXILIARES

Activar  
Ve a Con

2. Contenido en doble cara – A4



03

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA

**REGISTRO DE ENFERMERIA**  
**TÓPICO DE PEDIATRIA**

SERVICIO DE ENFERMERIA

**PRIORIDAD:**

**I.- DATOS GENERALES:**

APellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ HORA DE EGRESO: \_\_\_\_\_ HCL: \_\_\_\_\_ N° REG: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO MEDICO: \_\_\_\_\_

MODO DE INGRESO: Camilla ( ) Silla de ruedas ( ) Corrido ( ) En brazos ( )

ACOMPANADO POR: Familiar ( ) Amigo ( ) Cursillo ( ) PNP ( ) SAMU ( )

Prescritor: \_\_\_\_\_

**II.- SIGNOS VITALES:**

| FECHA | HORA | PA | FC | FR | Sat O2 | PIRI | T° | HGT | PESO |
|-------|------|----|----|----|--------|------|----|-----|------|
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |
|       |      |    |    |    |        |      |    |     |      |

**III.- SOAPIE:**

| TURNO | (S) DATO SUBJETIVO |
|-------|--------------------|
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |
|       |                    |

**(O) DATOS OBJETIVOS:**

| ALIMENTACIÓN  |                              | A                                  |                             |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| B<br>I<br>N<br>U<br>T<br>R<br>I<br>C<br>I<br>O<br>N | Alimento: Normal/Chamado LME | A                                  | Presiones Tag/peak          |
|   | Involuntario Oral            | C                                  | Frige                       |
|   | SNCI                         | T                                  | Colgicos Subceptos          |
|   | Normal                       | I                                  | Rutinas Scholares           |
|   | Abdomen                      | V                                  | Interceptos                 |
|   | Distendido                   | I                                  | Organos: MA/CNB/MB/MY       |
|   | Doloso                       | D                                  | TIC2                        |
|   | RHA                          | A                                  | TET                         |
|   | Presentes/Ausentes           | D                                  | Ruidos agregados pulmonares |
|   | Reflejos                     | K                                  | Pulso ritmico               |
| HIDRATACIÓN   |                              | E                                  | Antena                      |
| Normal  | P                            | Tes                                |                             |
| Piel  | O                            | Extrems Largas                     |                             |
| Clasica   | S                            | Redes cardiacas/taquicardia        |                             |
| Intensa   | O                            |                                    |                             |
| Rack cutáneo  | <b>NIVEL DE CONCIENCIA</b>   |                                    |                             |
| Alacena oral  | D                            | Clasico (AI= RV= RM= )             |                             |
| Edema (+, ++, +++)                                  | S                            | Desorientado/Inapetente            |                             |
| <b>SISTEMA GENITO URINARIO</b>                      |                              | P                                  | Sonoro                      |
| Miccion espontanea                                  | E                            | Costa                              |                             |
| Scota Foley   | R                            | Aplicacion poscomida               |                             |
| Defeca espontanea                                   | C                            | Fuplas: OD= GI=                    |                             |
| Amara/Oliguria                                      | E                            | Resaca pupilar: OD= (O=)           |                             |
| Poluria   | P                            | Rigidez de masa                    |                             |
| Duria   | C                            | Conciencia                         |                             |
| <b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                     |                              | I                                  | Disartria                   |
| Embolismo   | O                            | Afona                              |                             |
| Dura: S/M, CM, C/S, CM/S                            | N                            | Intubado                           |                             |
| Melena/Hematemesis                                  |                              | Intubado                           |                             |
| Hematemesis   | <b>PRINCIPALES VITALES</b>   |                                    |                             |
| Vomito  |                              | Cardio version periferico          |                             |
| Mylon Umbilical                                     |                              | Cardio version central             |                             |
| Colestasia  |                              | Esputos/Pataques                   |                             |
| <b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>                         |                              | D                                  | Respiracion                 |
| Fluido subcutaneo                                   | 10                           | Esforzados                         |                             |
| Drainaje toracico                                   |                              | IPP                                |                             |
| <b>REPOSO - SUEÑO</b>                               |                              |                                    | Riebre                      |
| Alacena controlada                                  |                              | Chagres: I, II, III grado          |                             |
| Sedacion de infusion                                |                              | Fluores                            |                             |
| Sedacion en bolus                                   | <b>CONFORT</b>               |                                    |                             |
| <b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b>                       |                              |                                    | Dolor                       |
| Paciente respiratorio adecuado                      | D                            | Intensidad: Escala de EVA (1 - 10) |                             |
| Dolor toracico                                      | 12                           | Localizacion                       |                             |
| Dura  |                              | Ora                                |                             |
| Pulpaes   |                              |                                    |                             |



(A) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- 1) Hipotermia R/C proceso infeccioso E/P
- 2) Dolor agudo R/C
- 3) Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C acumulo de secreciones E/P
- 4) Riesgo de aspiración R/C acumulo de secreciones E/P
- 5) Ineficacia R/C edad menor de 7 días, patrón de alimentación deficiente E/P
- 6) Riesgo de infección P/R sistema inmunario inmaduro
- 7) Perforación bucal ineficaz R/C anemia E/P
- 8) Disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C dolor coronario E/P
- 9) Perforación gastrointestinal ineficaz R/C trastorno gástrico, hepático E/P
- 10) Patrón respiratorio ineficaz R/C disminución de la ventilación E/P
- 11) Desequilibrio líquido y electrolítico R/C pérdida activa de volumen de líquidos E/P
- 12) Déficit de volumen de líquidos R/C diarrea, vómitos E/P
- 13) Exceso de volumen de líquidos R/C deterioro de función renal E/P
- 14) Estreñimiento R/C cambios en los hábitos alimentarios E/P
- 15) Lactancia materna ineficaz R/C Riego débil de succión E/P
- 16)

(P) PLANIFICACION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

(I) INTERVENCION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

(E) EVALUACION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| INGRESOS        | EGRESOS | INGRESOS        | EGRESOS | INGRESOS        | EGRESOS |
|-----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|
|                 |         |                 |         |                 |         |
| BALANCE HIDRICO |         | BALANCE HIDRICO |         | BALANCE HIDRICO |         |
| FIRMA Y SELLO   |         | FIRMA Y SELLO   |         | FIRMA Y SELLO   |         |

3. Contenido en doble cara – A4







(A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- 1) Hipertensión R/C presión infecciosa E/P
- 2) Dolor de parto R/C dilatación cervical E/P
- 3) Dolor agudo R/C
- 4) Deficiencia de volumen de líquido R/C pérdida activa de volumen de líquidos E/P
- 5) Deficiencia de volumen de líquido R/C sangrado vaginal E/P
- 6) Riesgo de la alteración de la diada materna - fetal F/R complicaciones del embarazo E/P
- 7) Escasez de volumen de líquidos R/C deterioro de función renal E/P
- 8) Lactancia materna ineficaz R/C reflejo débil de succión del niño E/P
- 9) Lactancia materna ineficaz R/C anomalías en mama E/P
- 10) Menstrual ineficaz R/C conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad E/P
- 11) Shock séptico R/C alteración de mecanismos compensatorios E/P
- 12) Perforación uterina peritonitis ineficaz R/C anormal E/P
- 13) Nivel de glicemia inestable R/C trastorno metabólico, alteración de los mecanismos reguladores compensatorios E/P
- 14) Infección R/C Ruptura Prematura de Membranas E/P
- 15) Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P
- 16) Riesgo de infección F/R aborto séptico
- 17) Riesgo de sangrado F/R aborto
- 18)

(P) PLANIFICACION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

(I) INTERVENCIONES

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

(E) EVALUACION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| INGRESOS        | EGRESOS | INGRESOS        | EGRESOS | INGRESOS        | EGRESOS |
|-----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|
|                 |         |                 |         |                 |         |
| BALANCE HÍDRICO |         | BALANCE HÍDRICO |         | BALANCE HÍDRICO |         |
| FIRMA Y SELLO   |         | FIRMA Y SELLO   |         | FIRMA Y SELLO   |         |

4. Contenido en doble cara – A4



HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA

REGISTRO DE ENFERMERIA  
TÓPICO DE MEDICINA

SERVICIO DE EMERGENCIA

PRIORIDAD

1- DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI: SEXO: EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO: HCL: N° REG:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

MODO DE INGRESO: Caminando ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) En brazo ( )

ACOMPANADO POR: Familiar ( ) Amigo ( ) Camilla ( ) PNP ( ) SAMU ( )

Precedencia:

2- SIGNOS VITALES

|        |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|
| FECHA  |  |  |  |  |
| HORA   |  |  |  |  |
| PA     |  |  |  |  |
| FC     |  |  |  |  |
| FR     |  |  |  |  |
| Sat O2 |  |  |  |  |
| PI02   |  |  |  |  |
| T°     |  |  |  |  |
| HGT    |  |  |  |  |
| PESO   |  |  |  |  |

3- SOAPIE

| TURNO | (5) DATOS SUBJETIVOS |
|-------|----------------------|
|       |                      |
|       |                      |
|       |                      |
|       |                      |

4- DATOS OBJETIVOS

|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
|---|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| D<br>I<br>A<br>G<br>N<br>Ó<br>S<br>T<br>I<br>C<br>O | <b>ALIMENTACIÓN</b>             |                         | A<br>C<br>T<br>I<br>V<br>I<br>D<br>A<br>D<br>E<br>P<br>O<br>S<br>I<br>C<br>O<br>N<br>I<br>T<br>O | Bioquímica/Sanguínea            |  |  |
|   | Apetito: Normal/Disminuido      |                         |  | Talla                           |  |  |
|   | No tolera la dieta              |                         |  | Creptus/Subcreptus              |  |  |
|   | SÍND                            |                         |  | Roncantes/Sibilantes/Estertores |  |  |
|   | A<br>B<br>D<br>O<br>M<br>E<br>N | Normal                  |  | Hemoptias                       |  |  |
|   |                                 | Gravísimo/Leve          |  | Osgema: MA/CdH/AM/MPV           |  |  |
|   |                                 | Coloico                 |  | PI02                            |  |  |
|   |                                 | Reperitias              |  | TEI                             |  |  |
|   | R<br>I<br>D<br>O<br>S           | Asperitas               |  | Ruidos agregados pulmonares     |  |  |
|   |                                 |                         |  | Punto rítmico                   |  |  |
|   |                                 | Arritmia                |  |                                 |  |  |
|   |                                 | Tps                     |  |                                 |  |  |
| P<br>I<br>E<br>L                                    | <b>HIDRATACIÓN</b>              | Estado faringeo         |  |                                 |  |  |
|   | Normal                          | Bradicardia/Taquicardia |  |                                 |  |  |
|   | Pálida                          |                         |  |                                 |  |  |
|   | Cianosis                        |                         |  |                                 |  |  |
| M<br>U<br>C<br>O<br>S<br>A                          | Intensa                         |                         |  |                                 |  |  |
|   | Orfomeas / deshidratado         |                         |  |                                 |  |  |
|   | Rash cutáneo                    |                         |  |                                 |  |  |
|   | Húmeda                          |                         |  |                                 |  |  |
| M<br>U<br>C<br>O<br>S<br>A                          | Seca                            |                         |  |                                 |  |  |
|   | Húmeda                          |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | <b>SISTEMA GENITOURINARIO</b>   |                         |  |                                 |  |  |
|   | Micción espontánea              |                         |  |                                 |  |  |
|   | Sonda Foley                     |                         |  |                                 |  |  |
|   | Debilidad urinaria              |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | Ansiosa / Oliguria              |                         |  |                                 |  |  |
|   | Poliuria / Disuria              |                         |  |                                 |  |  |
|   | Hematuria                       |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | <b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> |                         |  |                                 |  |  |
|   | Epérfilamento                   |                         |  |                                 |  |  |
|   | Diarrea                         |                         |  |                                 |  |  |
|   | Melena/Hematematocencia         |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | Hematemesis                     |                         |  |                                 |  |  |
|   | Nauseas/vómitos                 |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | <b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>     |                         |  |                                 |  |  |
|   | Elimina secreciones             |                         |  |                                 |  |  |
|   | Drenaje torácico                |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | <b>REPUSO - SUEÑO</b>           |                         |  |                                 |  |  |
|   | Sueño consciente                |                         |  |                                 |  |  |
|   | Sedación de infusado            |                         |  |                                 |  |  |
|   | Sedación en bolsa               |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | <b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b>   |                         |  |                                 |  |  |
|   | Patrón respiratorio adecuado    |                         |  |                                 |  |  |
|   | Oxígeno torácico                |                         |  |                                 |  |  |
|   | Oxígeno                         |                         |  |                                 |  |  |
| S<br>I<br>S<br>T<br>E<br>M<br>A                     | Poliuria                        |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |
|   |                                 |                         |  |                                 |  |  |



**A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

- 1) Perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral E/P
- 2) Disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C daño coronario E/P
- 3) Perfusión gastrointestinal ineficaz R/C trastorno gástrico, hepático E/P
- 4) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C anemia E/P
- 5) Perfusión renal ineficaz R/C deterioro de la función renal E/P
- 6) Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la precarga y post carga E/P
- 7) Deterioro de la función hepática R/C abuso de sustancias E/P
- 8) Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios E/P
- 9) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acumulo de secreciones bronquiales E/P
- 10) Intoxicación R/C productos peligroso E/P
- 11) Respuesta alérgica R/C exposición alérgica E/P
- 12) Nivel de glicemia inestable R/C alteración de los mecanismos reguladores E/P
- 13) Déficit de volumen de líquidos R/C diarrea y vómitos E/P
- 14) Desequilibrio de líquido y electrolítico R/C pérdida activa de volumen de líquidos E/P
- 15) Diarrea R/C proceso infeccioso E/P
- 16) Exceso de volumen de líquido R/C deterioro de la función renal E/P
- 17) Confusión aguda R/C abuso de sustancias, patología psiquiátrica E/P
- 18) Ansiedad R/C desconocimiento sobre la enfermedad E/P
- 19) Dolor agudo R/C
- 20)

**(P) PLANIFICACIÓN**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**(I) INTERVENCIÓN**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**(E) EVALUACIÓN**

|                 |          |                 |          |                 |          |
|-----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
|                 |          |                 |          |                 |          |
| INGRESOS        | ENGRESOS | INGRESOS        | ENGRESOS | INGRESOS        | ENGRESOS |
|                 |          |                 |          |                 |          |
| BALANCE HÍDRICO |          | BALANCE HÍDRICO |          | BALANCE HÍDRICO |          |
| FIRMA Y SELLO   |          | FIRMA Y SELLO   |          | FIRMA Y SELLO   |          |

5. Contenido en doble cara – A4



06

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA

REGISTRO DE ENFERMERIA  
TÓPICO DE CIRUGIA

SERVICIO DE EMERGENCIA

PRIORIDAD:

1.- DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI: SEXO: EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO: HCL: N°REG:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

MODO DE INGRESO: Caminando ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) En brazos ( )

ACOMPANADO POR: Familiar ( ) Amigo ( ) Camilla ( ) PNP ( ) SAMU ( )

Procedencia:

2.- SIGNOS VITALES

|        |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|
| FECHA  |  |  |  |  |
| HORA   |  |  |  |  |
| PA     |  |  |  |  |
| FC     |  |  |  |  |
| FR     |  |  |  |  |
| Sat O2 |  |  |  |  |
| Fio2   |  |  |  |  |
| Tº     |  |  |  |  |
| HGT    |  |  |  |  |
| PESO   |  |  |  |  |

3.- SOAPIE

| TURNO | (S) DATOS SUBJETIVOS |
|-------|----------------------|
|       |                      |
|       |                      |
|       |                      |

(O) DATOS OBJETIVOS

|   |                                 |                        |  |                          |   |                                    |                             |  |  |
|---|---------------------------------|------------------------|--|--------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| D<br>2<br>N<br>U<br>T<br>R<br>I<br>C<br>I<br>O<br>N           | ALIMENTACIÓN                    |                        |  |                          | A<br>C<br>T<br>I<br>V<br>I<br>D<br>A<br>D<br>R<br>E<br>P<br>O<br>S<br>O | Bradipnea/Taquipnea                |                             |  |  |
|   | Apetito: NPO/ Normal/Disminuido |                        |  |                          |   | Tiraje                             |                             |  |  |
|   | No tolera la dieta              |                        |  |                          |   | Crépiticos/Subcrépiticos           |                             |  |  |
|   | SNG                             |                        |  |                          |   | Roncantes/Sibilantes/Estertores    |                             |  |  |
|   | Abdomen                         | Normal                 |  |                          |   | Hemoptisis                         |                             |  |  |
|   |                                 | Distendido/Globuloso   |  |                          |   | Oxígeno: MA/CBN/MR/MV              |                             |  |  |
|   |                                 | Doloroso               |  |                          |   | FIO 2                              |                             |  |  |
|   | RHA                             | Presentes/Ausentes     |  |                          |   | TET                                |                             |  |  |
|   |                                 | Disminuidos/Aumentados |  |                          |   | Ruidos agregados pulmonares        |                             |  |  |
|   | HIDRATACIÓN                     |                        |  |                          |   | Pulso rítmico                      |                             |  |  |
| Piel  | Normal                          |                        |  | Arritmia                 |   |                                    |                             |  |  |
|   | Palidez                         |                        |  | Tos                      |   |                                    |                             |  |  |
|   | Cianosis                        |                        |  | Estridor faríngeo        |   |                                    |                             |  |  |
|   | Ictericia                       |                        |  | Bradicardia/Taquicardia  |   |                                    |                             |  |  |
| Mucosa oral   | Rubicundo                       |                        |  | NIVEL DE CONCIENCIA      |   |                                    |                             |  |  |
|   | Seca                            |                        |  | Glasgow (AO= ,RV= ,RM= ) |   |                                    |                             |  |  |
|   |                                 |                        |  | Húmeda                   |   |                                    |                             |  |  |
| Edema (+, ++, +++)  |                                 |                        |  |                          |   | D<br>5                             | Desorientado                |  |  |
| D<br>3<br>E<br>L<br>I<br>M<br>I<br>N<br>A<br>C<br>I<br>O<br>N | SISTEMAS GENÉTICO URINARIO      |                        |  |                          | P<br>E<br>R<br>C<br>E<br>P<br>C<br>I<br>Ó<br>N                          | Somnoliento                        |                             |  |  |
|   | Micción espontánea              |                        |  |                          |   | Soporoso                           |                             |  |  |
|   | Sonda Foley                     |                        |  |                          |   | Coma                               |                             |  |  |
|   | Débito urinario normal          |                        |  |                          |   | Agitación psicomotriz              |                             |  |  |
|   | Anuria/Oliguria                 |                        |  |                          |   | Pupilas: OD= OI=                   |                             |  |  |
|   | Poluria                         |                        |  |                          |   | Reacción pupilar: OD= OI=          |                             |  |  |
|   | Disuria/Hematuria               |                        |  |                          |   | Rigidez de nuca                    |                             |  |  |
|   | SISTEMA GASTROINTESTINAL        |                        |  |                          |   | Convulsiones                       |                             |  |  |
|   | Estreñimiento                   |                        |  |                          |   | Disartria                          |                             |  |  |
|   | Diarrea                         |                        |  |                          |   | Afasia                             |                             |  |  |
| Melena/Hematoquecia   |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Irritable                   |  |  |
| Hematemesis   |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Inquieto/Agresivo           |  |  |
| Nauseas/ vómitos  |                                 |                        |  |                          |   | PRINCIPIOS VITALES                 |                             |  |  |
| Dren laminar/ kher  |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Catéter venoso periférico   |  |  |
| Colostomía/Ileostomía   |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Catéter venoso central      |  |  |
| SISTEMA RESPIRATORIO  |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Equimosis/petequias         |  |  |
| Elimina secreciones   |                                 |                        |  |                          |   | D<br>10                            | Hematoma                    |  |  |
| Drenaje torácico: derecho- izquierdo                          |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Escoriación                 |  |  |
| REPOSO - SUEÑO  |                                 |                        |  |                          |   |                                    | UIPP                        |  |  |
| Sueño conservado  |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Flebitis                    |  |  |
| Sedación de infusión  |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Quemadura: I, II, III Grado |  |  |
| Sedación en bolos   |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Fracturas: Abierta/Cerrada  |  |  |
| D<br>4  | ACTIVIDAD RESPIRATORIA          |                        |  |                          |   | CONFORT                            |                             |  |  |
|   | Patrón respiratorio adecuado    |                        |  |                          |   | Dolor                              |                             |  |  |
|   | Dolor torácico                  |                        |  |                          | D<br>12   | Intensidad: Escala de EVA (1 - 10) |                             |  |  |
|   | Disnea                          |                        |  |                          |   | Localización                       |                             |  |  |
|   | Polipnea                        |                        |  |                          |   | Aparato de yeso/férula             |                             |  |  |
|   |                                 |                        |  |                          |   |                                    | Tracción de partes blandas  |  |  |

Activar  
Ve a Conf



**(A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

- 1) Dolor agudo R/C E/P .....
- 2) Perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral E/P .....
- 3) Disminución de la capacidad adaptativa intracranial R/C lesión cerebral E/P .....
- 4) Patrón respiratorio ineficaz R/C trauma torácico E/P .....
- 5) Disfunción neurovascular periférica R/C Traumatismo Vertebral Modular E/P .....
- 6) Deterioro de la movilidad física R/C alteración de la integridad sea E/P .....
- 7) Deterioro de la eliminación urinaria R/C obstrucción anatómica E/P .....
- 8) Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad prolongada E/P .....
- 9) Desequilibrio de volumen de líquidos R/C quemaduras E/P .....
- 10) Lesión térmica R/C exposición a calor externo E/P .....
- 11) Lesión tisular R/C exposición a agente físico E/P .....
- 12) Ansiedad R/C desconocimiento sobre su enfermedad E/P .....
- 13) Discomfort R/C control insuficiente sobre el entorno E/P .....
- 14) Temor R/C entorno desconocido E/P .....
- 15) .....

**(P) PLANIFICACIÓN**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**(I) INTERVENCIÓN**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**(E) EVALUACION**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| INGRESOS        | ENGRESOS | INGRESOS        | ENGRESOS | INGRESOS        | ENGRESOS |
|-----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
|                 |          |                 |          |                 |          |
| BALANCE HÍDRICO |          | BALANCE HÍDRICO |          | BALANCE HÍDRICO |          |
| FIRMA Y SELLO   |          | FIRMA Y SELLO   |          | FIRMA Y SELLO   |          |



*MA*

[illegible]



| BALANCE HÍDRICO      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| INGRESO/HORA         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL |
| CIN:                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| Dextrosa             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| SPE                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| HAI MACIL            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| HEMO DERIVADOS       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| TTO VO/SNG           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| TTO EV               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| INSULINA             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| DEXTROSA             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| BICARBONATO          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| RIETO DE POTASIO     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| AGUA OXIGENADA       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| TOTAL INGRESO        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| DIURESIS             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| DIPOICION            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| VOMITO               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| RESIDUO GASTRICO     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| SECRECIONES          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| PERDIDAS INSENSIBLES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| TOTAL EGRESO         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| BH TOTAL             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| TURNO: M( ) T( ) N( ) |       |
| A                     | A     |
| P                     | P     |
| I                     | I     |
| E                     | E     |
| FIRMA                 | FIRMA |

7. Contenido en doble cara – A4



# Variedad Resúmen de Hospitalización H.C.

Año 2024

| 1.-  | 2.- Sexo M ( ) F ( ) Edad         |                             |
|------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 3.-  | Paterno                           | Materno                     |
| 4.-  | Estado Matril                     | 5.- Ocupación               |
| 7.-  | Domicilio actual                  | Calle                       |
| 8.-  | Ingreso fecha                     | Admisión N°                 |
| 9.-  | Médico que ordenó hospitalización | 10.- Diagnóstico preventivo |
| 11.- | Transferencia Fecha               | Al Servicio o Sala          |
| 12.- | Traslado fecha                    | Hospital                    |
| 13.- | Alta fecha                        | Hora                        |
| 15.- | Estancias                         | Servicio                    |
| 17.- | Intervención                      | Código                      |
| 18.- | N° de Controles Prenatales        | 19.- Caso de parte          |
| 21.- | Ración nacido fecha               | 22.- Sexo M ( ) F ( )       |
| 25.- | Fallecimiento fecha               | Hora                        |
| 26.- | Diagnóstico: A1                   | a)                          |
| 27.- | Defunción fetal                   | Sexo M ( ) F ( )            |
| 28.- | Observaciones                     | Peso                        |
|      | a) Causa fetal                    |                             |
|      | b) Causa materna                  |                             |
|      |                                   | Kg. Edad aproximada         |

8. Una cara (medidas 14cm x 20.5cm)



[illegible]





HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

10

REGULACIONES DEL HOSPITAL: Debe anotarse todos los síntomas Importantes Positivos y Negativos

ORDEN

- 1.- Síntoma principal
- 2.- Historia de la enfermedad
- 3.- Antecedentes personales
- 4.- Historia Familiar
- 5.- Historia Social
- 6.- Firma

|             |         |         |                        |
|-------------|---------|---------|------------------------|
| Ap. Paterno | Materno | Nombres | N° de Historia Clínica |
|-------------|---------|---------|------------------------|

ANAMNESIS

| REGULACIONES DEL HOSPITAL: Debe anotarse todos los síntomas Importantes Positivos y Negativos |  |
|---|--|
|   | Fecha: ..... Hora: ..... a.m. p.m. Edad: ..... Sexo: ..... Peso: .....<br>Temp.: ..... Pulso: ..... Resp.: ..... Presión Arterial: ..... |
|   |  |
| <b>ORDEN</b>  |  |
| 1.- Inspección General  |  |
| 2.- Cabeza y Cuello   |  |
| 3.- Tórax   |  |
| Pulmones  |  |
| Corazón   |  |
| 4.- Abdomen   |  |
| Génitourinario  |  |
| 5.- Otros Exámenes  |  |
| Especiales  |  |
| Neurológico - Rectal  |  |
| Vaginal   |  |
| 6.- Diagnostico   |  |
| 7.- Firma   |  |
|   | <div>Activar</div> <div>Ve a Confi</div>   |
| <b>EXAMEN CLINICO</b>   |  |

10. Contenido en doble cara – A4.





HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

| Ap. Paterno | Materno | Nombres | Historia C. N° |
|-------------|---------|---------|----------------|
| FECHA       | Edad:   | Peso:   | Temp.:         |
|             | Pulso:  | Resp.:  | Presión Max.:  |
|             |         |         | Min.:          |

**HOJA DE CONTINUACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA**

11. Contenido en doble cara – A4.

CON

12



HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ  
Dpto. de Estadística e Informática

REGULACIONES DEL HOSPITAL: 1) Las ordenes son descontinuadas automaticamente después de 48 horas  
2) Cada orden debe ir acompañada de la firma del médico

| FECHA       |  | HORA    | ORDENES |                |
|-------------|--|---------|---------|----------------|
|             |  |         |         |                |
|             |  |         |         |                |
| Ap. Paterno |  | Materno | Nombres | Historia C. N° |

ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ORDENES MEDICAS



**REGULACIONES DEL HOSPITAL:** 1) Las ordenes son descontinuadas automaticamente despues de 48 horas  
2) Cada orden debe ir acompañada de la firma del médico

| FECHA | HORA | ORDENES |
|-------|------|---------|
|       |      |         |

Act  
Ve a

ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Activar  
Ve a Confi



HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA"  
Huaraz

# SOLICITUD DE SALA DE OPERACIÓN

840 13

PROGRAMADA ( )  
URGENCIA ( )  
EMERGENCIA ( )

COMÚN: ( )  
PACIENTE ASEGURADO: ( )  
PACIENTE PARTICULAR: ( )

PACIENTE: AP PATERNO AP MATERNO NOMBRES EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO LIMPIO: ( ) SUCIO: ( )

INT QUIRURGICA PROGRAMADA FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA SUGERIDA: \_\_\_\_\_ DURACIÓN: \_\_\_\_\_

CIRUJANOS PROGRAMADOS:  
1º CIRUJANO \_\_\_\_\_ 2º CIRUJANO \_\_\_\_\_  
3º CIRUJANO \_\_\_\_\_ AYUDANTE: \_\_\_\_\_

SE REQUIERE ADENAS ELECTROBISTURI ( )  
EX RADIOLOGICO INTRAOPERATORIO ( )  
MONITORIO CARDIACO: ( )  
PRECISAR: \_\_\_\_\_

Huaraz,.....de.....del 20.....

FIRMA \_\_\_\_\_

VºBº JEFE DE DPTO O SERVICIO \_\_\_\_\_

Df.....

Copo de Estadística e Informática



CONI





HOSPITAL DE APOYO  
"Victor Ramos Guardia"  
Huaraz

## MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz NIVEL II-2

### "CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

Art. 19 Ley 17132 - Art. 13 Ley 24193

- 1.- Yo ..... por la presente  
Autorizo al Dr. .... y a su equipo  
quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como .....  
que se realizará el Día ..... de ..... de ..... en .....
- 2.- La intervención enunciada en el punto primero me ha sido totalmente explicada por el cirujano por lo que  
entiendo la naturaleza y consecuencia de dicha intervención y estoy en conocimiento de los Eventuales  
riesgos que pudiesen sobrevivir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados.  
El cirujano me ha explicado acabadamente las expectativas factibles de conseguir con la realización de  
la práctica propuesta. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me ha dado la  
Oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 3.- En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que  
esta sea lo menos notable posible.
- 4.- Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de .....  
....., son similares a  
las de cualquier u otro tipo de operación y podrán ser tales como, inflamación, decoloración de la piel,  
hematoma seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica tejido cicatrizal anormal, infección,  
necrosis, hiperpigmentación, hemorragia fistulas, complicaciones cardiovasculares y/o respiratorias.
- 5.- Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones  
extras o diferente a las acordadas anteriormente, por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano antes  
nombrado a quien el designe, realice las intervenciones que son necesarias y deseables a su juicio  
profesional incluyendo procedimientos tales como estudio anatómico - patológico, radiografías,  
transfusiones de sangre, etc.
- 6.- La autorización concedida bajo este punto tercero, se extenderán para remediar condiciones desconocidas  
por el cirujano en el momento de comenzar la operación.
- 7.- Así también autorizo a que el cirujano o quien designe realice las curaciones y los controles  
necesarios en del periodo post - operatorio.
- 8.- Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o del  
anestesiólogo por él seleccionado y a usar dichas anestésicas como se crea conveniente  
Para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del  
procedimiento.



- 9.- Soy conciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de los mismo en su totalidad.
- 10.- Doy consentimiento a ser fotografiado y/o filmado antes, Durante o después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.
- 11.- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente , autorizando al cirujano realizar la intervención o procedimiento mencionado .

Firma del Familiar (Esposo (a)): \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

DNI./E./C.I.N.: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

DNI./E./C.I.N.: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor, completar :**

El paciente es un menor de .....años de edad y yo (nosotros) él (los) firmante (s) soy (somos) el (los) padre (s) tutor (es) o encargados del paciente y por la presente autorizó (autorizamos) la realización de la intervención o procedimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

INSTRUCTIVO PARA SU UTILIZACIÓN

Unid. de Estadística e Informática



[illegible]



**S DATOS SUBJETIVOS:**

| DIURNA | NOCTURNA |
|--------|----------|
|        |          |
|        |          |
|        |          |
|        |          |

|                                | D | N |                                      | D | N |   | D | N |                            | D | N |
|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|
| <b>GRADO DE DEPENDENCIA:</b>   |   |   | <b>DRENaje TORÁCICO:</b>             |   |   | <b>OxIGENOTERAPIA:</b>                    |   |   | Heridas                    |   |   |
| I- II- III-IV                  |   |   | Derecho                              |   |   | Máscara Reservoir                         |   |   | Localización:              |   |   |
| <b>DOMINIO 1:</b>              |   |   | Izquierdo                            |   |   | Máscara venturi                           |   |   | Escala de Braden (Puntaje) |   |   |
| <b>PROMOCIÓN DE LA SALUD:</b>  |   |   | Características:                     |   |   | CAN                                       |   |   | Lesión Por Presión (LPP)   |   |   |
| Reacción a algún medicamento:  |   |   | <b>DOMINIO 04: ACTIVIDAD /REPOSO</b> |   |   | TET                                       |   |   | Cutánea                    |   |   |
| <b>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</b>    |   |   | Cuadriplegia                         |   |   | Ventilación mecánica                      |   |   | Tisular                    |   |   |
| NPO                            |   |   | Paraplegia                           |   |   | Modo:                                     |   |   | Localización:              |   |   |
| Enteral                        |   |   | Hemiplegia: Derecha (D)              |   |   | FiO2 :                                    |   |   | Vía periférica :           |   |   |
| Parenteral                     |   |   | Izquierda (I)                        |   |   | <b>DOMINIO 05: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN</b>   |   |   | Accesos:                   |   |   |
| SNG                            |   |   | Hemiparesia: Derecha (D)             |   |   | Despierto                                 |   |   | Flebits                    |   |   |
| SGO                            |   |   | Izquierda (I)                        |   |   | Somnoliento                               |   |   | Cateter Venoso Central     |   |   |
| Residuo gástrico               |   |   | Edemas                               |   |   | GLASSGOW                                  |   |   | Acceso:                    |   |   |
| Características                |   |   | Localización:                        |   |   | RASS                                      |   |   | <b>QUEMADURAS</b>          |   |   |
| <b>ABDOMEN:</b>                |   |   | <b>ACTIVIDAD CIRCULATORIA</b>        |   |   | PUPILAS: OD/OI                            |   |   | Grado                      |   |   |
| Distendido                     |   |   | <b>PULSO:</b>                        |   |   | Tolerancia a la OD/OI                     |   |   | Localización:              |   |   |
| Globuloso                      |   |   | Palpable                             |   |   | <b>DOMINIO 09:</b>                        |   |   |                            |   |   |
| Coloroso                       |   |   | Debil                                |   |   | <b>AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS</b> |   |   |                            |   |   |
| Blando/Depresible              |   |   | Rítmico                              |   |   | Ansiedad                                  |   |   |                            |   |   |
| <b>RUIDOS HIDROAEREOS:</b>     |   |   | <b>RITMO CARDIACO:</b>               |   |   | Indiferencia                              |   |   |                            |   |   |
| Presentes                      |   |   | sinusal                              |   |   | Negatividad                               |   |   |                            |   |   |
| Ausentes                       |   |   | Bradicardia                          |   |   | Agresividad                               |   |   |                            |   |   |
| Disminuidos                    |   |   | Taquicardia                          |   |   | <b>DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN</b>   |   |   |                            |   |   |
| Aumentados                     |   |   | Arritmia                             |   |   | <b>PIEL</b>                               |   |   |                            |   |   |
| <b>DOMINIO 03: ELIMINACIÓN</b> |   |   | Otros:                               |   |   | palidez                                   |   |   |                            |   |   |
| <b>MICCIÓN:</b>                |   |   | Presión Arterial P/A                 |   |   | Cianosis                                  |   |   |                            |   |   |
| Espontánea                     |   |   | Normotenso                           |   |   | Astericia                                 |   |   |                            |   |   |
| Sonda Vesical                  |   |   | Hipertensión                         |   |   | Pubicundo                                 |   |   |                            |   |   |
| Poliuria                       |   |   | Hipotensión                          |   |   | Eufonosis                                 |   |   |                            |   |   |
| Oliguria                       |   |   | <b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b>        |   |   | <b>TEMPERATURA</b>                        |   |   |                            |   |   |
| Anuria                         |   |   | <b>RESPIRACIÓN:</b>                  |   |   | Hipertemia                                |   |   |                            |   |   |
| Características:               |   |   | Espontánea                           |   |   | Hipotemia                                 |   |   |                            |   |   |
| <b>DEPOSICIÓN:</b>             |   |   | Eupnea                               |   |   | <b>MUCOSAS ORALES</b>                     |   |   |                            |   |   |
| Diarrea                        |   |   | taquipnea                            |   |   | Humedas                                   |   |   |                            |   |   |
| Esofagismo                     |   |   | Bradipnea                            |   |   | Semihúmedas                               |   |   |                            |   |   |
| Borbotoma                      |   |   | Disnea                               |   |   | Secas                                     |   |   |                            |   |   |
| Colobotoma                     |   |   | ventilación Mecánica                 |   |   | Escala Dowton (puntaje)                   |   |   | <b>DOMINIO 12: CONFORT</b> |   |   |
| Dren laminar                   |   |   | <b>RUIDOS AGREGADOS:</b>             |   |   | Succion mecánica                          |   |   | Dolor                      |   |   |
| Dren Kar                       |   |   | Crepitantes                          |   |   | Equimosis                                 |   |   | Agudo                      |   |   |
| <b>GENITALES:</b>              |   |   | Subcrepitios                         |   |   | Localización:                             |   |   | Crónico                    |   |   |
| Secreciones                    |   |   | Rocantes                             |   |   | Localización:                             |   |   | Localización               |   |   |
| Ginecorragia                   |   |   | Sibilantes                           |   |   | Localización:                             |   |   | Tipo:                      |   |   |
| Loquios                        |   |   | Secrecion Bronquial                  |   |   |   |   |   |                            |   |   |
| Utero contraído                |   |   | Características                      |   |   |   |   |   |                            |   |   |

[illegible]



| CÓDIGO | A DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA  | D | N |
|--------|---|---|---|
| 00002  | Nutrición desequilibrada: menos que los requerimientos corporales R/C |   |   |
| 00079  | Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable F/R                    |   |   |
| 00195  | Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R                             |   |   |
| 00027  | Volumen de líquido deficiente R/C                                     |   |   |
| 00026  | Exceso de volumen de líquido R/C                                      |   |   |
| 00016  | Eliminación urinaria alterada R/C                                     |   |   |
| 00023  | Retención urinaria R/C  |   |   |
| 00011  | Estreñimiento R/C   |   |   |
| 00013  | Diarrea R/C   |   |   |
| 00196  | Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C                           |   |   |
| 00030  | Intercambio de gases deteriorado R/C                                  |   |   |
| 00095  | Insomnio R/C  |   |   |
| 00198  | Patrón de sueño perturbado R/C  |   |   |
| 00085  | Movilidad física deteriorada R/C                                      |   |   |
| 00093  | Fatiga R/C  |   |   |
| 00082  | Patrón de respiración ineficaz R/C                                    |   |   |
| 00033  | Ventilación espontánea deteriorada R/C                                |   |   |
| 00200  | Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco F/R         |   |   |
| 00201  | Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral F/R                  |   |   |
| 00034  | Respuesta de destete ventilatorio disfuncional R/C                    |   |   |
| 00108  | Deficit de autocuidado al bañarse R/C                                 |   |   |
| 00128  | Confusión aguda R/C   |   |   |
| 00146  | Ansiedad R/C  |   |   |
| 00009  | Disreflexia autonómica R/C  |   |   |
| 00004  | Riesgo de infección F/R   |   |   |
| 00031  | Despejo ineficaz de las vías respiratorias                            |   |   |
| 00039  | Riesgo de aspiración F/R  |   |   |
| 00206  | Riesgo de hemorragia F/R  |   |   |
| 00303  | Riesgo de caídas en adultos F/R                                       |   |   |
| 00035  | Riesgo de lesiones F/R  |   |   |
| 00312  | Lesión por presión en adultos R/C                                     |   |   |
| 00205  | Riesgo de shock F/R   |   |   |
| 00046  | Integridad de la piel deteriorada R/C                                 |   |   |
| 00100  | Recuperación quirúrgica retrasada R/C                                 |   |   |
| 00044  | Integridad del tejido deteriorada R/C                                 |   |   |
| 00007  | Hipertermia R/C   |   |   |
| 00006  | Hipotermia R/C  |   |   |
| 00134  | Náusea R/C  |   |   |
| 00132  | Dolor agudo R/C   |   |   |
| 0029   | Disminución del gasto cardíaco F/R                                    |   |   |
|        |   |   |   |
|        |   |   |   |
|        |   |   |   |
|        |   |   |   |

**P PLANIFICACIÓN (OBJETIVOS)**

[illegible]



| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA |   |   |   |  |
|------------------------------|---|---|---|--|
| Nº                           | INTERVENCIONES  | D | N |  |
|                              | Monitoreo hemodinámico  |   |   |  |
|                              | control de funciones vitales cada hora  |   |   |  |
|                              | Monitoreo neurológico   |   |   |  |
|                              | Monitoreo ventilatorio  |   |   |  |
|                              | Baño de esponja; cuidados del cabello, cuidados del ojo, mantenimiento de la salud bucal, cuidados perineales |   |   |  |
|                              | Cuidados del paciente encamado; masajes simple, cambios posturales  |   |   |  |
|                              | Cuidado de sonda nasogastrica   |   |   |  |
|                              | Cuidado de sonda vesical  |   |   |  |
|                              | Cuidado de tubo endotraqueal  |   |   |  |
|                              | Cuidado de cateter venoso central   |   |   |  |
|                              | Cuidados de las úlceras por presión   |   |   |  |
|                              | Oxigenoterapia  |   |   |  |
|                              | Inserción de Sonda Nasogástrica U Orogastrica   |   |   |  |
|                              | Alimentación enteral por sonda Nasogastrica   |   |   |  |
|                              | Sondaje vesical   |   |   |  |
|                              | Manejo de la eliminación urinaria   |   |   |  |
|                              | Manejo ácido - base/  |   |   |  |
|                              | Manejo de electrolitos  |   |   |  |
|                              | Manejo de líquidos  |   |   |  |
|                              | Manejo de hipoglicemia/hiperglicemia  |   |   |  |
|                              | Glucometría   |   |   |  |
|                              | Administración de sedoanalgesia continua  |   |   |  |
|                              | Manejo de vasopresores/vasodilatadores.   |   |   |  |
|                              | Administración de analgésicos   |   |   |  |
|                              | Administración de medicamentos  |   |   |  |
|                              | Administración de productos sanguíneos  |   |   |  |
|                              | Manejo de edema cerebral  |   |   |  |

| INTERVENCIONES |  |   |   |  |
|----------------|--|---|---|--|
| Nº             | INTERVENCIONES   | D | N |  |
| 28             | Reanimación Cardio Pulmonar  |   |   |  |
| 29             | Ventilación mecánica.  |   |   |  |
| 30             | Aspiración de Secreción por TET/TOT  |   |   |  |
| 31             | Aspiración por cavidad oral  |   |   |  |
| 32             | Participación con el médico en INTUBACION ENDOTRAQUEAL y estabilización de vías aéreas |   |   |  |
| 33             | Participación con el medico en colocación de Cateter Venoso Central (CVC)              |   |   |  |
| 34             | Cateterismo venoso periférico  |   |   |  |
| 35             | Tratamiento de la fiebre   |   |   |  |
| 36             | Manejo de la hipovolemia   |   |   |  |
| 37             | Punción Arterial (AGA)   |   |   |  |
| 38             | Sujeción física  |   |   |  |
| 39             | Toma de Electrocardiograma ( EKG )   |   |   |  |
| 40             | Cuidado de Colostomia e Ileostomia   |   |   |  |
| 41             | Fisioterapia Respiratoria  |   |   |  |
| 42             | Nebulizaciones/Inhalaciones.   |   |   |  |
| 43             | Lavado Gástrico  |   |   |  |
| 44             | tratamiento por via oral/SNG   |   |   |  |
| 45             | Elaboración de Kardex  |   |   |  |
| 46             | Traslado de paciente para exámenes complementarios.                                    |   |   |  |
| 47             | Preparación de bombas de infusión  |   |   |  |
| 48             | Cambio de equipos biomedicos   |   |   |  |
| 49             | traslado de paciente a .....   |   |   |  |
| 50             | Cuidado de Hemoback, Jacson Prad, Beaker   |   |   |  |
| 51             | Extubación endotraqueal  |   |   |  |
| 52             | Retiro de cateter venoso central   |   |   |  |
| 53             |  |   |   |  |
| 54             |  |   |   |  |

|             |  | DIURNA | NOCTURNA |
|-------------|--|--------|----------|
| TERAPEUTICA |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |
| EVALUACION  |  |        |          |
|             |  |        |          |
|             |  |        |          |

| EVALUACION |  |
|------------|--|
|            |  |
|            |  |
|            |  |
|            |  |

| Uc. de Enfermería |  |
|-------------------|--|
|                   |  |





HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ  
Dpto. de Estadística e Informática

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud:

Señores (a)

Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias. La mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarle (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; **siempre y cuando usted autorice** que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamento en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención.

Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, estos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

### EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....de.....del 20.....

Hora:.....

Yo..... con DNI N°.....  
Historia Clínica N°..... declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006 - SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a).

SI consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )  
No consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

|  |   |
|--|---|
| Firma o huella digital del paciente o representante legal<br>DNI N°: ..... | Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento<br>DNI N°: ..... |
|--|---|

### REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha.....de.....del 20.....

|  |   |
|--|---|
| Firma o huella digital del paciente o representante legal<br>DNI N°: ..... | Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria<br>DNI N°: .....<br>Nota: Cualquier profesional de la salud |
|--|---|



18

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ NIVEL II-2  
HISTORIA CLINICA - DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Fecha de ingreso a Emergencia ☐ Consultorio: ☐ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Informante y parentesco: \_\_\_\_\_ N° de Telf.: \_\_\_\_\_  
SEGURO: Particular: ☐ SIS: ☐ 020 - 2 - \_\_\_\_\_

I. ANAMNESIS

1) Datos de filiación:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐ Idioma: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

2) Enfermedad Actual:

Síntomas o signos principales: \_\_\_\_\_  
Tiempo de Enfermedad: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Funciones Biológicas:

APETITO: \_\_\_\_\_ SED: \_\_\_\_\_ SUEÑO: \_\_\_\_\_  
ORINA: \_\_\_\_\_ DEPOSICIONES: \_\_\_\_\_

3) Antecedentes:

a) Antecedentes Personales:

- Cirugías previas: \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_
- Alergias, RAMs \_\_\_\_\_
- Patologías: HTA ☐ DM ☐ otros: \_\_\_\_\_
- Toma de medicamentos diarios: \_\_\_\_\_

Consumo de Anticoagulantes: Si ☐ No ☐ Varices en miembros inferiores: Si ☐ No ☐  
Consumo de tabaco: Si ☐ No ☐ Consumo de Alcohol: Si ☐ No ☐  
Consumo de sustancias ilícitas: Si ☐ No ☐

b) Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

| APELLIDOS Y NOMBRES            |         | 1ª HISTORIA CLINICA |
|--------------------------------|---------|---------------------|
| DEPARTAMENTO<br><b>CIRUGIA</b> | CIRUGIA | 1ª CABA             |

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ NIVEL II-2

II. EXAMEN FISICO/CLINICO

Signos vitales: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

Somatometría: Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Examen general: \_\_\_\_\_

Examen regional

1) Piel y anexos: \_\_\_\_\_

2) TCSC: \_\_\_\_\_

3) CABEZA Y CUELLO: \_\_\_\_\_

4) TÓRAX Y PULMONES: \_\_\_\_\_

5) APARATO CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

6) ABDOMEN: \_\_\_\_\_

• REGIÓN INGUINAL: \_\_\_\_\_

7) ANO Y RECTO: \_\_\_\_\_

8) GENITOURINARIO: PPL Izq. ☐ PPL Der. ☐ ☐ \_\_\_\_\_

• PRÓSTATA: \_\_\_\_\_

• EXAMEN BIMANUAL: \_\_\_\_\_

9) OSTEOMUSCULAR: Pulsos: MMSS D\* ☐ MMSS I\* ☐ MMII D\* ☐ MMII I\* ☐ \_\_\_\_\_

10) NEUROLÓGICO: ECG \_\_\_\_\_ puntos (AO \_\_\_\_\_ RV \_\_\_\_\_ RM \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (\*)

CIE-10: \_\_\_\_\_

CIE-10: \_\_\_\_\_

CIE-10: \_\_\_\_\_

CIE-10: \_\_\_\_\_

IV. PLAN DE TRABAJO

MEDICO RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO

MÉDICO RESIDENTE RESPONSABLE:

INTERNO DE MEDICINA:

MEDICO ASISTENTE RESPONSABLE:

\*1) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y COMORBILIDADES.

| APELLIDOS Y NOMBRES |          | N° HISTORIA CLÍNICA |
|---------------------|----------|---------------------|
| DEPARTAMENTO        | SERVICIO | N° CAMA             |
| CIRUGÍA             |          |                     |



19

SERVICIO DE CIRUGIA

CHECK LIST DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA EN EL PERIODO



Nombres y Apellidos:

Dx medico

Edad:

Sexo:

N° de cama

Servicio:

fecha:

N° DN

Intervencion Quirurgica Programada:

| OBSERVACIONES   | ALTERNATIVAS |    | OBSERVACIONES |
|---|--------------|----|---------------|
| Revision o Instalación de brazalete de identificación | SI           | NO |               |
| consentimiento informado firmado                      | SI           | NO |               |
| Resultados de prueba covid actualizado                | SI           | NO |               |
| Exámenes auxiliares actualizados                      | SI           | NO |               |
| Baño y preparación pre operatoria                     | SI           | NO |               |
| Ayunas del paciente                                   | SI           | NO |               |
| Ausencia de esmalte y prótesis dental                 | SI           | NO |               |
| Vendaje en miembros inferiores                        | SI           | NO |               |
| Tiene receta de medicamentos para SOP                 | SI           | NO |               |
| Se administro antibioticos indicados                  | SI           | NO |               |
| Colocación de vía periférica permeable                | SI           | NO |               |
| Alergia a medicamentos                                | SI           | NO |               |
| Informa de alergias a medicamentos                    | SI           | NO |               |
| <b>Exámenes Pre-Operatorios:</b>                      |              |    |               |
| 1.Grupo y Factor Rh                                   | SI           | NO |               |
| 2. Hemoglobina  | SI           | NO |               |
| 3. Pruebas de coagulación                             | SI           | NO |               |
| 4. Glicemia   | SI           | NO |               |
| 5. EKG  | SI           | NO |               |
| 6. Orina Completa                                     | SI           | NO |               |
| 7. Riesgo Quirurgico (RQ)                             | SI           | NO |               |
| 8. Placa radiografica (Rayos X u otros)               | SI           | NO |               |




Activar V  
Ve a Config







21

|   |   | Duración del Internamiento    Más de 24 Hrs. <input type="checkbox"/><br>Menos de 24 Hrs. <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|-----------------------|------------|--|----|--|----|--|----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----|--|--|--|--|
| Dirección de Estadística e Informática<br>Código del Establecimiento <input style="width: 100px;" type="text"/><br>Historia Clínica <input style="width: 100px;" type="text"/>   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 1.- FECHA Y HORA DE INGRESO<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">DÍA</td> <td style="width: 25%;">HORA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>  | AÑO                                       | MES  | DÍA                                       | HORA  | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | 4. SERVICIO / ESPECIALIDAD<br><input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | 6.- DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.</td> <td style="width: 95%;"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> </table> |                       | 1.         | <input style="width: 90%;" type="text"/> | 2. | <input style="width: 90%;" type="text"/> | 3. | <input style="width: 90%;" type="text"/> | 4. | <input style="width: 90%;" type="text"/> |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| AÑO  | MES                                       | DÍA  | HORA                                      |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input style="width: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 20px;" type="text"/> |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 1.   | <input style="width: 90%;" type="text"/>  |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 2.   | <input style="width: 90%;" type="text"/>  |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 3.   | <input style="width: 90%;" type="text"/>  |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 4.   | <input style="width: 90%;" type="text"/>  |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 2. VIA DE ADMISION:<br><input style="width: 100%;" type="text"/>   |   | 5. REFERIDO DE<br><input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 3. N° DE CAMA:<br><input style="width: 100%;" type="text"/>  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| Anote únicamente los datos más importantes<br>Anamnesis: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>Examen clínico (Anotar solo los datos positivos) _____<br>_____<br>_____<br>Exámenes Auxiliares (Anotar solo los datos positivos) _____<br>_____<br>_____<br>Evolución: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamiento Recibido durante la Hospitalización</th> </tr> <tr> <th>Nombre Genérico</th> <th>Dosis</th> <th>Via de Administración</th> <th>Frecuencia</th> <th>Días de Tto.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |   |  |   | Tratamiento Recibido durante la Hospitalización |   |   |   |   | Nombre Genérico   | Dosis  | Via de Administración | Frecuencia | Días de Tto.                             | 1  |  |    |  |    | 2  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |
| Tratamiento Recibido durante la Hospitalización  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| Nombre Genérico  | Dosis                                     | Via de Administración  | Frecuencia                                | Días de Tto.                                    |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 1  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 2  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 3  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 4  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 5  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 6  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 7  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 8  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 9  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 10   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 7.- TRANSFERIDO AL SERVICIO / ESPECIALIDAD 1<br><input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>  |   | 8. FECHA<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">DÍA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>  |   | AÑO   | MES                                       | DÍA                                       | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/>   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| AÑO  | MES                                       | DÍA  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input style="width: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/>  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 9.- TRANSFERIDO AL SERVICIO / ESPECIALIDAD 2<br><input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>  |   | 10. FECHA<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">DÍA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> |   | AÑO   | MES                                       | DÍA                                       | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/>   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| AÑO  | MES                                       | DÍA  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input style="width: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/>  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| Apellido Paterno <input style="width: 100%;" type="text"/>   |   | Apellido Materno <input style="width: 100%;" type="text"/>   |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| Nombres <input style="width: 100%;" type="text"/>  |   | Edad <input style="width: 50px;" type="text"/> Sexo <input style="width: 50px;" type="text"/>  |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| Servicio / Especialidad <input style="width: 100%;" type="text"/>  |   | N° de Cama <input style="width: 50px;" type="text"/>   |   |   |   |   |   |   |   |  |                       |            |  |    |  |    |  |    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |    |  |  |  |  |

**HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS**



| Tratamiento Recibido durante la Hospitalización |       |                       |            |            |
|---|-------|-----------------------|------------|------------|
| Nombre Genérico                                 | Dosis | Vía de Administración | Frecuencia | Días de To |
| 1   |       |                       |            |            |
| 2   |       |                       |            |            |
| 3   |       |                       |            |            |
| 4   |       |                       |            |            |
| 5   |       |                       |            |            |
| 6   |       |                       |            |            |
| 7   |       |                       |            |            |
| 8   |       |                       |            |            |
| 9   |       |                       |            |            |
| 10  |       |                       |            |            |

11.- Procedimientos Terapéuticos y Diagnóstico Realizados (Anotar en Orden de Importancia)

| Hombre |  | CPT99 |
|--------|--|-------|
| 1      |  |       |
| 2      |  |       |
| 3      |  |       |
| 4      |  |       |
| 5      |  |       |

Complicaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datos del Egreso del Servicio

12.- FECHA Y HORA DE EGRESO

|     |     |     |      |
|-----|-----|-----|------|
| Año | Mes | Día | HORA |
|     |     |     |      |

13.- ESTADÍA TOTAL

|      |
|------|
| DÍAS |
|      |

14.- TIPO DE ALTA

Alta por indicación médica ☐

Alta voluntaria o contra indicación médica ☐

Fuga ☐

Referencia ☐

15.- Condición de alta (Marca con una aspa o cruz)

Curado ☐ Mejorado ☐ Inalterado ☐ Fallecido ☐

17.- Pronóstico (Marca con una aspa o cruz):

Bueno ☐ Reservado ☐ Malo ☐

16.- En Caso de referencia indicar Establecimiento de destino:

18.- Diagnóstico Principal

19.- Diagnósticos Secundarios

CIE 10

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Información sobre mortalidad

20.- Se realizó necropsia? (Marca con una Aspa o Cruz)      Si ☐      No ☐

21.- Indicar las causas de muerte

| Causas             | CIE 10 |
|--------------------|--------|
| Causas Final:      |        |
| Causas Intermedia: |        |
| Causas Básicas:    |        |

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura

**HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS**



PERÚ Ministerio de Salud



H.C.:

## HISTORIA CLÍNICA - PEDIATRÍA

### I. ANAMNESIS.

#### A. FILIACIÓN:

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

Pertenencia étnica: \_\_\_\_\_ DNI del Px: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F) Religión: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

N° DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: (S) (C) (V) (D)

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a pediatría: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de atención: \_\_\_\_\_

#### B. ENFERMEDAD ACTUAL, TIEMPO DE ENFERMEDAD :

- Signos y síntomas principales, forma de inicio, curso, relato de la enfermedad.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Tratamiento recibido antes de hospitalización.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Activar  
Ve a Conf

DPTO DE PEDIATRÍA

1





**C. FUNCIONES BIOLÓGICAS:**

Apetito: \_\_\_\_\_ Sueño: \_\_\_\_\_ Sudoración: \_\_\_\_\_  
Sed: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Heces: \_\_\_\_\_ Animo: \_\_\_\_\_

**D. ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:**

• **PRENATALES**

N° de gestación: \_\_\_\_\_ CPN: \_\_\_\_\_ N° de veces: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

**Eventualidades en el Embarazo:**

1 Trimestre: \_\_\_\_\_  
2 Trimestre: \_\_\_\_\_  
3 Trimestre: \_\_\_\_\_

**NATALES:**

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Corte tardío de cordón: SI ( ) NO ( )

Le realizaron contacto piel a piel: (SI) (NO)

Reanimación neonatal: ( )

Parto: eutócico: ( )

Distócico: ( )

Especificar distocia: \_\_\_\_\_

Atención: domiciliaria: ( )

Institucional: ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ gr.

Llanto inmediato al nacer: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

PC: \_\_\_\_\_

Alojamiento Conjunto: \_\_\_\_\_

APGAR: 1' = \_\_\_\_\_ 5' = \_\_\_\_\_

**POST NATALES:**

Alimentación: IME ( ) Mixta ( ) Fórmula ( )

Inicio de alimentación Complementaria ( ).

Tamizaje neonatal: SI ( ) NO ( )

65





Hospitalizaciones:

Intervenciones quirúrgicas:

Transfusiones Sanguíneas:

Alergia a medicamentos:

FAMILIARES:

Padre:

Madre:

Hermano:

Patologías Familiares:

SOCIO ECONÓMICO:

vivienda: Material: n° habitaciones: n° persona:

Servicios: Luz: ( ) agua: ( ) desagüe: ( )

eliminación de excretas: sifo: ( ) aire libre: ( ) sshh: ( )

electrodomésticos: (SI) (NO)

animales domésticos: (SI) (NO) específicas:

insectos: Roedores:

alimentación familiar:

EPIDEMIOLÓGICAS:

Niega contacto de riesgo ( )

1. Examen físico

Fecha: / /

T° FR F.C. P.A.

Sat 02

| DATOS |  | CLASIFICACIÓN | PERCENTILES | VALORACIÓN NUTRICIONAL |
|-------|--|---------------|-------------|------------------------|
| PESO  |  | P/T           |             |                        |
| TALLA |  | P/E           |             |                        |
| PC    |  | T/E           |             |                        |
| IMC   |  | IMC/E         |             |                        |

2. EXAMEN GENERAL

Ectoscopia:

Piel y faneras:

DPTO DE PEDIATRIA.

4



PERÚ

Ministerio  
de Salud



TCSC:

Sistema Linfático:

Sistema Osteomioarticular:

Extremidades:

#### E. EXAMEN REGIONAL

Cabeza

Cráneo:

Ojo:

Nariz:

Oídos:

Boca:

Máxilo - Facial:

Cuello:

Orofaringe:

Tórax:

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Neurológico:

Activar  
Ve a Conf





PERÚ Ministerio de Salud



**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**  
**DIAGNOSTICO (S) PATOLÓGICOS:**

.....  
.....  
.....  
.....

CIE 10: .....  
CIE 10: .....  
CIE 10: .....  
CIE 10: .....

**DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO:**

.....  
.....  
.....

CIE 10: .....  
CIE 10: .....  
CIE 10: .....

**DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:**

.....  
.....  
.....

CIE 10: .....  
CIE 10: .....  
CIE 10: .....

**TRATAMIENTO:**

.....  
.....  
.....  
.....

**PLAN DE TRABAJO: (Exámenes de ayuda diagnostica, Procedimiento médico-quirúrgicos, Interconsulta)**

.....  
.....  
.....  
.....

FIRMA Y NOMBRE DEL INTERNO

FIRMA Y SELLO MEDICO RESIDENTE

FIRMA Y NOMBRE DE ASISTENTE

FIRMA Y SELLO JEFE DE SERVICIO

DPTO DE PEDIATRIA.

6

23



HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

|            |   |         |                        |
|------------|---|---------|------------------------|
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         |                        |
|            | .....   |         | Y así sucesivamente    |
|            | Pegue al 2do. resultado con la parte superior en esta línea | .....   |                        |
|            | Pegue el 1er. resultado con la parte superior en esta línea | .....   |                        |
|            |   |         |                        |
| Ap Paterno | Ap Materno  | Nombres | N° de Historia Clínica |

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

23. Una cara – A4

Activar  
Vea a Conf

CON



**MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL DE APOYO "V.R.G." - HUARAZ**

**DEPARTAMENTO DE:**

HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA"  
HUARAZ

**Sirva a contestar los resultados de las consultas antes de 24 horas**

**Pedido de consulta al departamento / servicio de:**

## Finding

**Howard**

自 强  
自 强

Firma del Médico Tratante:

**INFORME DE LA CONSULTA :**

## Further

**Hora**

2004  
2005

**Firma del Medico Tricante**

### Apetido Palano

## Apollonia Materno

## Nonlinear

Cassa N°

MC, NP

Fy. Chr. de. 1544/1545

5

**PRODUCED BY**



25

## AVISO DE FALLECIMIENTO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ No como \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Día Y hora de fallecimiento \_\_\_\_\_

Medico que constata el fallecimiento \_\_\_\_\_

Firma de enfermero de turno \_\_\_\_\_

25. Una cara (1/4 de hoja bon)

26

## VOLUNTARIO

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_  
de Don(ña) en este nosocomio en el servicio de \_\_\_\_\_ Cama N° \_\_\_\_\_

Decido voluntariamente retirar a su paciente de este centro Hospitalario a pesar de las indicaciones  
médicas para que siga permaneciendo hospitalizado con los que se logra la curación del paciente.

Por lo tanto dejo sin responsabilidad a los médicos, como al hospital por los riesgos o complicaciones  
que pudieran sucederle a mi paciente como consecuencia de mi decisión.

Huaraz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TITULAR**  
L.E. N° \_\_\_\_\_

Huella  
Digital  
(Índice Derecho)

**FIRMA DEL PACIENTE**  
L.E. N° \_\_\_\_\_

Huella  
Digital  
(Índice Derecho)

26. Una cara (medidas 14cm x 20.5cm)



[illegible]



## EXAMEN FÍSICO INMEDIATO

|   |     |  |   |   |
|---|-----|--|---|---|
| F.V.:   | T°: | F.C.:  | F.R.:   | P.A.:   |
| COLOR DE PIEL<br>PLETÓRICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PALIDEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIANOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |     |  | SDR LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/><br>GRAVE <input type="checkbox"/>               |   |
| MALFORMACIONES<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR: _____  |     |  | NEUROLÓGICO<br><input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> EXCITADO |   |
| LESIONES<br><input type="checkbox"/> ASENTES <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICAS <input type="checkbox"/> NO TRAUMÁTICAS (ESPECIFICAR) _____   |     |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> FRACTURAS EN GRAL. _____<br><input type="checkbox"/> PARÁLISIS FACIAL <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS VISCERALES _____<br><input type="checkbox"/> PARÁLISIS BRACIAL <input type="checkbox"/> OTROS TRAUMAS _____                         |     |  |   |   |
| ABDOMEN<br><input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL   |     | REGIÓN<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                  |   | EXPULSIÓN DE MECONIO<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| TORAX Y PULMONES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL   |     | CARDIOVASCULAR<br><input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |   |   |
| LORTOLANI = <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>BARLOW = <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>   |     |  |   |   |
| Observaciones: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |     |  |   |   |
| DIAGNÓSTICO INGRESO<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |     |  |   |   |
| SALA DE PERMANENCIA DEL NEONATO<br><input type="checkbox"/> JUNTO A LA MADRE <input type="checkbox"/> INTERMEDIO I<br><input type="checkbox"/> UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE INFECCIONES<br><input type="checkbox"/> INTERMEDIO II <input type="checkbox"/> TRASLADO |     |  | EN CASO DE TRASLADO<br>LUGAR: _____<br>FECHA: _____ HORA: _____   |   |
| FECHA:  |     | NOMBRE DEL MÉDICO EXAMINADOR   |   | FIRMA   |



28



**REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD: ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO**

**NEONATOLOGÍA**

**A. DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

Apellidos RN: \_\_\_\_\_ N° HCL: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐  
Tipo de Nacimiento: Vaginal ☐ Instrumentado ☐  
Cesárea ☐ motivo: \_\_\_\_\_  
Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas por Capurro  
Peso/Edad AEG ☐ PEG ☐ GES ☐

**B. DATOS DE LA MADRE Y EL PADRE:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ N° HCL Madre: \_\_\_\_\_  
N° Celular: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_  
N° Hijo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años Ocupación: \_\_\_\_\_

LUGAR DE CPN: \_\_\_\_\_

**Huella Plantar**

**SOAPIE:**

**5 DATOS SUBJETIVOS:**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Información de GO       |  |
| Factores de Riesgo      |  |
| Información de la madre |  |

**6 DATOS OBJETIVOS:**

**PUNTAJE APGAR:** 1 min ☐ 5 min ☐

1- Condiciones en el Nacimiento:

**2- Examen Físico**

|             |                    |                  |  |  |             |                           |             |  |  |            |                                  |                  |  |  |
|-------------|--------------------|------------------|--|--|-------------|---------------------------|-------------|--|--|------------|----------------------------------|------------------|--|--|
| CABE-<br>ZA | Fontanelas         | Normotensas      |  |  | CABE-<br>ZA | Cuello                    | Cilindro    |  |  | TO-<br>RAX | Respuesta                        | Tiraje Subcostal |  |  |
|             |                    | Hundida          |  |  |             |                           | Moyl        |  |  |            | Cordio-<br>respirato             | Retracción alar  |  |  |
|             |                    | Abombada         |  |  |             |                           | Torticollis |  |  |            | Tes                              | Aleteo nasal     |  |  |
|             |                    | Amplia           |  |  |             |                           | Amplia      |  |  |            | Silverman                        | Desbalance IA    |  |  |
|             | Suturas            | Maldenada        |  |  |             | Tórax                     | Simétrico   |  |  |            | Anderson                         | Quejido espiral  |  |  |
|             |                    | Amplio           |  |  |             |                           | Asimétrico  |  |  |            |                                  | Total            |  |  |
|             | Caput<br>Sucedan.  | Cebalgadas       |  |  |             | Exótago<br>permeable      | SI          |  |  |            | Caract.<br>de la<br>Respiración  | Normal           |  |  |
|             | Orejas             | SI               |  |  |             | Fractura del<br>clavicula | NO          |  |  |            |                                  | Polienea         |  |  |
|             |                    | Simétricas       |  |  |             | Secreción de<br>mamas     | SI          |  |  |            |                                  | Apnea            |  |  |
|             |                    | Asimétricas      |  |  |             | Secreción<br>pulmonares   | NO          |  |  |            |                                  | Bradipnea        |  |  |
|             | Permealo<br>coanas | Agnesia lab. Aur |  |  |             |                           | SI          |  |  |            | Caracteris.<br>Resp.<br>Cardíaca | Taquicardia      |  |  |
|             |                    | SI               |  |  |             |                           | NO          |  |  |            |                                  | Soplo cardíaco   |  |  |
|             |                    | NO               |  |  |             |                           | SI          |  |  |            |                                  | Ulenado capilar  |  |  |
|             | Boca               | Normal           |  |  |             | Ruidos<br>pulmonares      | NO          |  |  |            |                                  |                  |  |  |
|             |                    | Paladar hendido  |  |  |             |                           | Crepitantes |  |  |            |                                  |                  |  |  |
|             |                    | Lado Leprino     |  |  |             |                           | Roncantes   |  |  |            |                                  |                  |  |  |
|             |                    |                  |  |  |             |                           | Sibilantes  |  |  |            |                                  |                  |  |  |



|                       |                         |                             |                            |                  |                      |                     |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| AB-<br>DO-<br>MEN     | Características         | Blando y Depres.<br>Globose | EXTREMIDADES<br>SUPERIORES | Simétricos       | Actividad            | Activo              |
|                       | Ruidos Hidro-<br>acénos | Discrep.<br>Timbrado        |                            | Asimétricos      |                      | Hipoactivo          |
| GENITO<br>URINARIO    |                         | Presente                    | EXTREMIDADES<br>INFERIORES | Polidactilia     | VALO-<br>RA-<br>CION | Irritable           |
|                       |                         | Ausente                     |                            | Sindactilia      |                      | Tremores            |
|                       |                         | Aumentados                  |                            | Agencia          |                      | Irritable           |
|                       |                         | Disminuidos                 |                            | Idemia           |                      | Igta anormal extm.  |
|                       |                         | Hipertrofia labio           |                            | Simétricos       |                      | Mov. involunt.      |
|                       |                         | Secreciones                 |                            | Asimétricos      |                      | Dedos extendidos    |
|                       |                         | Fimosis                     |                            | Polidactilia     | REFLE-<br>JOS        | Busqueda            |
|                       |                         | Termo. Desprendidos         |                            | Sindactilia      |                      | Succión             |
|                       |                         | Crispquida                  |                            | Idemia           |                      | Deglución           |
|                       |                         | Sexo ambiguo                |                            | Idemia           |                      | Microp              |
| Permeabilidad<br>Anal |                         | Si                          | PIEL                       | Hidra-<br>tación |                      | Presión palmar      |
|                       |                         | No                          |                            | Color            |                      | Presión Plantar     |
| Corte<br>MATER        | Vertebrae               | Simétricos                  |                            | Húmeda           |                      | Marcha aut.         |
|                       |                         | Asimétricos                 |                            | Resaca           |                      | Disposición - madre |
| Tono Muscular         |                         | Normal                      |                            | Falsa            |                      | Si                  |
|                       |                         | Hipotonico                  |                            | Simétrico        |                      | NO                  |
|                       |                         | Hipertonico                 |                            | Idemica          |                      | Resones             |
|                       |                         |                             |                            | Redrico          |                      | de la               |
|                       |                         |                             |                            |                  |                      | madre               |
|                       |                         |                             |                            |                  |                      | inveridos           |

Funciones Vitales: T°: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ SAT O2: \_\_\_\_\_

#### A Análisis (DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA)

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA                            |   | DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA                 |  |
|--|---|---|--|
| Lactancia materna ineficaz r/c                       | Ansiedad materna<br>Conocim. insuficiente. Padres s/import. L.M.<br>Conocim. insuf. Padres s/tec. Amamantam.<br>Dolor de la madre<br>Fatiga materna<br>Reflejo de succión débil de la lactante<br>Secreción láctea inadecuada | Limpieza ineficaz vías aéreas r/c         | Presencia líquido meconial sanguinolento<br>Secreciones excesivas de líquido amniot.   |
| Interrupción de Lact.Mat. r/c                        | Separación materna del infante<br>Contraindicaciones para la lactancia<br>Enfermedad de la madre<br>Prematuridad  | Patrón Resp. Ineficaz r/c                 | Fatiga de músculos respiratorios<br>Adecuación a vida extrauter. prematuridad  |
| Patrón aliment. Ineficaz r/c alt. Succión/ deglución |   | Riesgo de nivel de Glicemia inestable r/c | Prematuridad<br>Macrosomía<br>Bajo peso al nacer<br>Aporte insuficiente de leche mat.  |
| Disposición para mejorar la lactancia materna        |   | Termoregulación ineficaz r/c              | Deficiencia de grasa<br>Bajo peso al nacer<br>Adaptación extrauterina<br>Prematuridad<br>Exposic. a temperat. Ambiental ext. |

#### P PLANEAMIENTO : (ETIQUETAS NOC)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### I INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

| INTERVENCIONES                    | INTERVENCIONES            | INTERVENCIONES         |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Medidas de Bioseguridad           | Somatometría              | Hemogucotest           |
| Control-Funciones Vitales         | Profilaxis ocular         | Vestido y abrigo       |
| Valoración y registro de datos    | Administración Vitamina K | Extracción de calostro |
| Aspiración de secreciones         | Soporte de O2 Flujo libre |                        |
| Sorudo                            | Soporte de O2 x CSM       |                        |
| Pinzamiento Tardío C.U. (2-3 min) | Soporte de O2 x CPAP      |                        |
| Contacto Piel a Piel (50 min)     | Lavado gástrico           |                        |
| Identificación del RN (Brasalete) | RCP Básico                |                        |
| Curación de muñón umbilical       | RCP Avanzado              |                        |
| Lactancia materna precoz          | Canalización de vía EV    |                        |

#### E EVALUACIÓN:

|  |
|--|
|  |
|--|

Pendientes:

DERIVACIÓN A: Unidad de Alojamiento Conjunto ( ) UCIN ( )  
Unidad de Cuidados Intermedios ( )

Firma y sello - Enfermera Resp.





REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
UNIDAD: ALOJAMIENTO CONJUNTO

NEONATOLOGÍA

FECHA:

NOMBRE DEL RN:

N° HIL:

N° CAMA:

TIPO Y N° DE SEGURO:

EDAD:

SEXO:

\* FUNCIONES VITALES:

| HORA | TA | FC | FR | TEMP |
|------|----|----|----|------|
| 00   |    |    |    |      |
| 04   |    |    |    |      |

\* EXAMINACIÓN:

| TIPO       | M | T | N |
|------------|---|---|---|
| TIPO       |   |   |   |
| EXAMEN     |   |   |   |
| DEPOSICIÓN |   |   |   |

DIAGNÓSTICO

\* DATOS SUBJETIVOS:

|             |  |
|-------------|--|
| DIAGNÓSTICO |  |
| SÍNTOMAS    |  |
| ANECÉDOTAS  |  |

\* DATOS OBJETIVOS (VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO):

| PROBLEMA                    | EVALUACIÓN        | INTERVENCIÓN  | M | T | N |
|-----------------------------|-------------------|---------------|---|---|---|
|                             |                   |               |   |   |   |
| * NUTRICIÓN                 | Estado de ingesta | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
|                             |                   | Alimentación  |   |   |   |
| * ELIMINACIÓN               | Defecación        | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
|                             |                   | Defecación    |   |   |   |
| * ACTIVIDAD Y REPOSO        | Actividad         | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
|                             |                   | Actividad     |   |   |   |
| * PERCEPCIÓN - CONCIENCIA   | Percepción        | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
|                             |                   | Percepción    |   |   |   |
| * RELACIONES                | Relaciones        | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
|                             |                   | Relaciones    |   |   |   |
| * VERIFICACIÓN              | Verificación      | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
|                             |                   | Verificación  |   |   |   |
| * ASESORAMIENTO ALTERNATIVO | Asesoramiento     | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
|                             |                   | Asesoramiento |   |   |   |
| * CUIDADOS Y DESARROLLO     | Cuidados          | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |
|                             |                   | Cuidados      |   |   |   |



\* ANÁLISIS (DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA)

|   | DIAGNÓSTICO  | M | T | N |
|---|--|---|---|---|
| Lactancia materna<br>materna r/c            | Asistencia materna                                 |   |   |   |
|   | Condic. usual, postparto/prev. L. lat.             |   |   |   |
|   | Condic. usual, postparto/prev. Asistencia materna  |   |   |   |
|   | Ciclo de la madre                                  |   |   |   |
|   | Alimentación                                       |   |   |   |
| Interrupción de lact.<br>Materna r/c        | Reflejo de succión débil del lactante              |   |   |   |
|   | Asistencia materna adecuada                        |   |   |   |
|   | Asistencia materna del lactante                    |   |   |   |
|   | Consejerías para la lactancia                      |   |   |   |
|   | Información de la madre                            |   |   |   |
| Patrón aliment. mat. r/c al. autoiniciación | Preocupación / frustración                         |   |   |   |
|   | Disponibilidad para responder la lactancia materna |   |   |   |
|   | Asistencia materna al amamantamiento               |   |   |   |
|   | Asistencia al pecho                                |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
| Limpieza (materna<br>y/o lactante) r/c      | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
| Riesgo de infección<br>materna r/c          | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |
|   | Reflejo de succión materno                         |   |   |   |

|   | DIAGNÓSTICO          | M | T | N |
|---|----------------------|---|---|---|
| Riesgo de<br>Infección materna<br>materna r/c | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
| Riesgo de<br>Infección materna<br>materna r/c | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
| Riesgo de<br>Infección materna<br>materna r/c | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
| Riesgo de<br>Infección materna<br>materna r/c | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |
|   | Deficiencia de leche |   |   |   |

\* PLANTEAMIENTO (ETIQUETAS NOCHE)

|        |  |
|--------|--|
| MAÑANA |  |
| TARDE  |  |
| NOCHE  |  |

\* INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

| INTERVENCIONES                           | M | T | N |
|--|---|---|---|
| Medidas de Seguridad                     |   |   |   |
| Cuidados personales básicos              |   |   |   |
| Uso correcto y registro de datos         |   |   |   |
| Soporte de oxígeno a CEN, catéteres, CEN |   |   |   |
| Riesgo libre                             |   |   |   |
| Calentamiento de leche materna           |   |   |   |
| Comodidad y confort del RN               |   |   |   |
| Formas del cuerpo                        |   |   |   |
| Lactancia materna                        |   |   |   |

| INTERVENCIONES       | M | T | N |
|----------------------|---|---|---|
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |
| Tratamiento neonatal |   |   |   |

| INTERVENCIONES    | M | T | N |
|-------------------|---|---|---|
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |
| Colocación de SDO |   |   |   |

\* PLANTEAMIENTO

|        |  |
|--------|--|
| MAÑANA |  |
| TARDE  |  |
| NOCHE  |  |

\* OBSERVACIONES Y PÉRDIDAS

| MAÑANA                     | TARDE                      | NOCHE                      |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |
| FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA | FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA | FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA |



30



# FICHA DE EVALUACIÓN Y CONSEJERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA



## I. DATOS GENERALES DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO:

Nº HCL de la madre: ..... Nº HCL RN: .....

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Nombres y apellidos de la madre:          |                       |
| Edad:                                     | Grado de instrucción: |
| Lugar de procedencia:                     |                       |
| EE. SS. al que pertenece:                 |                       |
| Fecha de ingreso al HVRG:                 | Nº Cama               |
| Fecha de parto:                           | Hora de parto:        |
| Nombres y apellidos del RN: ..... Nº Hijo |                       |

Sexo: ..... Peso: ..... Talla: ..... PC: ..... PT: ..... T. Parto: .....

Paciente asegurado al SIS: Si ..... No ..... ¿Por qué? .....

RN Único: ..... Gemelar: ..... Otro: .....

## II. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA:

Debe ser realizado por un profesional y se otorga esta consejería en:  
 \* Parto eutócico: en el puerperio inmediato (antes de las 12 horas post parto)  
 \* Parto distócico: en la recuperación inmediata post cesárea (antes de las 12 horas)  
 \* Tiempo de duración: 20 minutos.

Debe ser realizado por un profesional y se otorga esta consejería en:  
 \* Parto eutócico : antes del alta  
 \* Parto distócico : antes del alta  
 \* Tiempo de duración: 30 minutos

## OBSERVACIÓN Y CONSEJERÍA

Fecha: .....

Hora: .....

I. LAVADO DE MANOS. 5 momentos importantes y como se hace el lavado respectivo.

II. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO: Signos de buena lactancia (colocar sí o no)

a. Madre:

..... Se le ve saludable

..... Está relajada y cómoda

..... Adecuado vínculo madre-bebé

Otros: .....

b. Bebé:

..... Se le ve saludable

..... Está relajada y cómoda

..... Busca el pecho si tiene hambre

Otros: .....

## EVALUACION Y RETROALIMENTACIÓN

Fecha: .....

Hora: .....

I. LAVADO DE MANOS. 5 momentos importantes y como se hace el lavado respectivo.

II. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO: Signos de buena lactancia (colocar sí o no)

a. Madre:

..... Se le ve saludable

..... Está relajada y cómoda

..... Adecuado vínculo madre-bebé

Otros: .....

b. Bebé:

..... Se le ve saludable

..... Está relajada y cómoda

..... Busca el pecho si tiene hambre

Otros: .....

c. Pechos:

..... Senos

..... Presentar dolor Molestias

..... Sostiene el pecho en la areola, lejos del pezón.

..... Pezón protruye, es proéctil.

Otros: .....

d. Posición adecuada durante la lactancia:

..... La cabeza y el cuerpo están alineados

..... Está en contacto con el cuerpo de la mamá.

..... Todo el cuerpo del bebé es sostenido

..... lactante debe estar frente al pecho

e. Agarre del pecho:

..... Se ve mas areola por encima del labio superior

..... La boca está bien abierta

..... Inferior hacia afuera

..... El mentón toca el pecho

f. Succión:

..... Succiones lentas y profundas

..... Las mejillas están redondeadas

..... Se retira del pecho cuando ha acabado

g. Otros:

..... Conoce lo que es la Lactancia Materna Exclusiva

..... Conoce lo que es lactancia a libre

..... Demanda (cada vez que el bebé lo pida, sin horario)

..... Sabe cómo retirar al bebé del seno

Firma o huella de la madre

Firma y sello del responsable de la consejería

c. Pechos:

..... Senos

..... Presentar dolor Molestias

..... Sostiene el pecho en la areola, lejos del pezón.

..... Pezón protruye, es proéctil.

Otros: .....

d. Posición adecuada durante la lactancia:

..... La cabeza y el cuerpo están alineados

..... Está en contacto con el cuerpo de la mamá.

..... Todo el cuerpo del bebé es sostenido

..... lactante debe estar frente al pecho

e. Agarre del pecho:

..... Se ve mas areola por encima del labio superior

..... La boca está bien abierta

..... Inferior hacia afuera

..... El mentón toca el pecho

f. Succión:

..... Succiones lentas y profundas

..... Las mejillas están redondeadas

..... Se retira del pecho cuando ha acabado

g. Otros:

..... Conoce lo que es la Lactancia Materna Exclusiva

..... Conoce lo que es lactancia a libre

..... Demanda (cada vez que el bebé lo pida, sin horario)

..... Sabe cómo retirar al bebé del seno

Firma o huella de la madre

Firma y sello del responsable de la consejería



31



HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

REGULACIONES DEL HOSPITAL: La firma de la enfermera no debe omitirse en cada nota

| FECHA          | HORA | Nota: incluir medicación y tratamiento | Firma de la Enfermera |
|----------------|------|--|-----------------------|
| Ap. Paterno    |      |  |                       |
|                |      |  |                       |
| Materno        |      |  |                       |
|                |      |  |                       |
| Nombres        |      |  |                       |
|                |      |  |                       |
| Historia C. N° |      |  |                       |
|                |      |  |                       |

ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

NOTAS DE ENFERMERÍA

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO







HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

32

REGULACIONES DEL HOSPITAL: Debe anotarse todos los síntomas importantes Positivos y Negativos

| HISTORIA CLINICA   |  |             |         |                        |                        |
|--|--|-------------|---------|------------------------|------------------------|
| <b>ORDEN</b><br><br>1.- Síntoma principal<br>2.- Historia de la enfermedad<br>3.- Antecedentes personales<br>4.- Historia Familiar<br>5.- Historia Social<br>6.- Firma | <b>1. ANAMNESIS</b><br>Fecha de HC: _____<br>Fecha de Hospitalización: _____<br><b>1. FILIACIÓN:</b><br>Apellidos y Nombres: _____<br>Edad: _____ Sexo: (M) (F) _____ Religión: _____<br>Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Grado de Instrucción: _____<br>Lugar de Procedencia: _____ Estado Civil: _____<br>Domicilio: _____ Ocupación: _____<br>Teléfono: _____ D.N.I.: _____<br><br><b>2. ANTECEDENTES:</b><br>Médicos: _____<br>Quirúrgicos: _____<br>RAMS: _____<br><b>Gineco-Obstétricos</b><br>RC: _____ Menarquia: _____ N° parejas sexuales: _____<br>IRS: _____ MAC: _____ PAP: _____<br>FLIR: _____ G: _____ P: _____ Período intergenésico: _____<br>FPP: _____ CPN: _____<br>EG: _____ >PF _____<br><br><b>3. MOTIVO DE CONSULTA:</b><br>_____<br><b>4. ENFERMEDAD ACTUAL:</b><br>Tiempos de Enfermedad: _____ Forma de Inicio: _____ Curso: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br><b>Funciones Biológicas:</b><br>Apetito: _____ Orina: _____<br>Sed: _____ Deposiciones: _____<br><br><table border="1"> <tr> <td>Ap. Paterno</td> <td>Materno</td> <td>Nombres</td> <td>N° de Historia Clínica</td> </tr> </table> | Ap. Paterno | Materno | Nombres                | N° de Historia Clínica |
|  | Ap. Paterno  | Materno     | Nombres | N° de Historia Clínica |                        |

ANAMNESIS

CONCURSO PUBLICO ABREVIADO

| REGULACIONES DEL HOSPITAL: Debe anotarse todos los síntomas Importantes Positivos y Negativos  |  |      |      |
|--|--|------|------|
| Fecha: ..... Hora: ..... a.m. p.m. Edad: ..... Sexo: ..... Peso: .....<br>Temp: ..... Pulso: ..... Resp: ..... Presión Arterial: ..... |  |      |      |
| <b>III : EXAMEN REGIONAL</b>   |  |      |      |
| <b>3.1 Examen General:</b>   |  |      |      |
| <b>3.2 Examen Regional:</b>  |  |      |      |
| <b>ORDEN</b>   | <b>Piel y Anexo:</b>                             |      |      |
| 1.- Inspección General   | - Piel:  |      |      |
| 2.- Cabeza y Cuello  | - TCSC:  |      |      |
| 3.- Tórax  | <b>Cabeza y Cuello:</b>                          |      |      |
| Pulmones   | - Cráneo:  |      |      |
| Corazón  | - Cuello:  |      |      |
| 4.- Abdomen  | <b>Tórax: Amplexación</b>                        |      |      |
| Genitourinario   | - Mamas:   |      |      |
| 5.- Otros Exámenes   | - Aparato Respiratorio:                          |      |      |
| Especiales   | - Aparato Cardiovascular:                        |      |      |
| Neurológico - Rectal   | <b>Abdomen:</b>                                  |      |      |
| Vaginal  | AU:  | SPP: | LCF: |
| 6.- Diagnóstico  | DU:  | MF:  | PF:  |
| 7.- Firma  | <b>Sistema Genito- Unitario: PRU ( ) PPL ( )</b> |      |      |
|  | - Genitales externos:                            |      |      |
|  | - Tacto Vaginal:                                 |      |      |
|  | <b>Sistema Nervioso :</b>                        |      |      |
|  | <b>IV IMPRESION DIAGNOSTICA:</b>                 |      |      |
|  | <b>V. PLAN DE TRABAJO:</b>                       |      |      |
| <b>EXAMEN CLINICO</b>  |  |      |      |



33



HOSPITAL DE APOYO  
"VICTOR RAMOS GUARDIA" - Huaraz  
Dpto. de Estadística e Informática

|  |                  |               |                    |                    |                     |              |  |
|--|------------------|---------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------|--|
| Apellido-Paterno   |                  | Materna       |                    | Nombres            |                     | M. H. García |  |
| Domicilio  |                  | Cuota         | Departamento       | Fecha de Ingresión |                     | Servicio     |  |
| Sexo<br>M <input type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> | Estado Civil     | Nacionalidad  | N. D.N.I.          | N° Cert. S.S.      | Fecha de Nacimiento |              |  |
| Lugar de Nacimiento  |                  | Procedencia   | Grupos de          | Empresas           | Dirección           |              |  |
| Sexo   | Nombre del Padre | Vivo o Muerto | Nombre de la Madre | Vivo o Muerto      |                     |              |  |

### PRIMERA HOSPITALIZACION

|                                    |          |                 |            |           |          |          |  |                  |
|------------------------------------|----------|-----------------|------------|-----------|----------|----------|--|------------------|
| Notificar en caso de urgencia a:   |          | Domicilio       | Parentesco | Teléfono  |          |          |  |                  |
| Fecha de Admisión                  | Servicio | Fecha de Egreso | Servicio   | CÓDIGO    |          |          |  |                  |
| Diagnóstico Previa                 |          |                 |            |           |          |          |  |                  |
| Diagnóstico Definitivo             |          |                 |            |           |          |          |  |                  |
| Otros Diagnósticos (u operaciones) |          |                 |            |           |          |          |  |                  |
| Resultado                          | Curado   | Mejorado        | Fuga       | Fallecido | Retenido | Autopsia | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | Fecha del Médico |

### SEGUNDA HOSPITALIZACION

|                                    |          |                 |          |           |          |          |  |                  |
|------------------------------------|----------|-----------------|----------|-----------|----------|----------|--|------------------|
| Domicilio                          |          | Ocupación       |          |           |          |          |  |                  |
| Notificar en caso de urgencia a:   |          | Teléfono        |          |           |          |          |  |                  |
| Fecha de Admisión                  | Servicio | Fecha de Egreso | Servicio |           |          |          |  |                  |
| CÓDIGO                             |          |                 |          |           |          |          |  |                  |
| Diagnóstico Previa                 |          |                 |          |           |          |          |  |                  |
| Diagnóstico Definitivo             |          |                 |          |           |          |          |  |                  |
| Otros Diagnósticos (u operaciones) |          |                 |          |           |          |          |  |                  |
| Resultado                          | Curado   | Mejorado        | Fuga     | Fallecido | Retenido | Autopsia | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | Fecha del Médico |

### TERCERA HOSPITALIZACION

|                                    |          |                 |          |
|------------------------------------|----------|-----------------|----------|
| Domicilio                          |          | Ocupación       |          |
| Notificar en caso de urgencia a:   |          | Teléfono        |          |
| Fecha de Admisión                  | Servicio | Fecha de Egreso | Servicio |
| CÓDIGO                             |          |                 |          |
| Diagnóstico Previa                 |          |                 |          |
| Diagnóstico Definitivo             |          |                 |          |
| Otros Diagnósticos (u operaciones) |          |                 |          |

### IDENTIFICACIÓN



10.50cm x 16.5cm

10.50cm x 16.5cm

## CON PROGRAMAS DE SALUD TRABAJAMOS PARA PREVENIR

- **ESNI** : Estrategia Nacional de Inmunización.
- **EDA** : Enfermedades Diarréicas Agudas
- **IRA** : Infecciones Respiratorias Agudas
- **CRED** : Control de Crecimiento y Desarrollo
- Control de Tuberculosis
- Nutrición
- Planificación Familiar
- Materno Perinatal
- Salud Bucal
- Salud Mental
- Saneamiento Ambiental
- Metaxénica y Zoonosis
- **PROCTSS**. Programa Control de Enfermedad de Transmisión Sexual - SIDA.
- Salud Escolar y Adolescentes
- Mujer, Salud y Desarrollo
- Adulto Mayor



Tu Salud primero - estamos para servirte  
Hospital "Víctor Ramos Guardia" Nivel II - 2  
Huaraz



| C I T A S |             |             |             |              |
|-----------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| HORA      | ATENDIDO EL | CITADO PARA | CONSULTORIO | FIRMA MEDICO |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |

*¡De las cosas que prepares depende la salud de tu familia!*

| C I T A S |             |             |             |              |
|-----------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| HORA      | ATENDIDO EL | CITADO PARA | CONSULTORIO | FIRMA MEDICO |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |
|           |             |             |             |              |

*¡Si también respira muy rápido puede ser neumonía! "Llévalo al Establecimiento de Salud" más cercano"*

34. La tarjeta de asistencia es en cartulina folcote y

La hoja que va dentro es de papel bon en doble cara



[illegible]



[illegible]











OX. DE ENFERMERIA INGRESO:



38

HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ NIVEL II-2  
**INFORME DE ALTA DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS**



APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ N° HC: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ N° CAMA: \_\_\_\_\_  
DNI/CÉ/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ☐ M ☐ EDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA DE INGRESO / ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DEL ALTA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|                     |          |              |
|---------------------|----------|--------------|
| DIAGNÓSTICO AL ALTA | 1. _____ | CIE10: _____ |
|                     | 2. _____ | CIE10: _____ |
|                     | 3. _____ | CIE10: _____ |

TIPO DE DIAGNÓSTICO: ☐ PRESUNTIVO ☐ DEFINITIVO  
CONDICIÓN CLÍNICA AL ALTA: ☐ MEJORADO ☐ ESTACIONARIO ☐ RETIRO VOLUNTARIO

| CIRUGÍA REALIZADA/<br>TRATAMIENTO MÉDICO REALIZADO | MEDICACIÓN ADMINISTRADA<br>Nombre del producto / indicación / cantidad |
|--|--|
| _____  | _____  |
| _____  | _____  |
| _____  | _____  |
| _____  | _____  |

INDICACIONES GENERALES / RECOMENDACIONES:

MEDICACIÓN PARA DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SE BRINDA EDUCACIÓN AL PACIENTE RESPECTO A SU ENFERMEDAD: ☐ SI ☐ NO

PLAN DE SEGUIMIENTO:

- H "VRG": Acudir al módulo de Citas (Control por médico especialista). Especialidad: \_\_\_\_\_
- Acudir al establecimiento de salud de origen SI ☐ NO ☐

**SIGNOS DE ALARMA:** Si usted percibe alguna de las siguientes molestias o señales de alarma: Enrojecimiento, sangrado, hinchazón, ardor u otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ debe acudir al servicio de Emergencia.

DESCANSO MÉDICO: SI ☐ NO ☐

He comprendido la información e indicaciones entregadas por el médico tratante y se me ha entregado una copia del informe de alta en señal de conformidad.

\_\_\_\_\_  
Médico tratante  
(Firma y Sello)

\_\_\_\_\_  
Paciente / Responsable  
(Firma / Huella)



IPRESS



|                     |   |
|---------------------|---|
| NAME OF INFORMATION |   |
|                     |   |
| TURNING             |   |
| M                   | F |

Enclaves



| Nº  | CEDULA                        | DNI  | APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg  | FOLIO                    |
|---|-------------------------------|------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 10  |                               |      |                                  |                               |                          |
| Nº  | PACIENTE                      | EDAD | SEXO                             | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg  | FOLIO                    |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| <b>ENCUESTA MOTIVOS DE CONSULTA Y ACTIVIDADES SALUD</b> |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| CÓDIGO S.S. EPT   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 11  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 12  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 13  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 14  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 15  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 16  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 17  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 18  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 19  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
| 20  | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: |      |                                  | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hg: | (*) FECHA DE NACIMIENTO: |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |
|   |                               |      |                                  |                               |                          |

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGITIMIDAD Y DIFUSIÓN CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA GRABADA A LA OFICINA E.2 ESTADÍSTICA O QUEEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO



95







## IF CAMA



HCL

1

10

[illegible]



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Huarez,

42

Hora:

Yo, en calidad de Paciente \_\_\_\_\_, de años  
de edad, con DNI N° \_\_\_\_\_, con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ y don(ña) como  
Representante Legal: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ edad, con DNI  
N° \_\_\_\_\_, en calidad de Familiar ( \_\_\_\_\_ ); con domicilio: \_\_\_\_\_  
de la Ciudad: \_\_\_\_\_, con  
N° telefónico: \_\_\_\_\_; habiendo solicitado voluntariamente los Servicios Hospitalarios del

Hospital "Victor Ramos Guardia" Nivel II - 2, MinSA - Huarez; encontrándonos en el pleno uso de nuestras  
facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por intermedio de la presente **DAMOS  
CONSENTIMIENTO INFORMADO para Hospitalización y realización de procedimientos médicos y/o  
quirúrgicos que sean necesarios, como tratamiento de la entidad clínica que presento, y la realización de  
procedimientos médicos y/o quirúrgicos, bajo las siguientes especificaciones:**

Por intermedio del presente, manifestamos que el Sr. Médico: \_\_\_\_\_  
del Servicio de: \_\_\_\_\_, nos ha explicado que la conclusión del análisis de:  
Antecedentes, datos Clínicos, Exámenes Clínicos y Pruebas Diagnósticas practicadas; que mi condición  
Clínica requiere ser hospitalizado(a), siendo el **Diagnóstico Clínico de ingreso Hospitalario:** \_\_\_\_\_  
**Asociado a Co-**  
**morbididades:** \_\_\_\_\_

Se nos ha proporcionado, la información correspondiente en lenguaje claro, sencillo y comprensible, que la  
presente condición clínica requiere de hospitalización; contamos con información que durante la Hospitalización  
pueden ser requeridos otros exámenes y/o procedimientos, que pueden resultar incómodos, a los cuales acepto  
en la medida en que sean necesarios para lograr mi recuperación. No obstante, en aquellos que representen un  
riesgo mayor y en el caso de intervenciones quirúrgicas otorgaré mi consentimiento informado cuando me sea  
suministrada la información necesaria para tomar una decisión.

Además, nos ha explicado también que en el caso de rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos  
complementarios, los procedimientos y tratamientos prescritos, estoy asumiendo la responsabilidad por sus  
consecuencias; con lo que exoneró de ellas, al Equipo Profesional Asistencial tratante; sin embargo, ello no  
significa que pierda los derechos para una atención posterior.

Entendemos que existen circunstancias clínicas y factores asociados en el paciente, que el tratamiento pueda  
no garantizar la resolución de la enfermedad; que la responsabilidad institucional y del Equipo de Salud consiste  
en aplicar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado  
posible.

Me ha informado que si hubiere componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, se dispondrá los  
estudios anatomopatológicos pertinentes.

Que, en el caso de presentar Co-morbididades y Factores de Riesgos asociadas, se pueden presentar  
eventos clínicos imprevistos, como: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Accidentes Cardiovasculares (ACV),  
Tromboembolismos, Infecciones intrahospitalarias, etc. Por tanto, **AUTORIZAMOS** para que se realicen otros  
procedimientos adicionales y Tratamientos por las Especialidades Médicas correspondientes, que se requieran  
de acuerdo a las circunstancias clínicas.

Asimismo, se me ha informado: Que en la Institución en que voy (va) a ser atendido(a): Participa personal en  
formación profesional que coopera en la atención, bajo la responsabilidad y supervisión directa y presencial del  
Profesional Asistencial; el Hospital, realiza investigaciones científicas que se basan en la revisión de las historias  
clínicas, las cuales sólo pueden ser tomadas para estudio si el presente consentimiento ha sido firmado,  
garantizando la confidencialidad del contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente.

Yo, como paciente y mi familiar, nos comprometemos a seguir y cumplir las indicaciones médicas prescritas para  
la recuperación de la salud, en los horarios y dosis que se han prescrito, así, como cuidados post operatorios.



Aai mismo, **DAMOS FE** de **NO** haber omitido o alterado datos médicos al exponer el historial clínico especialmente en los referidos a los antecedentes patológicos, reacciones adversas a medicamentos o alergias, y, **RATIFICAMOS** que son ciertos los datos clínicos que se han expresado al momento de dar el historial médico, por lo cual **asumimos** las responsabilidades y consecuencias de tales omisiones, y también en el caso de haber mentido en la información que se dió previamente.

Declaramos, nuestro **DERECHO** a que **NO** se revele ninguna Información Médica, registradas en la Historia Clínica a otras personas, sin nuestra autorización.

El Familiar o Represente Legal se compromete a estar pendiente y acompañando al paciente en todo momento, mientras permanezca hospitalizado. Que la atención medica diaria, será de acuerdo a la Programación Mensual del Personal Médico en el área de hospitalización, o de guardia según sean las circunstancias de la VISITA MEDICA.

Declaramos, que el presente Consentimiento Informado **NO** representa un contrato de adhesión, ni imposición de condiciones de Servicios Profesionales del Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz, y se nos ha informado que tenemos **DERECHO** a revocar el presente Consentimiento Informado, en circunstancias que lo consideremos por nuestra conveniencia. Tenemos el derecho a **RETIRARNOS VOLUNTARIAMENTE** de la Institución Hospitalaria, previo formalización y registro correspondiente. Asumiendo, los riesgos y consecuencias por las decisiones que hemos tomado, liberando de responsabilidad a los señores Médicos y al Hospital.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

**AUTORIZACIÓN:** Como resultado de la información recibida **ACEPTAMOS** la hospitalización, las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos justificados de posible previsión que con llevala hospitalización.

Para los efectos correspondientes, registramos nuestra conformidad:

Paciente:

DNI N°

Huella:

Familiar o Representante Legal:

DNI N°

Doy fe de haber informado al paciente:

Dr. \_\_\_\_\_

CMP:

C.C. - Archivo



43

MINISTERIO DE SALUD UTEH HUARAZ DIRESA  
Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado/a por el/la Dr./a.

que está indicado aplicar el siguiente tratamiento.

El/la profesional mencionado/a en el punto anterior me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, las posibles alternativas al mismo y los riesgos y consecuencias de no realizarlo, no obstante me niego a consentir la realización de la práctica arriba mencionada.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del procedimiento en cuestión y todas ellas han sido contestadas completas y satisfactoriamente.

Por la presente eximo a la institución \_\_\_\_\_

Y a sus empleados, personal médico, directivos y médico de cabecera de toda responsabilidad de las consecuencias que puedan derivar del hecho de no consentir la realización del mismo.

Comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

Firma del Paciente/Tutor/Tutora

Aclaración de Firma

D.N.I./L.E./C.I.N°

Firma del Testigo

Aclaración de Firma

D.N.I./L.E./D.I.N°

Se firma una persona que no es pariente

Domicilio:

Parentesco:

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO



44

XII- ANEXOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTENCIÓN Y SUJECCIÓN MECÁNICA**

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_, en  
pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de (Parentesco) \_\_\_\_\_ del paciente:  
\_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_, a  
Historia clínica N° \_\_\_\_\_ del Servicio \_\_\_\_\_, Cama N° \_\_\_\_\_  
Declaro haber sido informado(a), y me han explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico y  
estado de mi familiar, la realización de la Contención/Sujeción Mecánica sobre los cuales he comprendido  
los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto con la información completa,  
oportuna y sin presión, yo, voluntaria y libremente:  
Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de Contención/Sujeción Mecánica y estar de  
acuerdo.

Huarez, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Firma y huella del familiar o apoderado  
DNI

Firma y sello del profesional  
del profesional de enfermería

**NEGATIVA O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA CONTENCIÓN Y  
SUJECCIÓN MECÁNICA**

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_, en  
pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de  
(Parentesco) \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_, a  
e Historia clínica N° \_\_\_\_\_ del Servicio \_\_\_\_\_, Cama N° \_\_\_\_\_ de  
forma libre y consciente he decidido No consentir ( ) o Revocar el Consentimiento informado ( ) firmado en la  
fecha \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento de Contención/Sujeción Mecánica y asumo la  
responsabilidad y las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado,  
para tal efecto firmo.

Huarez, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Firma y huella del familiar o apoderado  
DNI

Firma y sello del profesional  
del profesional de enfermería



### 3.5 REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

#### 3.5.1. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN OBLIGATORIOS

##### A. CAPACIDAD LEGAL

###### Requisitos:

###### **Infraestructura e Equipamiento:**

- Contar con taller de imprenta equipada,
- Vigente en RNP y ficha RUC en actividades de impresión.
- Maquina guillotina grande para offset, compaginadora de 12 estaciones y/o 10 estaciones.
- Maquina encoladora a calor, máquina de 2 cuerpos de alta resolución. Boca 90 cm – Fondo 110 cm,
- Maquinas OFFSET con sistema de numeración

###### Acreditación:

- Copia de licencia de funcionamiento
- Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.
- Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.

###### **Advertencia**

*En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.*

##### B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

###### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 408,903.99 soles, por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los quince (15) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computa desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

*En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 58,500.00 Cincuenta y ocho mil quinientos con 00/100 Soles, por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los quince (15) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computa desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.*

Se consideran servicios similares a SERVICIO DE IMPRESIONES Y FOTOCOPIADO EN GENERAL.



Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con constancia de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>8</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso el postor sustente su experiencia en la especialidad mediante contrataciones realizadas con privados<sup>9</sup>, para acreditarla debe presentar de forma obligatoria lo indicado en el numeral (ii) del presente párrafo; no es posible que acredite su experiencia únicamente con la presentación de contratos u órdenes de compra con conformidad o constancia de prestación.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 11** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los quince (15) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso de que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 14**.

Las personas jurídicas resultantes de un proceso de reorganización societaria no pueden acreditar como experiencia del postor en la especialidad que le hubiesen transmitido como parte de dicha reorganización las personas jurídicas sancionadas con inhabilitación vigente o definitiva.

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

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 11** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

**Advertencia**

*En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que ejecutan conjuntamente el objeto del contrato.*

<sup>8</sup> El solo sello de cancelado en el comprobante de pago, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Es válido el sello colocado por el cliente del postor (sea utilizando el término "cancelado" o "pagado").

<sup>9</sup> Se entiende "privados" como aquellos que no son entidades contratantes.



### C. PARTICIPACIÓN EN CONSORCIO

Requisitos:

[CONSIGNAR UNO O MÁS DE LOS REQUISITOS SIGUIENTES, EN CASO ASÍ HAYA SIDO SUSTENTADO EN LA ESTRATEGIA DE CONTRATACIÓN]

- C.1** El número máximo de consorciados es de dos empresas jurídicas y/o naturales (EO-RS).
- C.2** El porcentaje mínimo de participación de cada consorciado es de 30%.
- C.3** El porcentaje mínimo de participación en la ejecución del contrato, para el integrante del consorcio que acredite mayor experiencia, es de 60%.

Acreditación:

Se acredita con la promesa de consorcio.



## CAPÍTULO IV

### FACTORES DE EVALUACIÓN

**Los factores de evaluación son determinados por los evaluadores.** En la contratación de servicios, la evaluación de la oferta consiste en i) Evaluación Técnica y ii) Evaluación Económica.

La evaluación económica de la oferta es posterior a la evaluación técnica de acuerdo con el artículo 94 del Reglamento. El puntaje máximo de cada una de estas evaluaciones es equivalente a cien puntos.

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

#### 4.1. EVALUACIÓN TÉCNICA

La evaluación técnica se realiza sobre cien puntos. Para acceder a la etapa de evaluación económica, el postor debe obtener un puntaje técnico mínimo de setenta puntos.

##### 4.1.2. FACTORES DE EVALUACIÓN FACULTATIVOS

| A. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO  | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN  |
|--|---|
| <u>Evaluación:</u><br><br>Se evaluará en función al plazo de prestación del servicio ofertado, el cual debe mejorar el plazo de establecido en el requerimiento.<br><br><u>Acreditación:</u><br><br>Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada de plazo de prestación del servicio. <b>(Anexo N° 12)</b> | <b>[como máximo 30] puntos</b><br><br>De 10 hasta 14 días calendario:<br><b>[15] puntos</b><br><br>De 15 hasta 19 días calendario:<br><b>[10] puntos</b><br><br>De 20 hasta más días calendario:<br><b>[5] puntos</b> |

| B. GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR  | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN  |
|---|---|
| <u>Evaluación:</u><br><br>Se evaluará en función al tiempo de garantía comercial ofertada, el cual debe superar el tiempo mínimo de garantía exigido en el requerimiento.<br><br><u>Acreditación:</u><br><br>Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada del postor. | <b>[Como máximo 25] puntos</b><br><br>Más de 12 meses<br><b>[25] puntos</b><br><br>Más de 6 meses hasta 11 meses<br><b>[10] puntos</b><br><br>Menos de 6 meses<br><b>[5] puntos</b> |



|   |  |
|---|--|
| <p><b>Advertencia</b></p> <p>De conformidad con el literal d) del artículo 87 de la Ley, constituye infracción pasible de sanción por el Tribunal de Contrataciones Públicas "negarse injustificadamente a cumplir las obligaciones derivadas del contrato que deben ejecutarse con posterioridad al pago".</p> |  |
|---|--|

| C. INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA  | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN  |
|---|---|
| <p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará que el postor cuente con certificación del sistema de gestión antisoborno.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia simple del certificado que acredita que se ha implementado un sistema de gestión antisoborno acorde con la norma ISO 37001:2016 o con la Norma Técnica Peruana equivalente (NTP-ISO 37001:2017).</p> <p>El certificado debe haber sido emitido por un Organismo de Certificación acreditado para dicho sistema de gestión, ya sea ante el INACAL u otro organismo acreditador que cuente con reconocimiento internacional.<sup>10</sup></p> <p>El referido certificado debe corresponder a la sede, filial u oficina a cargo de la prestación<sup>11</sup>, y estar vigente<sup>12</sup> a la fecha de presentación de ofertas.</p> <p>En caso de que el postor se presente en consorcio, cada uno de sus integrantes, debe acreditar que cuenta con la certificación para obtener el puntaje.</p> | <p><b>[Como máximo 5] puntos</b></p> <p>Presenta Certificado ISO 37001<br/><b>5 puntos</b></p> <p>No presenta Certificado ISO 37001<br/><b>0 puntos</b></p> |

<sup>10</sup> Sea firmante/signatario del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo (MLA) del International Accreditation Forum-IAF (<http://www.iaf.nu>) o del InterAmerican Accreditation Cooperation-IAAC (<http://www.iaac.org.mx>) o del European co-operation for Accreditation-EA (<http://www.european-accreditation.org/>).

<sup>11</sup> En el certificado debe estar consignada la dirección exacta de la sede, filial u oficina a cargo de la prestación.

<sup>12</sup> Se refiere al periodo de vigencia que señala el certificado presentado.



#### 4.2. EVALUACIÓN ECONÓMICA (Puntaje Máximo: 100 Puntos)

| OFERTA ECONÓMICA   | PUNTAJE/METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN  |
|--|---|
| <p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evalúa considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acredita mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).</p> | <p>La evaluación consiste en otorgar el mayor puntaje a la oferta del menor monto ofertado y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos montos ofertados, según la siguiente fórmula:</p> $Po = \frac{Mb \times Pmax}{Mo}$ <p><b>Po</b> = Puntaje de la oferta económica a evaluar<br/> <b>Mo</b> = Monto de la oferta económica<br/> <b>Mb</b> = Monto de la oferta económica más baja<br/> <b>Pmax</b> = Puntaje máximo</p> <p style="text-align: right;"><b>[PUNTAJE MÁXIMO EQUIVALENTE A 40 PUNTOS]<sup>13</sup> puntos</b></p> |

#### 4.3. PUNTAJE TOTAL

El puntaje total de las ofertas es el promedio ponderado de la evaluación técnica y la evaluación económica, aplicándose la siguiente fórmula:

$$PTP = c_1 PT + c_2 Pe$$

Donde:

|     |   |  |
|-----|---|--|
| PTP | = | Puntaje total del postor a evaluar   |
| Pt  | = | Puntaje de la evaluación técnica del postor a evaluar  |
| Pe  | = | Puntaje de la evaluación económica del postor a evaluar  |
| c1  | = | Coefficiente de ponderación para la evaluación técnica:<br>[INDICAR COEFICIENTE, CONSIDERANDO QUE $0.60 \leq c1 \leq 0.70$ ]   |
| c2  | = | Coefficiente de ponderación para la evaluación económica:<br>[INDICAR COEFICIENTE, CONSIDERANDO QUE $0.30 \leq c2 \leq 0.40$ ] |

Donde:  $c1 + c2 = 1.00$

<sup>13</sup> De acuerdo con lo señalado en el numeral 75.2 del artículo 75 del Reglamento.



## CAPÍTULO V

### PROFORMA DEL CONTRATO

#### Advertencia

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

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

#### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], los evaluadores adjudicaron la buena pro del **CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de **[CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA]**, a **[INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO]**, cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>14</sup>**

LA ENTIDAD CONTRATANTE se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en **[INDICAR MONEDA]**, en **[INDICAR EL DETALLE DEL PAGO ÚNICO O PAGOS PARCIALES O PAGOS A CUENTA, SEGÚN CORRESPONDA]**, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación debe hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días contabilizados desde el día siguiente de recibido el entregable, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de veinte (20) días, bajo responsabilidad

<sup>14</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, puede adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.



de dicho servidor.

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

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tiene derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 67 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

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

El plazo de ejecución del presente contrato es de [...], el mismo que se computa desde **[CONSIGNAR SI CORRESPONDE DESDE DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, O DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA ORDEN DE SERVICIO O DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO]**.

**CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes, incluyendo las modificaciones contractuales y adendas aprobadas por la entidad contratante, de ser el caso.

**CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

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

**Garantía de fiel cumplimiento del contrato:** Por la suma de **[CONSIGNAR EL MONTO]**, a través de la **[INDICAR EL MECANISMO DE GARANTÍA PRESENTADO: CONTRATO DE SEGURO/CARTA FIANZA FINANCIERA/RETENCIÓN DE PAGO/DECLARACIÓN JURADA DE CONSTITUCIÓN DE FIDEICOMISO]** N° **[INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO]** emitida por **[SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]**, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la de la prestación. El monto señalado es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original.

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

LA ENTIDAD CONTRATANTE puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 118.2 del artículo 118 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

**CLÁUSULA NOVENA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN**

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025. La conformidad es otorgada por **[CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGA LA CONFORMIDAD]** en el plazo máximo de **[CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO VEINTE (20) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN]** días computados desde el día siguiente de recibido el entregable.

De existir observaciones, LA ENTIDAD CONTRATANTE las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar **[CONSIGNAR EL PLAZO NO MAYOR AL 30% DEL PLAZO DEL ENTREGABLE CORRESPONDIENTE, DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD O SOFISTICACIÓN DE LAS SUBSANACIONES A REALIZAR]**. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la



subsanción, LA ENTIDAD CONTRATANTE puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar sin considerar los días en los que pudiera incurrir la entidad contratante para efectuar las revisiones y notificar las observaciones correspondientes.

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: GESTIÓN DE RIESGOS**

LAS PARTES realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato y los documentos que lo conforman, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

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

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 69 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y 144 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

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

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

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

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

Donde:

$$F = 0.40$$

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 120.4 del artículo 120 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

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

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

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

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.



De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES procederán de acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

A la suscripción de este contrato, EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la entidad contratante.

Asimismo, EL CONTRATISTA se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.

Aunado a ello, EL CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación<sup>15</sup> y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, EL CONTRATISTA se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con LA ENTIDAD CONTRATANTE.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver total o parcialmente el contrato<sup>16</sup>. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco<sup>17</sup>. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar<sup>18</sup>.

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

El marco legal comprende la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su

<sup>15</sup> Artículo 9 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

<sup>16</sup> Literal d) del Numeral 68.1 del Artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

<sup>17</sup> Literal d) del artículo 274 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas

<sup>18</sup> Numeral 122.6 del artículo 122 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.



Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF, las directivas que emita la Dirección General de Abastecimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, así como el OECE y demás normativa especial que resulte aplicable.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>19</sup>**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante **[CONSIGNAR EL MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS]**, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 84.9 del artículo 84 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: CONVENIO ARBITRAL**

Las partes acuerdan que todo litigio y controversia resultante de este contrato o relativo a éste, se resuelve mediante arbitraje de acuerdo con los artículos 332 y 333 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF. El arbitraje es organizado y administrado por **[CONSIGNAR LA INSTITUCIÓN ARBITRAL, CORTE ARBITRAL CONSTITUÍDA EN OTRO PAÍS O UN FORO DE REPUTACIÓN RECONOCIDA INTERNACIONALMENTE, SEGÚN CORRESPONDA]** de conformidad con sus reglamentos y estatutos vigentes, a los cuales las partes se someten libremente y considerando **[INDICAR LAS ESTIPULACIONES ADICIONALES QUE LAS PARTES HAYAN ACORDADO SEGÚN EL NUMERAL 332.3 DEL ARTÍCULO 332 DEL REGLAMENTO]**

**Advertencia**

*La Institución Arbitral es elegida por el postor ganador de la buena pro de la lista de instituciones arbitrales que haya propuesto la entidad contratante en las bases del procedimiento de selección. Para dicho efecto, al remitir los documentos para la suscripción del contrato, el postor ganador de la buena pro comunica la Institución Arbitral elegida de la referida lista, caso contrario, acuerda con la entidad contratante una Institución Arbitral distinta. En caso de falta de acuerdo, la Institución Arbitral es elegida de la mencionada lista por la entidad contratante de manera definitiva.*

*Las partes pueden establecer estipulaciones adicionales o modificatorias del convenio arbitral, en la medida que no contravengan las disposiciones de la normativa de contrataciones públicas y/o las disposiciones especiales contenidas en la normativa general de arbitraje.*

*El arbitraje es resuelto por árbitro único o por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros, según el acuerdo de las partes, conforme a lo dispuesto en numeral 84.2 del artículo 84 de la Ley. En caso de duda o falta de acuerdo, el arbitraje es resuelto por árbitro único, a no ser que la complejidad o cuantía de las controversias justifique la conformación de un tribunal arbitral, lo cual es determinado por las partes o conforme al Reglamento de la institución arbitral competente. En el caso de los arbitrajes ad hoc, la controversia es resuelta por arbitro único.*

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

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

<sup>19</sup> De acuerdo con el numeral 84.1 del artículo 84 de la Ley N° 32069 Ley General de Contrataciones Públicas, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc solo cuando el monto de la controversia no supere las diez UIT.



**CLÁUSULA VIGÉSIMA: NOTIFICACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen vía notarial conforme la Décimo Tercera Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento:

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

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

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

El CONTRATISTA señala el siguiente correo electrónico para efectos de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato, que no se realicen a través del SEACE de la Pladipoc:

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

La variación del correo electrónico aquí declarado debe ser comunicada a la entidad contratante, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de cinco días calendario.

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

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

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

**Advertencia**

*La entidad contratante suscribe el contrato mediante firma digital, en caso de que el postor adjudicado con la buena pro cuente con certificado digital emitido por una entidad de certificación, de acuerdo con la normativa de la materia. Excepcionalmente, la entidad contratante con el debido sustento puede proceder a la firma del contrato mediante medios manuales, de acuerdo con el numeral 87.3 del artículo 87 del Reglamento,*



**ANEXOS**



ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

|                                      |              |        |  |
|--------------------------------------|--------------|--------|--|
| Nombre, Denominación o Razón Social: |              |        |  |
| Domicilio Legal:                     |              |        |  |
| RUC:                                 | Teléfono(s): |        |  |
| MYPE                                 | SI ( )       | NO ( ) |  |
| Correo electrónico:                  |              |        |  |

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de negociación regulado en el artículo 132 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 91 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios, de ser el caso.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción del correo electrónico, en el plazo máximo de dos días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal, según corresponda**

**Advertencia**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entiende válidamente efectuada cuando la entidad contratante reciba el acuse de recepción.*



**Advertencia**

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

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR EN CONSORCIO**

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

|                                      |              |    |    |  |
|--------------------------------------|--------------|----|----|--|
| Datos del consorciado 1              |              |    |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social: |              |    |    |  |
| Domicilio Legal:                     |              |    |    |  |
| RUC:                                 | Teléfono(s): |    |    |  |
| MYPE <sup>20</sup>                   |              | Sí | No |  |
| Correo electrónico:                  |              |    |    |  |

|                                      |              |    |    |  |
|--------------------------------------|--------------|----|----|--|
| Datos del consorciado 2              |              |    |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social: |              |    |    |  |
| Domicilio Legal:                     |              |    |    |  |
| RUC:                                 | Teléfono(s): |    |    |  |
| MYPE <sup>21</sup>                   |              | Sí | No |  |
| Correo electrónico:                  |              |    |    |  |

|                                      |              |    |    |  |
|--------------------------------------|--------------|----|----|--|
| Datos del consorciado 3 ...          |              |    |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social: |              |    |    |  |
| Domicilio Legal:                     |              |    |    |  |
| RUC:                                 | Teléfono(s): |    |    |  |
| MYPE <sup>22</sup>                   |              | Sí | No |  |
| Correo electrónico:                  |              |    |    |  |

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico común del consorcio:

<sup>20</sup> Esta información será verificada por la entidad contratante en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link: <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el artículo 114, numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> Ibidem.



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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de negociación regulado en el artículo 132 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 91 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios, de ser el caso.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción del correo electrónico, en el plazo máximo de dos días hábiles de recibida la comunicación.  
[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del representante  
común del consorcio**

**Advertencia**

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



ANEXO N° 2

PACTO DE INTEGRIDAD<sup>23</sup>

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PUBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que suscribe, [...], postor y/o representante legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, identificado con **[CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD]**, con poder inscrito en la localidad de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** en la Ficha N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** Asiento N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, en su calidad de proveedor en el ámbito de aplicación de la normativa de contratación pública, **suscribo el presente Pacto de Integridad** bajo los siguientes términos y condiciones:

**PRIMERO:** Declaro, bajo juramento:

1. Que conozco los impedimentos para ser participante, postor, contratista o subcontratista, establecidos en el artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
2. Que los recursos que componen mi patrimonio o el patrimonio de la persona jurídica a la que represento no provienen de lavado de activos, narcotráfico, minería ilegal, financiamiento del terrorismo, y/o de cualquier actividad ilícita.
3. Que conozco la obligación de denunciar cualquier acto de corrupción cometido por los actores del proceso de contratación, así como las medidas de protección que le asisten a los denunciantes<sup>24</sup>; además de las consecuencias administrativas y legales que de estos se derivan.
4. Que conozco el alcance de la Ley N° 28024, Ley que regula la gestión de intereses en la administración pública y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 120-2019-PCM, así como el marco de aplicación de la Ley N° 31564, Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 082-2023-PCM<sup>25</sup>.
5. Que conozco el alcance de la cláusula anticorrupción y antisoborno de los contratos suscritos en el marco del proceso de contratación y las consecuencias derivadas de su incumplimiento<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> De conformidad con el literal b del numeral 69.1 del artículo 69 y el numeral 57 del Anexo I Definiciones del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 0059-2025-EF.

<sup>24</sup> Decreto Legislativo N° 1327, Decreto Legislativo que establece medidas de protección para el denunciante de actos de corrupción y sanciona las denuncias realizadas de mala fe, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 010-2017-JUS, modificado por Decreto Supremo N° 002-2020-JUS, en concordancia con la Directiva N° 002-2023-PCM-SIP Directiva para la gestión de denuncias y solicitudes de medidas de protección al denunciante de actos de corrupción recibidas a través de la plataforma digital única de denuncias del ciudadano, aprobada por Resolución de Secretaría de Integridad Pública N° 005-2023-PCM-SIP.

<sup>25</sup> Reglamento del Ley N° 31564:

**Artículo 24.- Inhabilitación de ex funcionarios, ex servidores públicos, empresas e instituciones privadas**

El incumplimiento de los impedimentos señalados en el numeral 4.2 del artículo 4 de la Ley por parte de las personas, las empresas e instituciones privadas involucradas en dicho incumplimiento, es sancionado con la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al Estado, bajo cualquier modalidad, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiera lugar conforme al numeral 7.7 del artículo 7 de la Ley. En caso de ex funcionarios y ex servidores públicos se aplica el procedimiento administrativo disciplinario sujeto a la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil o normas específicas. En caso de empresas e instituciones privadas se aplica el procedimiento administrativo sancionador sujeto a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.

<sup>26</sup> Conforme a lo establecido en el artículo 68 de la Ley General de Contrataciones Públicas, así como en el literal d) del artículo 274 de su Reglamento:

**Artículo 68. Resolución del contrato**



**SEGUNDO:** Dentro de ese marco, asumo los siguientes compromisos:

1. Mantener una conducta proba e íntegra en todas las actividades del proceso de contratación, lo que supone actuar con honestidad y veracidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente, así como respetar la libertad de concurrencia y las condiciones de competencia efectiva en el proceso de contratación y abstenerme de realizar prácticas que la restrinjan o afecten.

**[Solo para personas jurídicas]** Lo anterior se hace extensivo, para conocimiento, a los socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a la persona jurídica que represento.

2. Abstenerme de ofrecer, dar o prometer regalos, cortesías, invitaciones, donativos u otros beneficios similares, a funcionarios o servidores públicos de la dependencia encargada de las contrataciones, actores del proceso de contratación y personal de la entidad contratante.
3. Denunciar ante las autoridades competentes, de manera oportuna, los actos de corrupción, inconducta funcional, conflicto de intereses u otro de naturaleza similar, respecto de lo cual tuviera conocimiento en el marco del proceso de contratación (<https://denuncias.servicios.gob.pe/>).
4. Facilitar las acciones o mecanismos implementados por la entidad pública responsable del proceso de contratación para fortalecer la transparencia, promover la lucha contra la corrupción y fomentar la rendición de cuentas.

**TERCERO:** Este pacto de integridad tiene vigencia desde el momento de su suscripción hasta la culminación de la fase de selección<sup>27</sup>; y, en caso de resultar adjudicado con la buena pro, este mantiene su vigencia hasta la finalización del proceso de contratación.

**CUARTO:** Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad frente a eventuales incumplimientos de los compromisos asumidos, me someto a las acciones de debida diligencia, supervisión, fiscalización posterior, iniciativas de veeduría autorizadas por la entidad contratante u otros que correspondan; así como a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que se deriven de estos, conforme al marco legal vigente.

En señal de conformidad, suscribo el presente pacto de integridad, a los ( ) días del mes ( ) de 20( ), manifestando que la información declarada se sujeta al principio de presunción de veracidad, conforme a lo dispuesto en el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General<sup>28</sup>.

Firma

N° de DNI:

68.1. Cualquiera de las partes puede resolver, total o parcialmente, el contrato en los siguientes supuestos:  
d) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción.

**Artículo 274. Causales de exclusión de proveedores adjudicatarios de los catálogos electrónicos de acuerdo marco**

Un proveedor adjudicatario es excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco, en los siguientes casos:

d) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.

<sup>27</sup> Reglamento de la Ley N° 32069, aprobado por Decreto Supremo N°009-2025-EF:

**Artículo 92. Culminación de la fase de selección,** del

La fase de selección culmina cuando: a) Se perfecciona el contrato, b) Se cancela el procedimiento de selección, c) Se deja sin efecto el otorgamiento de la buena pro por causa imputable a la entidad contratante, d) No se perfeccione el contrato por los supuestos establecidos en el artículo 91.

<sup>28</sup> Ley N° 27444:

**1.7 Principio de Presunción de Veracidad.**- En la tramitación del procedimiento administrativo, se presume que los documentos y declaraciones formulados por los administrados en la forma prescrita por esta Ley, responden a la verdad de los hechos que ellos afirman. Esta presunción admite prueba en contrario.



ANEXO N° 3<sup>29</sup>

DECLARACIÓN JURADA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

- i. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
- ii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iii. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- iv. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- v. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vi. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal, según corresponda**

**Advertencia**

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

<sup>29</sup> Artículo 69 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.



ANEXO N° 4

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta al **CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por los artículos 88 y 89 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....] nuestro correo electrónico común: [.....], al cual se notificarán todas las comunicaciones dirigidas al Consorcio durante el procedimiento de selección hasta la suscripción del contrato.

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]<sup>30</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>31</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.



**[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]**

3. OBLIGACIONES DE **[NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 3]** [ % ]<sup>32</sup>

**[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 3]**

TOTAL OBLIGACIONES

100%<sup>33</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Consortiado 1  
Nombres, apellidos y firma del consorciado 1  
o de su representante Legal  
tipo y N° de documento de Identidad

.....  
Consortiado 2  
Nombres, apellidos y firma del consorciado 2  
o de su representante Legal  
tipo y N° de documento de identidad

.....  
Consortiado 3  
Nombres, apellidos y firma del consorciado 3  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

<sup>32</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>33</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.



**Advertencia**

El Anexo N° 5 únicamente es presentado por los postores que, si bien son parientes de los impedidos referidos en el inciso 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, no le son aplicables los impedimentos en razón de parentesco del inciso 2 del citado numeral, debido a que cumplen alguna de las siguientes condiciones: i) Han suscrito un contrato derivado de un procedimiento de selección competitivo o no competitivo o, ii) han ejecutado cuatro contratos menores en el mismo tipo de objeto al que postula. **Para el caso de servicios, los dos años son consecutivos.**

**ANEXO N° 5<sup>34</sup>**  
**DECLARACIÓN JURADA DE DESAFECTACIÓN DE IMPEDIMENTO**

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que suscribe, [...], postor y/o representante legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, identificado con **[CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD]**, con poder inscrito en la localidad de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** en la Ficha N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** Asiento N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, **declaro que tengo los siguientes parientes<sup>35</sup>, los cuales cuentan con impedimento de carácter personal<sup>36</sup> de conformidad con el numeral 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, de acuerdo a lo siguiente:**

**[NOMBRE DEL PARIENTE 1]** con DNI [...] con CARGO [...] en la ENTIDAD [...] que a la fecha de la presente declaración cuenta con impedimento de carácter personal de Tipo **[CONSIGNAR 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, y 1G, SEGÚN CORRESPONDA]** de conformidad con el inciso 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069 Ley General de Contrataciones Públicas.

**[NOMBRE DEL PARIENTE 2]** con DNI [...] con CARGO [...] en la ENTIDAD [...] que a la fecha de la presente declaración cuenta con impedimento de carácter personal de Tipo **[CONSIGNAR 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, y 1G, SEGÚN CORRESPONDA]** de conformidad con el inciso 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069 Ley General de Contrataciones Públicas.

Sin perjuicio de ello, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

Me encuentro exceptuado del impedimento por razón de parentesco, en razón de **[INDICAR SUPUESTO: HABER EJECUTADO UN CONTRATO DERIVADO DE UN PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN COMPETITIVO O NO COMPETITIVO / HABER EJECUTADO CUATRO CONTRATOS MENORES EN EL MISMO TIPO DE OBJETO AL QUE POSTULA]** dentro de los dos años previos a la convocatoria del procedimiento de selección, contratación directa o a la adjudicación de un contrato menor] conforme al inciso 2 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, lo cual acredito documentalmente para la presentación de ofertas, de conformidad con el numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

<sup>34</sup> Numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

<sup>35</sup> Se entiende pariente a aquellos hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad, lo que incluye al cónyuge, al conviviente, y al progenitor del hijo.

<sup>36</sup> Aplicables a autoridades, funcionarios o servidores públicos de acuerdo con lo que señala la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.



[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal, según corresponda**

TS



ANEXO N° 6  
PRECIO DE LA OFERTA

Señores  
**EVALUADORES**  
**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**  
Presente.-

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

| CONCEPTO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|----------|-----------------|--------------|
|          |          |                 |              |
| TOTAL    |          |                 |              |

El precio de la oferta **[CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA]** incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar **[EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS]**.

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común, según corresponda

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.



ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

| CONCEPTO     | PRECIO TOTAL |
|--------------|--------------|
|              |              |
| <b>TOTAL</b> |              |

El precio de la oferta en **[CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA]** incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar **[EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS]**.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda**

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.



ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

**OFERTA A PRECIOS UNITARIOS:**

| CONCEPTO                        | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | COSTO |
|---------------------------------|----------|-----------------|-------|
|                                 |          |                 |       |
| MONTO TOTAL A PRECIOS UNITARIOS |          |                 |       |

**OFERTA A SUMA ALZADA:**

| CONCEPTO                  | PRECIO TOTAL |
|---------------------------|--------------|
|                           |              |
| MONTO TOTAL A SUMA ALZADA |              |
| MONTO TOTAL DE LA OFERTA  |              |

El precio de la oferta **[CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA]** e incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar [EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda**

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:
- **"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias."
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.



ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

| El | CONCEPTO                          | OFERTA |
|----|-----------------------------------|--------|
|    |                                   | %      |
|    | Porcentaje ofertado <sup>37</sup> |        |
|    | <b>Monto Total Ofertado</b>       |        |

precio de la oferta **[CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA]** incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar **[EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS]**.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda**

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.

<sup>37</sup> Corresponde al porcentaje del monto total a cobrar o recuperar.



ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

| CONCEPTO                             | MONTO |
|--------------------------------------|-------|
| (A) Honorario Fijo                   |       |
| (B) Comisión de éxito <sup>38</sup>  |       |
| <b>Precio de la Oferta (A) + (B)</b> |       |

El precio de la oferta **[CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA]** incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar **[EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS]**.

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda**

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conlleven la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.

<sup>38</sup> El postor formula su oferta contemplando un monto fijo y un monto adicional como incentivo que debe pagársele en caso consiga el resultado esperado.



ANEXO N° 6  
PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

| DESCRIPCIÓN DEL OBJETO | N° DE PERIODOS DE TIEMPO <sup>39</sup> | PERIODO O UNIDAD DE TIEMPO DE LA TARIFA <sup>40</sup> | TARIFA UNITARIA OFERTADA <sup>41</sup> | TOTAL OFERTA ECONÓMICA |
|------------------------|--|---|--|------------------------|
|                        |  |   |  |                        |

La oferta económica [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar [EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Advertencia**

- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.

<sup>39</sup> Número estimado de días, meses, entre otros de la ejecución de la prestación, según lo establecido en las bases.

<sup>40</sup> Día, mes, entre otros, según lo establecido en las bases.

<sup>41</sup> El postor formula su oferta proponiendo una tarifa fija en base al periodo o unidad de tiempo establecida en las bases.



ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD              | ESTIMACIÓN DE HORAS DE LA ACTIVIDAD | HORA DE LABOR PROFESIONAL ESPECIALIZADA <sup>42</sup> | PRECIO TOTAL |
|--|-------------------------------------|---|--------------|
| [CONSIGNAR LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE] |                                     |   |              |
|  |                                     |   |              |
|  |                                     |   |              |

**MONTO TOTAL DE LA OFERTA**

La oferta económica [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los impuestos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar [EXCEPTO LA DE AQUELLOS POSTORES QUE GOCEN DE ALGUNA EXONERACIÓN LEGAL, NO INCLUYEN EN EL PRECIO DE SU OFERTA LOS TRIBUTOS RESPECTIVOS].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Advertencia**

- Pago por consumo es una modalidad de pago que solo aplica en caso de servicios variables, cuando la unidad de medida del pago sea la hora de labor profesional especializada.
- En caso de que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 132 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.
- El postor que goce de alguna exoneración legal debe indicar que su oferta no incluye el impuesto materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
**"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL IMPUESTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"**.
- En caso de procedimientos según relación de ítems, el postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.
- En caso de contrataciones que conlleven la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente: "el postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".
- En caso de divergencia entre el precio de la oferta en dígitos y en letras, prevalece este último.

<sup>42</sup> Unidad de medida de pago.



## ANEXO N° 7

### AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN COMO GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O FIEL CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES ACCESORIAS – PROVEEDORES NO MYPES

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO  
DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor adjudicado y/o representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato, en la primera mitad del número total de pagos a realizarse, se me aplique la retención de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto al finalizar el contrato, como mecanismo de garantía de fiel cumplimiento de [PRECISAR SI ES FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O FIEL CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES ACCESORIAS], en el marco del numeral 61.8 del artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y el artículo 114 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común,  
según corresponda**

#### Advertencia

*La retención como mecanismo de garantía de fiel cumplimiento es aplicable, de acuerdo con los numerales 61.8 y 61.9 del artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y el artículo 114 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF siempre que:*

- *El plazo de la prestación sea igual o mayor de sesenta (60) días calendario.*
- *Se consideren, según corresponda, al menos dos pagos a favor del contratista o dos valorizaciones periódicas en función del avance de obra.*
- *La cuantía adjudicada sea igual o menor a S/ 480 000,00 (cuatrocientos ochenta mil y 00/100 soles).*



ANEXO N° 7

**AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN COMO GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL  
CONTRATO Y/O FIEL CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES ACCESORIAS – PROVEEDORES  
MYPE**

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

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO  
DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor adjudicado y/o representante legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, identificado con **[CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD]**, autorizo que durante la ejecución del contrato, del número total de pagos a realizarse, se me aplique la retención de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto al finalizar el contrato, como mecanismo de garantía de fiel cumplimiento de **[PRECISAR SI ES FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O FIEL CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES ACCESORIAS]**, en el marco del numeral 61.8 del artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, y el artículo 114 del Reglamento, así como el artículo 3 de la Ley N° 32077, Ley que establece un medio alternativo de garantías de cumplimiento en los procesos de contratación pública de las MYPE.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común, según  
corresponda**

**Advertencia**

*La retención como mecanismo de garantía de fiel cumplimiento es aplicable, de acuerdo con los numerales 61.8 y 61.9 del artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y el artículo 114 del Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF, así como el artículo 3 de la Ley N° 32077, Ley que establece un medio alternativo de garantías de cumplimiento en los procesos de contratación pública de las MYPE, siempre que:*

- *El plazo de la prestación sea igual o mayor de sesenta días calendario.*
- *Se consideren, según corresponda, al menos dos pagos a favor del contratista o dos valorizaciones periódicas en función del avance de obra.*
- *Cuando se adjudique la buena pro a un proveedor que califique como micro o pequeña empresa, procede la retención con independencia del monto de la contratación.*



ANEXO N° 8

DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN DE FIDEICOMISO COMO GARANTÍA DE  
FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO  
DE SELECCIÓN]

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o representante legal de [CONSIGNAR EN  
CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], declaro bajo juramento  
el compromiso de presentar la constitución de un fideicomiso como mecanismo de garantía de fiel  
cumplimiento del contrato, en un plazo no mayor a veinte (20) días hábiles contabilizados desde el día  
siguiente de perfeccionado el mismo, en el marco de los artículos 116 y 138 del Reglamento de la Ley  
N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común, según  
corresponda

Advertencia

*El fideicomiso es aplicable, de acuerdo con los artículos 116 y 138 del Reglamento de la Ley N° 32069, siempre  
que el plazo de la ejecución contractual sea mayor a noventa (90) días calendario.*



ANEXO N° 9

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL  
MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO  
DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común, según  
corresponda

**Advertencia**

*La notificación de la decisión de la entidad contratante respecto a solicitudes presentadas durante la ejecución contractual se efectúa por correo electrónico, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.*



ANEXO N° 10

ELECCIÓN DE INSTITUCIÓN ARBITRAL<sup>43</sup>

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor adjudicado y/o representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], elijo la institución arbitral del listado proporcionado por la entidad contratante:

[INDICAR LA RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN ARBITRAL ELEGIDA, DE ACUERDO AL LISTADO DEL NUMERAL 3.3 DEL CAPÍTULO III DE LA SECCIÓN ESPECÍFICA DE LAS BASES]

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal o común, según  
corresponda

<sup>43</sup> Para la elección de la institución arbitral, la entidad contratante debe tomar en cuenta, como aspectos relevantes, lo previsto en el literal d) del artículo 77 (Requisitos para resolver controversias en contrataciones públicas) y el numeral 84.1 del artículo 84 (Reglas aplicables al arbitraje) de la Ley.



[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]  
[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

ANEXO N° 11

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**  
Presente.-

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

| N° | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>44</sup> | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>45</sup> | EXPERIENCIA PROVENIENTE DE: | MONEDA | IMPORTE <sup>46</sup> | TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>47</sup> | MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>48</sup> |
|----|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------------|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 2  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 3  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 4  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 5  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 6  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 7  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 8  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 9  |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |
| 10 |         |                     |   |                                       |  |                             |        |                       |                                    |   |

<sup>44</sup>

Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda. **Únicamente**, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los quince años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho período.

<sup>45</sup>

Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso. El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>46</sup>

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

<sup>47</sup>

Consignar en la moneda establecida en las bases.

<sup>48</sup>



[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]  
[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

| N°    | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP 44 | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO 45 | EXPERIENCIA PROVENIENTE DE: | MONEDA | IMPORTE 46 | TIPO DE CAMBIO VENTA 47 | MONTO FACTURADO ACUMULADO 48 |
|-------|---------|---------------------|---|----------------------------|---|-----------------------------|--------|------------|-------------------------|------------------------------|
| ...   |         |                     |   |                            |   |                             |        |            |                         |                              |
| 20    |         |                     |   |                            |   |                             |        |            |                         |                              |
| TOTAL |         |                     |   |                            |   |                             |        |            |                         |                              |

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda

#### Advertencia

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso de que el postor sea sucursal considerando que ambas constituyen la misma persona jurídica conforme a lo previsto en el artículo 396 de la Ley N° 26887, Ley General de Sociedades, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Del mismo modo, en aplicación de lo previsto en la mencionada Ley, en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante puede acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante puede acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante puede emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe.



## ANEXO N° 12

### DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de selección de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de **[CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO]**.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda**



### ANEXO N° 13

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

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO  
DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa<sup>49</sup> se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no tiene producción fuera de la Amazonía.<sup>50</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o  
representante legal, según corresponda**

#### Advertencia

*Quando se trate de consorcios, esta declaración jurada es presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio, **así como adjuntar el contrato de consorcio con firmas legalizadas.***

<sup>49</sup> En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" aprobado por Decreto Supremo N° 103-99-EF, se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

<sup>50</sup> En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición.



## ANEXO N° 14

### DECLARACIÓN JURADA

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, declaro que la experiencia que acredito de la empresa **[CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA]** como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal, según corresponda**

#### Advertencia

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones Públicas con Sanción Vigente en: <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>. También le asiste dicha facultad a la dependencia encargada de las contrataciones o al órgano de la entidad contratante al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*



**ANEXO N° 15**  
**DECLARACIÓN JURADA DE ACTUALIZACIÓN DE DESAFECTACIÓN DE**  
**IMPEDIMENTO**

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

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la sede de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que tengo los siguientes parientes<sup>51</sup>, los cuales cuentan con impedimento de carácter personal<sup>52</sup> de conformidad con el numeral 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, de acuerdo a lo siguiente:

**[NOMBRE DEL PARIENTE 1]** con DNI [.....] con CARGO [.....] en la ENTIDAD [.....] que a la fecha de la presente declaración es un impedido de carácter personal del Tipo **[CONSIGNAR 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, y 1G, SEGÚN CORRESPONDA]**.

**[NOMBRE DEL PARIENTE 2]** con DNI [.....] con CARGO [.....] en la ENTIDAD [.....] que a la fecha de la presente declaración es un impedido de carácter personal del Tipo **[CONSIGNAR 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, y 1G, SEGÚN CORRESPONDA]**.

Sin perjuicio de ello, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

A la fecha me encuentro exceptuado del impedimento por razón de parentesco, en razón de [INDICAR SUPUESTO: HABER EJECUTADO UN CONTRATO DERIVADO DE UN PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN COMPETITIVO O NO COMPETITIVO / HABER EJECUTADO CUATRO CONTRATOS MENORES EN EL MISMO TIPO DE OBJETO AL QUE POSTULA] dentro de los dos años previos a la convocatoria del procedimiento de selección, contratación directa o a la adjudicación de un contrato menor conforme al inciso 2 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069<sup>53</sup>, Ley General de Contrataciones Públicas, lo cual acreditaré documentalmente para la presentación de ofertas, de conformidad con el numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

En ese sentido, mediante el presente cumplo con presentar la acreditación documental correspondiente:

**[CONSIGNAR EL DETALLE DE LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES]**

**[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]**

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o**  
**representante legal, según corresponda**

<sup>51</sup> Se entiende pariente a aquellos hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad, lo que incluye al cónyuge, al conviviente, y al progenitor del hijo.

<sup>52</sup> Aplicables a autoridades, funcionarios o servidores públicos de acuerdo con lo que señala la Ley N° 32069-.

<sup>53</sup> Conforme el numeral 2 "Impedimentos en razón del parentesco" del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.



ANEXO N° 16

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO  
(DE SER EL CASO, SOLO PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL ÍTEM [CONSIGNAR EL N° DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR O CUANTÍA ESTIMADA NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje total en [CONSIGNAR EL ÍTEM O ÍTEMS, SEGÚN CORRESPONDA, EN LOS QUE SE SOLICITA LA BONIFICACIÓN] debido a que el domicilio de mi representada se encuentra ubicado en la provincia o provincia colindante donde se ejecuta la prestación.

.....  
**Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal, según corresponda**

**Importante para la entidad contratante**

- Para asignar la bonificación, los evaluadores verifican el domicilio consignado por el postor en el Registro Nacional de Proveedores (RNP) de la Pladicop
- Para que el postor pueda acceder a la bonificación, debe cumplir con las condiciones establecidas en el numeral 75.6 del artículo 75 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.



**Advertencia**

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

**ANEXO N° 16**

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO**  
(DE SER EL CASO, SOLO PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL ÍTEM [CONSIGNAR EL N° DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYA CUANTÍA NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Mediante el presente el que se suscribe, [.....], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], solicito la asignación de la bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje total en [CONSIGNAR EL ÍTEM O ÍTEMS, SEGÚN CORRESPONDA, EN LOS QUE SE SOLICITA LA BONIFICACIÓN] debido a que los domicilios de todos los integrantes del consorcio se encuentran ubicados en la provincia o provincias colindantes donde se ejecuta la prestación.

.....  
**Firma, nombres y apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante para la entidad contratante**

- Para asignar la bonificación, los evaluadores verifican el domicilio consignado de los integrantes del consorcio, en el Registro Nacional de Proveedores (RNP) de la Pladico
- Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con las condiciones establecidas en el numeral 75.6 del artículo 75 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF..



ANEXO N° 17

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

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

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

**[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]**

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o representante legal o común, según corresponda

**Importante**

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



**ANEXO N° 18<sup>54</sup>**

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE INAPLICACIÓN DEL IMPEDIMENTO TIPO 4.D DEL INCISO 4 DEL NUMERAL 30.1 DEL ARTÍCULO 30 DE LA LEY N° 32069 REFERIDO A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM**

**(Documento a presentar para el perfeccionamiento del contrato en caso de proveedores con procesos de alimentos en ejecución de sentencia)**

Señores

**EVALUADORES**

**CONCURSO PUBLICO ABREVIADO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

Presente.-

El que suscribe, [...], postor y/o apoderado de [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL QUE OTORGA EL PODER, DE SER EL CASO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que no me resulta aplicable el impedimento Tipo 4.D del inciso 4 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley, referido a las personas inscritas en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Poder Judicial (Redam), considerando lo siguiente:

**[EL PROVEEDOR DEBE CONSIGNAR LA INFORMACIÓN SÓLO UNA DE LAS OPCIONES QUE SE ESTABLECEN A CONTINUACIÓN, SEGÚN SEA EL CASO]:**

- Que, se ha remitido el/la [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN EXACTA DEL DOCUMENTO REMITIDO POR EL PROVEEDOR AL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS] con fecha de recepción [CONSIGNAR FECHA DE RECEPCIÓN] dirigido/a al [CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDA], mediante el cual se informó la cancelación de la deuda alimentaria derivada del proceso de alimentos seguido por [CONSIGNAR LOS DATOS DE LA PARTE DEMANDANTE DEL PROCESO DE ALIMENTOS], para lo cual me sujeto al principio de presunción de veracidad. Se adjunta el cargo de recepción del indicado documento.
- Que, si me encuentro en el registro de deudores alimentario moroso, por lo que; autorizo se me descuenta del pago que me corresponde como contraprestación del contrato derivado del presente procedimiento de selección, el monto de la pensión mensual fijada en el proceso de alimentos seguido por [CONSIGNAR LOS DATOS DE LA PARTE DEMANDANTE DEL

<sup>54</sup> De conformidad con lo previsto en el numeral 39.2 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.



[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]  
[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

**PROCESO DE ALIMENTOS** ante el **[CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO CORRESPONDIENTE]**, para lo cual adjunto:

La sentencia emitida por el **[CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDA]** en

- a) el trámite del proceso de alimentos seguido en el expediente **[CONSIGNAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE JUDICIAL]**
- b) La información complementaria solicitada por la entidad contratante para realizar el descuento, la que comprende lo siguiente: **[LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBE CONSIGNAR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA DEL PROVEEDOR PARA HACER EFECTIVO EL DESCUENTO]**

**[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]**

.....  
Firma, nombres y apellidos del postor o  
apoderado, según corresponda