

# *BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL*

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



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

### SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

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

### CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

### INSTRUCCIONES DE USO:

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

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

## **BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**



**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°  
005-2024-RPSA-1**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE  
IMPRESION DE MATERIAL IMPRESO PARA LOS  
PROGRAMAS PRESUPUESTALES DE LA RED DE SALUD  
AREQUIPA CAYLLOMA**

**2024**

## DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

## **SECCIÓN GENERAL**

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

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

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

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

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

### 1.2. CONVOCATORIA

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

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

#### Importante

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

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

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

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

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

#### Importante

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

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de

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

Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

### 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

#### **Importante**

*En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao, cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/200,000.00), a solicitud del postor se asigna una bonificación equivalente al diez por ciento (10%) sobre el puntaje total obtenido por los postores con domicilio en la provincia donde prestará el servicio, o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región. El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP<sup>2</sup>. Lo mismo aplica en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando algún ítem no supera el monto señalado anteriormente.*

### 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

### 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

### 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o

<sup>2</sup> La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe)

el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

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

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

#### **1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO**

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

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

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

##### **Importante**

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

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

### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.*

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

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

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

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

## CAPÍTULO III DEL CONTRATO

### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

#### Importante

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

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

### 3.2. GARANTÍAS

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

#### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

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

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

#### Importante

- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establecen los numerales 149.4 y 149.5 del artículo 149 del Reglamento y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.*

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

#### Importante

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

#### Advertencia

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

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

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

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

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

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

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

### **3.5. ADELANTOS**

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

### **3.6. PENALIDADES**

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

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

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

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

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

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

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

### **3.8. PAGOS**

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

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

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

**Advertencia**

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

**3.9. DISPOSICIONES FINALES**

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

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

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

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

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : GRA SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA  
 RUC N° : 20454157592  
 Domicilio legal : AV. INDEPENDENCIA BLOCK E N° 600 INT. 424 (Edifícios Heroes Anónimos)  
 Teléfono: : 054 – 200823 (Anexo 213)  
 Correo electrónico: : [ofic-adquisiciones@redperifericaqp.gob.pe](mailto:ofic-adquisiciones@redperifericaqp.gob.pe)

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESION DE MATERIAL IMPRESO PARA LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA**

ITEM PAQUETE	DENOMINACIÓN	UNIDAD MED.	CANTIDAD TOTAL
1	IMPRESIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	UNIDAD	15,000
	IMPRESIÓN DE SOLAPEROS DE METAL	UNIDAD	244
	VOLANTES	MILLAR	16
	CARNET DE VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA	UNIDAD	16,666
	CARTILLAS PARA LA MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS	UNIDAD	1,500
	ROTAFOLIO EDUCATIVO	UNIDAD	377
	CARNET DE VACUNAS PARA MAYORES DE 5 AÑOS	MILLAR	860
	BANNER ¡CUIDADO CON EL SARAMPION!	UNIDAD	281
	BANNER VACUNACION CONTRA LA NEUMONIA	UNIDAD	141
	BANNER DE VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA	UNIDAD	141
	BANNER VACUNACION VPH	UNIDAD	170
	AFICHE A-3 ESQUEMA DE VACUNACION MENORES DE 5 AÑOS	MILLAR	10
	AFICHE A-3 ESQUEMA DE VACUNACION MAYORES DE 5 AÑOS	MILLAR	10
	AFICHE A-3 ESQUEMA DE NACIONAL DE VACUNACION	MILLAR	10
	AFICHE A-3 LO VACUNO, LO PROTEJO	MILLAR	10
	AFICHE A-3 ¡CUIDADO CON EL SARAMPION!	MILLAR	10
	FORMATO DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA	UNIDAD	8,320
	TRIPTICO EDUCATIVO	MILLAR	1
	FORMATO DE VALORACION DE RIESGO	CIENTO	48
	CARTILLA POCKET DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	UNIDAD	137
	FICHA SOCIAL (ANVERSO Y REVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	43
	EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (ANVERSO Y REVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	43
	FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA (ANVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	43
	GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA (ANVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	43
	HISTORIA CLINICA ATENCION INTEGRAL (ANVERSO Y REVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	169
	PLAN DE ATNECION INDIVIDUALIZADA (ANVERSO) PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	85

	SQR - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>85</b>
	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>127</b>
	AUDIT - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>20</b>
	HIS - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>4</b>
	SDQ CAS - P-2 4 - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>20</b>
	SDQ CAS P4 17 - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>20</b>
	PHQ-9 - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>10</b>
	GDS -15 - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>5</b>
	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>6</b>
	ESCALA DE EDIMBURGO - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>12</b>
	ESCALA DE RIESGO SUICIDA - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>40</b>
	ESCALA DE ZARIT - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>2</b>
	HONOS - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>2</b>
	APGAR FAMILIAR	PAQUETE	<b>2</b>
	ZUNG (DEPRESSION) - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>40</b>
	TEST DE MORISKY - GREEN - PAQUETE X 500 HOJAS	PAQUETE	<b>6</b>
	GUIA PARA LA APLICACIÓN DE TAMIZAJE -EMPASTADO	PAQUETE	<b>67</b>
	FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (ANVERSO Y REVERSO) PARA NIVEL DE ATENCIÓN I-3	PAQUETE	<b>313</b>
	LAMINAS EDUCATIVAS	MILLAR	<b>21</b>
2	FORMATOS ADMINISTRATIVOS IMPRESOS (CARNE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE ADOLESCENTES VARONES Y MUJERES)	MILLAR	<b>73</b>
	FORMATO CITA DE CONTROL PARA PACIENTES	MILLAR	<b>21</b>
	FORMATO DIPTICO CAMPANA DE PROMOCION DE LA SALUD (UNA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA)	CIENTO	<b>41</b>
	FORMATO ADMINISTRATIVO IMPRESO (PREVENCION DE ANEMIA EN GESTANTES Y RECIEN NACIDOS)	MILLAR	<b>31</b>
	TARJETA DE CITA DE PLANIFICACION FAMILIAR	MILLAR	<b>13</b>
	FORMATOS ADMINISTRATIVOS IMPRESOS (TRIPTICO EDUCATIVO)	MILLAR	<b>35</b>
	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADM. DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DOTS PLUS	UNIDAD	<b>140</b>
	FORMATO DE SOLICITUD DE BACIOSCOPIA BLOCK X 100 HOJAS	UNIDAD	<b>100</b>
	LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS X 200 FOLIOS	UNIDAD	<b>38</b>
	LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN TBC X 100 HOJAS	UNIDAD	<b>44</b>
	TRIPTICO CATARATA (GLAUCOMA)	MILLAR	<b>4</b>
	FORMATO DE ATENCION - TABLA DE RCV FRAMINGHAN	UNIDAD	<b>14,250</b>
	DIPTICO INFORMATIVO: HIPERTENSION ARTERIAL	CIENTO	<b>136</b>
	TRIPTICO CATARATA (PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD OCULAR)	MILLAR	<b>3</b>
	FICHA INDIVIDUAL (JUEGO X 35 TARJETAS FULL COLOR)	UNIDAD	<b>553</b>
	FORMATO CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO	MILLAR	<b>29</b>
	CARTILLA EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO NIÑO	UNIDAD	<b>553</b>
	CARTILLA EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO NIÑA	UNIDAD	<b>553</b>
	CARTILLA DE SNELLEN EN CARTULINA PLASTIFICADA	UNIDAD	<b>399</b>
	CARNE DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO	UNIDAD	<b>9,042</b>
	CARNE DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑA	UNIDAD	<b>9,045</b>
	TRÍPTICO EDUCATIVO	UNIDAD	<b>5,555</b>
	DÍPTICO INFORMATIVO	UNIDAD	<b>6,250</b>
	IMPRESIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	UNIDAD	<b>25,000</b>
	FOLLETO EDUCATIVO	UNIDAD	<b>10,000</b>

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **FORMATO N° 02 SOLICITUD Y APROBACION DE EXPEDIENTE ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1** de fecha 14 de JUNIO del 2024.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS ORDINARIOS Y RECURSOS DETERMINADOS

#### Importante

*La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.*

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

### 1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

NO CORRESPONDE

### 1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

### 1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de **QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO contados a partir del día siguiente de la SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, en ÚNICA ENTREGA** en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

### COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de solicitar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar **S/. 5.00 (Cinco con 00/100 Soles)** en caja de la Entidad sito en **Av. Independencia Block E N° 600 Int. 424 Arequipa – Arequipa**.

#### Importante

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

### 1.9. BASE LEGAL

- Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31954, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31955, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Decreto Legislativo N° 1440 - Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF que Aprueba el TUO de la Ley N° 30225 – Ley de

Contrataciones del Estado.

- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias vigentes (Decreto Supremo N°234-2022-EF).
- Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.
- Directivas y Opiniones del OSCE.
- Código Civil.
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria, que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado. Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso

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

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### Importante

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

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>3</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

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

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

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

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

#### Advertencia

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

<sup>3</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>4</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento **(Anexo N°2)**
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. **(Anexo N° 3)**
- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)<sup>5</sup>**
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- g) El precio de la oferta en **SOLES**. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.

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

#### **Importante**

- *El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

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

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

#### **2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad<sup>6</sup>.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. **(Anexo N° 11)**

#### **Advertencia**

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

<sup>5</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

<sup>6</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

### 2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

**N ° de Cuenta** : 101-075966  
**Banco** : BANCO DE LA NACIÓN  
**N° CCI<sup>7</sup>** : 01810100010107596668

### 2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

#### **Advertencia**

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>8</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>9</sup>.
- i) Estructura de costos<sup>10</sup>.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete<sup>11</sup>.

#### **Importante**

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o*

<sup>7</sup> En caso de transferencia interbancaria.

<sup>8</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>9</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>10</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

<sup>11</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

*la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*

- En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

#### **Importante**

- Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>12</sup>.*
- La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## **2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en **mesa de partes de la RED DE SALUD AREQUIPA- CAYLLOMA** sito en **Av. Independencia Block E N° 600 Int. 424 (Edificios Héroes Anónimos) – Arequipa**, en el horario de **08:15 horas hasta las 15:15 horas**.

Para la suscripción del Contrato, deberá apersonarse a la Oficina de Logística de la Red de Salud Periférica de Arequipa Caylloma sito en **Av. Independencia Block E N° 600 Int. 424 (4to piso) (Edificios Héroes Anónimos) – Arequipa**.

<sup>12</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

## 2.6. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **PAGO UNICO**.

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

- Informe del funcionario responsable del AREA o UNIDAD RESPONSABLE emitiendo la conformidad de la prestación efectuada, siendo el Responsable del Programa Presupuestal, con el Coordinador de la ES o componente correspondiente.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en MESA DE PARTES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA- CAYLLOMA **SITO EN AV. INDEPENDENCIA BLOCK E N° 600 INT. 424 (EDIFICIOS HÉROES ANÓNIMOS) – AREQUIPA.**

### CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

#### Importante

*De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.*

#### 3.1. TERMINOS DE REFERENCIA



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE MATERIAL IMPRESO

1. **OFICINA o ÁREA QUE REQUIERE EL BIEN:**

P.P. Materno Neonatal  
P.P. Tuberculosis – VIH/SIDA  
P.P. Enfermedades No Transmisibles  
P.P. Desarrollo Infantil Temprano.

2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION**

Adquisición de bienes impresos para los Programas Presupuestales de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

3. **OBJETO DE LA CONTRATACION:**

Contar con los bienes impresos para el cumplimiento de las actividades programadas enmarcadas dentro del Plan Operativo Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

4. **FINALIDAD PUBLICA**

La finalidad publica de la presente adquisición es optimizar la ejecución de las actividades programas dentro de los programas presupuestales, en beneficio de la población en general y de los hogares protegidos.

5. **AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. MATERNO NEONATAL  
Meta Presupuestal : 003  
Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
Especifica de Gasto : 23.199.133

6. **DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATOS ADMINISTRATIVOS IMPRESOS (CARNE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE ADOLESCENTES VARONES Y MUJERES)	73	MILLAR

7. **DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Material: Cartulina ✓ Tamaño A4 ✓ Impresión en ambas caras ✓ Full color ✓ Modelo mujer ✓ Modelo varón
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 500 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 500 interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 298777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <https://redperifericaarequi.gob.pe>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**8. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. MATERNO NEONATAL  
 Meta Presupuestal : 005  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.193.13

**9. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO CITA DE CONTROL PARA PACIENTES	21	MILLAR

**10. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuaderno doble espiral</li> <li>✓ Formato A5</li> <li>✓ 100 hojas cuadrículadas</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**11. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DIPTICO CAMPAÑA DE PROMOCION DE LA SALUD (UNA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA)	41	CIENTO

**12. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Papel bond 80gr.</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nitido.

**RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -**

Dirección : Av. Independencia con Paucarpatá, Edifio Héroes Anónimos, bloque E. N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaareq.org.pe/>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**13. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO ADMINISTRATIVO IMPRESO (PREVENCIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES Y RECIEN NACIDOS)	31	MILLAR

**14. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**15. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. MATERNO NEONATAL  
 Meta Presupuestal : 006  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**16. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TARJETA DE CITA DE PLANIFICACION FAMILIAR	13	MILLAR

**17. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata. Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe/>



Gobierno Regional de Arequipa



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase tarjeta</li> <li>✓ Tamaño A6</li> <li>✓ Color blanco y negro de acuerdo con modelo</li> <li>✓ Cartulina escolar satinada</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Color nitido
EMBALAJE	✓ Paquete x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

18. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATOS ADMINISTRATIVOS IMPRESOS (TRIPTICO EDUCATIVO)	35	MILLAR

19. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:



CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Tema: Recomendaciones para lograr que tu niño crezca sano y logre ser autónomo y feliz.</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

20. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. TUBERCULOSIS – VIH/SIDA  
 Meta Presupuestal : 015  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E. N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaatg.gob.pe>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



Específica de Gasto : 23:199.13

**21. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DOTS PLUS	140	UNIDAD

**22. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase: Formato</li> <li>✓ Cartulina color</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Un color ambas caras</li> <li>✓ Tarjeta de control de tratamiento primera línea: Cartulina amarilla 3 hojas por ambas caras.</li> <li>✓ Tarjeta de control de tratamiento segunda línea: Cartulina rosada 3 hojas por ambas caras.</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 1,000 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

4

**23. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DE SOLICITUD DE BACILOSCOPIA BLOCK X 100 HOJAS	100	UNIDAD

**24. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño A5</li> <li>✓ Papel periódico</li> <li>✓ Un color</li> <li>✓ Block x 100 hojas</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaaqi.gobi.gob.pe/>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 10 block
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

25. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS X 200 FOLIOS	38	UNIDAD

26. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Un color</li> <li>✓ Engrapado</li> <li>✓ 100 hojas o 200 folios</li> <li>✓ Papel bulki</li> <li>✓ Tapa y contratapa de cartón a full color</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 50 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

27. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN TBC X 100 HOJAS	44	UNIDAD

28. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.  
 Teléfono : 054-200823 -208777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Un color</li> <li>✓ Engrapado</li> <li>✓ 100 hojas o 200 folios</li> <li>✓ Papel bulki</li> <li>✓ Tapa y contratapa de cartón a full color</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales:
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 50 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**29. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. TUBERCULOSIS – VIH/SIDA  
 Meta Presupuestal : 025  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.19.11



**30. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRÍPTICO EDUCATIVO	5,555	UNIDAD

**31. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaajp.gob.pe>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

<b>REQUISITOS DE CALIFICACION</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Experiencia del postor
-----------------------------------	--

**32. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
DIPTICO INFORMATIVO	6,250	UNIDAD

**33. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:**

<b>CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Clase formato <input checked="" type="checkbox"/> Tamaño A5 <input checked="" type="checkbox"/> Medidas 14.8 cm x 21 cm <input checked="" type="checkbox"/> Posición vertical <input checked="" type="checkbox"/> Papel bond 80gr. <input checked="" type="checkbox"/> Full color <input checked="" type="checkbox"/> Ambas caras <input checked="" type="checkbox"/> Según modelo
<b>LOGOTIPO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Institucionales.
<b>ACABADO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Colores brillantes y contenido nítido.
<b>EMBALAJE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Paquetes x 100 unidades
<b>REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ficha técnica del bien
<b>REQUISITOS DE CALIFICACION</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Experiencia del postor

**34. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
 Meta Presupuestal : 038  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**35. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIPTICO CATARATA	4	MILLAR

**36. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:**

**RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –**  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 205777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequi.org.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

37. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
 Meta Presupuestal : 040  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

7

38. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DE ATENCION - TABLA DE RCV FRAMINGHAN	14,250	UNIDAD

39. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
 Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono: 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperiferica.gob.pe>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

<b>REQUISITOS DE CALIFICACION</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Experiencia del postor
-----------------------------------	--

**40. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
 Meta Presupuestal : 041  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**41. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
DIPTICO INFORMATIVO: HIPERTENSION ARTERIAL	136	CIENTO

**42. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

<b>CARACTERISTICAS TÉCNICAS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Clase formato <input checked="" type="checkbox"/> Tamaño A4 <input checked="" type="checkbox"/> Papel bond 80gr <input checked="" type="checkbox"/> Full color <input checked="" type="checkbox"/> Ambas caras <input checked="" type="checkbox"/> Según modelo
<b>LOGOTIPO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Institucionales.
<b>ACABADO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Colores brillantes y contenido nítido.
<b>EMBALAJE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Paquetes x 100 unidades
<b>REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ficha técnica del bien
<b>REQUISITOS DE CALIFICACION</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Experiencia del postor

**43. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
 Meta Presupuestal : 045  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**44. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIPTICO CATARATA (PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD OCULAR)	3	MILLAR

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <http://www.redperifericaarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

45. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

46. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

47. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS DETERMINADOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

48. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TICIA INDIVIDUAL (JUEGO X 35 TARJETAS FULL COLOR)	553	UNIDAD

49. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase tarjeta</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Tamaño 9 cm x 7.5 cm</li> <li>✓ Full color tira y retira</li> <li>✓ Acabado enmocado y troquelado</li> <li>✓ Presentación en bolsa de plástico ziploc por juegos de 35 unidades.</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
--------------------------	--

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://www.gob.pe/arequipa>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquete x 50 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**50. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**51. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS DETERMINADOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**52. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO	29	MILLAR

**53. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Tamaño 24cm x 11cm</li> <li>✓ Full color solo tira</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

RED DE SALUD AREQUIPA GAYLLOMA -  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social : GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional : <https://www.gob.pe/arequipa>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

54. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
Meta Presupuestal : 093  
Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
Especifica de Gasto : 23.199.13

55. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
Meta Presupuestal : 093  
Fuente de Financiamiento : RECURSOS DETERMINADOS  
Especifica de Gasto : 23.199.13

56. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARTILLA EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO NIÑO	553	UNIDAD

57. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Clase formato</li><li>✓ Papel couché brillante de 150gr</li><li>✓ Tamaño 70 x 100 mm</li><li>✓ Full color solo tira</li><li>✓ Acabado brillante y doblado en cuatro (4)</li><li>✓ Según modelo</li></ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

58. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
Meta Presupuestal : 093  
Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
Especifica de Gasto : 23.199.13

59. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
Meta Presupuestal : 093  
Fuente de Financiamiento : RECURSOS DETERMINADOS

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.  
Teléfono : 054 200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <http://redperifericaarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Específica de Gasto : 23.199.13

60. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARTILLA EL GAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO NIÑA	553	UNIDAD

61. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Papel couche brillante de 150gr</li> <li>✓ Tamaño 70 x 100 mm</li> <li>✓ Full color solo tira</li> <li>✓ Acabado brillante y doblado en cuatro (4)</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nitido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

62. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS DETERMINADOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

63. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARTILLA DE SNELLER EN CARTULINA PLASTIFICADA	399	UNIDAD

64. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño de la cartilla 32.5 cm de altura x 21 cm de ancho.</li> <li>✓ Material, papel couche mate de 350gr</li> <li>✓ Acabado en plastificado mate</li> <li>✓ Color de fondo blanco</li> </ul>
--------------------------	--

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
 Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.  
 Teléfono: 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequi.org.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Color de optotipo negro</li> <li>✓ Impresión de alta calidad y precisión</li> <li>✓ Tamaño e impresión ambos lados (un lado para letrados y el otro lado para letrados) según modelo proporcionado por la ESNSOPC</li> <li>✓ Colocar números de valores de agudeza visual a lado izquierdo del observador (20/20, 20/100, 20/70, 20/50, 20/40, 20/30) y al lado izquierdo número de filas.</li> <li>✓ El área correspondiente a los optotipos no debe presentar imágenes y tipos adicionales en las líneas y a las referencias de estas.</li> <li>✓ Orificio central en la parte superior con ojalillo de metal) para colgar la cartilla.</li> <li>✓ 10 pies de distancia de prueba</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales. MINSA – Te veo bien
ACABADO	✓ Contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

65. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : P.P. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
 Meta Presupuestal : 093  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23,199.13

66. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARNE DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA	9,042	UNIDAD
CARNE DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO	9,045	UNIDAD

67. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Papel cartulina de 150gr</li> <li>✓ Tamaño 65 cm de largo x 25 cm de ancho</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
LOGOTIPO	✓ Institucionales. MINSA – Te veo bien

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.  
 Teléfono : 054 200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe/>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"



ACABADO	✓ Contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**68. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. TB VIH SIDA  
 Meta Presupuestal : 0027 POBLACION CON ITS RECIBE TRATAMIENTO DE ACUERDO A GUIAS  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**69. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
IMPRESIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.	25,000	UNIDAD

**70. DESCRIPCIÓN BASICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:**

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	✓ Papel Periódico Bulki ✓ Tamaño A5 ✓ Encuadernado u pegado parte superior. ✓ Presentación: CIENTO ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales. MINSA – Te veo bien .
ACABADO	✓ Cuaderno
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

**71. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. TB VIH SIDA  
 Meta Presupuestal : 0028 GESTANTE CON VIH  
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS  
 Especifica de Gasto : 23.199.13

**RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –**  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperiferiaareqg.gub.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



72. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
IMPRESIÓN DE FOLLETO EDUCATIVO	10,000	UNIDAD

73. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Papel Periódico Bulki ✓ Tamaño A6 ✓ Presentación: CIENTO ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales. MINSA – Te veo bien
ACABADO	✓ Cuaderno
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

74. PERFIL DEL PROVEEDOR: (Requisitos de Admisibilidad del Postor)

- ✓ **Ficha Técnica del Producto**  
Copia Simple de la Ficha Técnica del producto que indique las características del bien solicitado, emitido por el fabricante o postor.

75. PLAZO DE ENTREGA:

- ✓ **Plazo**  
El plazo máximo de entrega de los bienes a adquirir será hasta **QUINCE (15) días calendario**, contados a partir **del día siguiente de la SUSCRIPCION DEL CONTRATO**, en **UNICA ENTREGA**, será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley de Contrataciones del Estado, su Reglamentos y demás normas aplicables.

76. LUGAR DE ENTREGA y LUGAR DE INSTALACION DEL BIEN (de ser el caso):

- ✓ La entrega de los bienes se realizará en el Almacén CENTRAL sito en Psje. Martinetti 111 Cercado. El horario para la recepción de los bienes será en el Almacén de la GRA-SALUD RED PERIFERICA de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 16:00 horas.

77. GARANTIA COMERCIAL DEL BIEN:

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono : 054-200623 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <http://www.gob.regionarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"

- ✓ Alcance de la garantía: Contra defectos, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.
- ✓ Periodo de garantía: Mínimo de 06 meses.
- ✓ Condición de inicio del cómputo del periodo de garantía: A partir de la fecha en la que se otorgó la conformidad de recepción del bien.
- ✓ La garantía comercial podrá ser del fabricante y/o del postor.

**78. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS:**

No corresponde

**79. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):**

No corresponde

**80. FÓRMULA DE REAJUSTE**

No corresponde

**81. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

**82. OTRAS PENALIDADES APLICABLES**

No corresponde

**83. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN**

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

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

**84. CONFIDENCIALIDAD**

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

**RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –**

Dirección : Av. Independencia con Paucarpatá, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 208777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redsaludperifericaarequipa.gob.pe>



## GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor

### 85. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

#### Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado de \_\_\_\_\_, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia \_\_\_\_\_ por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.
- ✓ Se consideran bienes similares a los siguientes: Servicio de impresiones, venta de folletos, formatos, libros.

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>11</sup> correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

#### 86. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que supervisan:** El área o unidad orgánica responsable de la supervisión técnica de la entrega de los bienes es el responsable del Programa Presupuestal.
- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el subproceso de Adquisiciones.
- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad en la verificación de las Especificaciones Técnicas, será el responsable del Programa Presupuestal, con el Coordinador de la ES o Componente correspondiente.
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte del Responsable del Programa Presupuestal, indicando las deficiencias encontradas.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA  
  
Lic. Erika Salcedo Gómez  
COORDINADORA PROGRAMAS PRESUPUESTALES

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe/>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



FORMATO DE REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

1. **OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:**

- P.P. Tuberculosis – VIH/SIDA
- P.P. Metaxénicas y Zoonosis
- P.P. Enfermedades No Transmisibles
- P.P. Prevención y Control del Cáncer
- P.P. Reducción de la Vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres
- P.P. Control de la Salud Mental
- P.P. Desarrollo Infantil Temprano
- P.P. Reducción de la Violencia contra la mujer

2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION**

Contratación del servicio de impresiones para los programas presupuestales de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

3. **OBJETO DE LA CONTRATACION:**

Contar con el servicio de impresiones para el cumplimiento de las actividades programadas enmarcadas dentro del Plan Operativo Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

4. **FINALIDAD PUBLICA**

La finalidad pública de la presente adquisición es optimizar la ejecución de las actividades programas dentro de los programas presupuestales, en beneficio de la población en general y de los hogares protegidos.

5. **AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : 016 Tuberculosis – VIH/SIDA  
Meta Presupuestal : 027  
Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios  
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

6. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CONSENTIMIENTO INFORMADO	15,000	UNIDAD

7. **DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:**

CARACTERISTICAS	
	✓ Clase formato
	✓ Encuadernado u pegado en la parte superior.
	✓ Tamaño A5
	✓ Papel periódico
	✓ Según modelo

8. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SOLAPEROS DE METAL	244	UNIDAD

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata. Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 Interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <http://redsaludarequipa.gob.pe/>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



9. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase solapero</li> <li>✓ Presentación unidad</li> <li>✓ Material metal</li> <li>✓ Forma de lazo</li> <li>✓ De acuerdo con modelo</li> <li>✓ Tamaño 2 cm x 2 cm</li> </ul>
-----------------	---

10. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 017 Metaxenicas y Zoonosis  
 Meta Presupuestal : 033  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11 6

11. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
VOLANTES	16	MILLAR

12. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase volante</li> <li>✓ Según modelo</li> <li>✓ Tamaño A5</li> <li>✓ Impresión car y contracara</li> <li>✓ Impresión a full color</li> <li>✓ Papel couche de 120gr</li> </ul>
-----------------	---

13. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 017 Metaxenicas y Zoonosis  
 Meta Presupuestal : 034  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11 6

14. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARNET DE VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA	16,666	UNIDAD

15. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseño según modelo</li> <li>✓ Tamaño 105 x 150 mm</li> <li>✓ Cartulina escolar blanca simple</li> <li>✓ Impresión a blanco y negro</li> <li>✓ Ambas caras</li> </ul>
-----------------	--

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucapata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 296777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <http://redpe.peru.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



16. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 017 Metaxenicas y Zoonosis  
 Meta Presupuestal : 039  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23,27,11 6

17. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARTILLA PARA LA MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS.	1,500	UNIDAD

18. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tamaño de la cartilla 32.5 cm de altura x 21 cm de ancho</li> <li>✓ Material, papel couche mate de 350gr</li> <li>✓ Acabado en plastificado mate</li> <li>✓ Color de fondo blanco</li> <li>✓ Color de optotipo negro</li> <li>✓ Impresión de alta calidad y precisión</li> <li>✓ Tamaño e impresión ambos lados (un lado para letrados y el otro lado para iletrados) según modelo proporcionado por la ESNOPC</li> <li>✓ Colocar números de valores de agudeza visual a lado izquierdo del observador (20/20, 20/100, 20/70, 20/50, 20/40, 20/30) y al lado izquierdo número de filas.</li> <li>✓ El área correspondiente a los optotipos no debe presentar imágenes y tipos adicionales en las líneas y a las referencias de estas.</li> <li>✓ Orificio central en la parte superior con ojalillo de metal) para colgar la cartilla.</li> <li>✓ 10 pies de distancia de prueba</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>

19. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : Q24 Prevencion y control del cáncer  
 Meta Presupuestal : 049, 050, 054  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23,27,11 6

20. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ROTAFOOLIO EDUCATIVO	377	UNIDAD

21. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	✓ Tamaño A4

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 296777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe/>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cartulina plastificada</li> <li>✓ 48 paginas</li> <li>✓ Anillado</li> <li>✓ Con base</li> <li>✓ Full color</li> <li>✓ Ambas caras</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
--	---

**22. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : 068 Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.  
 Meta Presupuestal : 066  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

**23. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
POCKET DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	137	UNIDAD

**24. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:**

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cartilla de 74 paginas</li> <li>✓ Cartilla informativa: Pocket de gestión del Riesgo de Desastres aplicado al sector salud</li> <li>✓ Impresión full color</li> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Material papel bond de 80gr</li> <li>✓ Tamaño 20.9 cm x 14.3 cm</li> <li>✓ Tapa y contratapa</li> <li>✓ Tamaño formato cerrado 21 cm x 14.5 cm</li> <li>✓ Material couche 350gr</li> <li>✓ Impresión anverso y reverso plastificado mate</li> <li>✓ Anillado</li> </ul>
-----------------	---

**25. AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 074  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

**26. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FICHA SOCIAL	43	PAQUETE
EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL	43	PAQUETE
FORMATO VISITA DOMICILIARIA,	43	PAQUETE

RED DE SALUD AREQUIPA GAYLLOMA -  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <http://www.gob.pe/arequipa>



**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"



GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA	43.	PAQUETE
----------------------------------	-----	---------

**27. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bond 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Sin numeración</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
------------------------	---

**28. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 074  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.5

**29. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HISTORIA CLINICA ATENCION INTEGRAL	169	PAQUETE

**30. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bulki de 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Sin numeración</li> <li>✓ Color verde</li> <li>✓ Utilizar tinta seca</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
------------------------	---

**31. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 074  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

**32. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
PLAN ATENCION INDIVIDUALIZADA	85	PAQUETE
SQR	85	PAQUETE
TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	127	PAQUETE
AUDIT	20	PAQUETE

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaregionarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SDQ CAS P-2-4	20	PAQUETE
SDQ CAS P4 17	20	PAQUETE
PHQ - 9	10	PAQUETE
GDS - 15	5	PAQUETE
TRANSTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	6	PAQUETE
ESCALA DE EDIMBURGO	12	PAQUETE
ESCALA DE RIESGO SUICIDA	40	PAQUETE

33. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso</li> <li>✓ Papel bond 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Utilizar tinta seca</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
-----------------	--

34. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
Meta Presupuestal : 074  
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

35. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HIS	4	PAQUETE

36. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bulki de 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Sin numeración</li> <li>✓ Utilizar tinta seca</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
-----------------	--

37. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
Meta Presupuestal : 074  
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

38. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -  
Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono: 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <https://red.saludarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ESCALA DE ZARIT	2	PAQUETE
APGAR FAMILIAR	2	PAQUETE
TEST DE MORISKY - GREEN	6	PAQUETE
GUIA PARA APLICACIÓN DE TAMIZAJE	67	PAQUETE

39. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bond 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Utilizar tinta seca</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>

40. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 074  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11 6

41. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HONÓS	2	PAQUETE

42. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso</li> <li>✓ Papel bulki de 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>

43. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 074  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11 6

44. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ZUNG (DEPRESION	40	PAQUETE

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razon social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



45. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bulki de 75gr</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>
-----------------	---

46. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental  
 Meta Presupuestal : 078  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

47. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN PARA EL NIVEL I-3	313	PAQUETES

48. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anverso y reverso</li> <li>✓ Papel bond 75gr</li> <li>✓ Tamaño oficio (21.5 x 33 cm)</li> <li>✓ Numeración color negro</li> <li>✓ Utilizar tinta seca</li> <li>✓ La numeración y cantidad de formatos únicos de atención a empacar serán de acuerdo con el anexo</li> <li>✓ Presentación paquete x 500 hojas</li> <li>✓ C.S.M.C. CAYMA (08)</li> <li>✓ C.S.M.C. SAN MARTIN DE PORRES (12)</li> <li>✓ C.S.M.C. MAJES (40)</li> <li>✓ C.S.M.C. MIRAFLORES (40)</li> <li>✓ C.S.M.C. AYELEN (43)</li> <li>✓ C.S.M.C. HUNTER (20)</li> <li>✓ C.S.M.C. SOCABAYA (30)</li> <li>✓ C.S.M.C. SIMON BOLIVAR (34)</li> <li>✓ C.S.M.C. YURA (14)</li> <li>✓ C.S.M.C. LA JOYA (30)</li> <li>✓ C.S.M.C. SAN AGUSTIN (34)</li> <li>✓ C.S.M.C. CHIVAY (08)</li> </ul>
-----------------	---

49. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano  
 Meta Presupuestal : 092  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

50. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <http://redperifericaarequipa.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CARNET DE VACUNAS PARA MAYORES DE 5 AÑOS	860	MILLAR

51. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	✓ Cartulina de 70 gr
	✓ Color blanco
	✓ Impresión ambas caras
	✓ Tamaño 9cm ancho x 10cm alto

52. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano  
 Meta Presupuestal : 092  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

53. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
BANNER (CUIDADO CON EL SARAMPION!	281	UNIDAD
BANNER VACUNACION CONTRA LA NEUMONIA	141	UNIDAD
BANNER VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA	141	UNIDAD
BANNER VACUNACION VPH	170	UNIDAD

54. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	
	✓ Material lona 13oz
	✓ Resolución impresión 1440 dpi
	✓ Bolsa para transportar
	✓ Colgante
	✓ Con logos de la institución

55. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano  
 Meta Presupuestal : 092  
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios  
 Especifica de Gasto : 23.27.11.6

56. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
AFICHE A-3 ESQUEMA DE VACUNACION MENORES DE 5 AÑOS	10	MILLAR
AFICHE A-3 ESQUEMA DE VACUNACION MAYORES DE 5 AÑOS	10	MILLAR
AFICHE A-3 ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	10	MILLAR
AFICHE A-3 LO VACUNO, LO PROTEJO	10	MILLAR
AFICHE A-3 (CUIDADO CON EL SARAMPION!	10	MILLAR

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
 Teléfono : 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://redperifericaarequi.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



57. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	
	✓ Material papel couche
	✓ Tamaño A-3
	✓ Gramaje 110gr
	✓ Color de impresión full color

58. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal	: 1002 Reducción de la violencia contra la mujer.
Mata Presupuestal	: 098
Fuente de Financiamiento	: Recursos Ordinarios
Específica de Gasto	: 23.27.11 6

59. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DE TAMIZAJE VIOLENCIA	8,320	UNIDAD

60. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	
	✓ Presentación unidad
	✓ Clase formato
	✓ Tamaño A4
	✓ Block x 100 hojas
	✓ Papel bond 80 gr
	✓ Blanco y negro
	✓ Presentación, paquete x 500 unidades
	✓ Según modelo

61. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIPTICO EDUCATIVO	1	MILLAR

62. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	
	✓ Clase afiche
	✓ Presentación millar
	✓ Tamaño A4
	✓ Full color
	✓ Papel bond 80gr
	✓ Presentación, paquete x 500 unidades
	✓ Según modelo

63. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección | Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <http://www.saludperifericawg.org.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DE VALORACION DE RIESGO	45	CIENTO

64. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase formato</li> <li>✓ Presentación ciento</li> <li>✓ Tamaño A4</li> <li>✓ Papel bond 80gr</li> <li>✓ Color blanco y negro</li> <li>✓ Block x 100 hojas</li> <li>✓ Presentación, paquete x 500 unidades</li> <li>✓ Según modelo</li> </ul>

65. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LAMINAS EDUCATIVOS	21	MILLARES

66. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERÍSTICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clase Laminas Educativas</li> <li>✓ Presentación Miliar</li> <li>✓ Tamaño M</li> <li>✓ Full Color de acuerdo a modelo</li> <li>✓ Gramaje 80 G</li> </ul>

67. PLAZO DE ENTREGA:

- ✓ **Plazo**  
 El plazo de entrega del servicio a adquirir será hasta **QUINCE (15) días** calendario, contados a partir del día siguiente de la **SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**, en **UNICA ENTREGA**, será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley de Contrataciones del Estado, su Reglamento y demás normas aplicables.

68. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

La entrega de los bienes se realizará en el Almacén CENTRAL sito en sito en Psje. Martinetti 111 Cercado. El horario para la recepción de los bienes será en el Almacén de la GRA-SALUD RED PERIFERICA de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 16:00 horas.

69. PRESTACIONES ACCESORIAS:

No corresponde

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
 Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.  
 Teléfono: 054-200823 - 206777  
 Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
 Web institucional: <https://comprasregional.gob.pe>



## GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho”



### 70. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada:

### 71. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

No corresponde.

### 72. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.



### 73. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor.

### 74. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

#### Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado de \_\_\_\_\_ por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (05) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de: \_\_\_\_\_ por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (05) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

#### RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <https://redperifericaarequipa.gob.pe/>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



- ✓ Se consideran bienes similares a los siguientes: servicio de impresiones en general, bienes impresos, revistas, libros

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>11</sup> correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

75. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que supervisan:** El área o unidad orgánica responsable de la supervisión técnica de la entrega de los bienes es el responsable del Programa Presupuestal.
- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el subproceso de Adquisiciones.
- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad en la verificación de las Especificaciones Técnicas, será el responsable del Programa Presupuestal, con el Coordinador de la ES o Componente correspondiente.
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte del Responsable del Programa Presupuestal, indicando las deficiencias encontradas.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GENERICA REGIONAL DE AREQUIPA  
RED DE SALUD AREQUIPA  
  
**Lic. Erika Salcedo Gómez**  
COORDINADORA PROGRAMAS PRESUPUESTALES

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –  
Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424  
Teléfono : 054-200823 - 206777  
Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa  
Web institucional: <https://redperifericaarequi.org.pe>



**EL CÁNCER  
NO AVISA**  
*¡Chequeate a tiempo!*

**5**

**RECOMENDACIONES  
PARA PREVENIR EL  
cáncer**



**1º** **CONSUMIR**  
al menos 5 porciones de  
frutas y verduras

**Evita el alcohol**



**2º** **CONSUMIR**  
alcohol regularmente

**Evita fumar cigarros**



**3º** **No** **CONSUMIR** tabaco

**Evita el alcohol**



**5º** **Evita** el alcohol y el tabaco  
**CONSUMIR** regularmente

**Evita fumar cigarros**



**4º** **CONSUMIR**  
bebidas azucaradas  
**IMBIBIR**



¿De qué infecciones proteges a tu hijo, haciéndote las pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B?

Lo proteges del VIH. Este virus ataca al organismo reduciendo las defensas, dejando al bebé vulnerable a las infecciones y enfermedades. Si el bebé lo adquiere lo tendrá por siempre.



Lo proteges de la sífilis que puede causar complicaciones en tu bebé y aumentar la probabilidad de nacer prematuro.

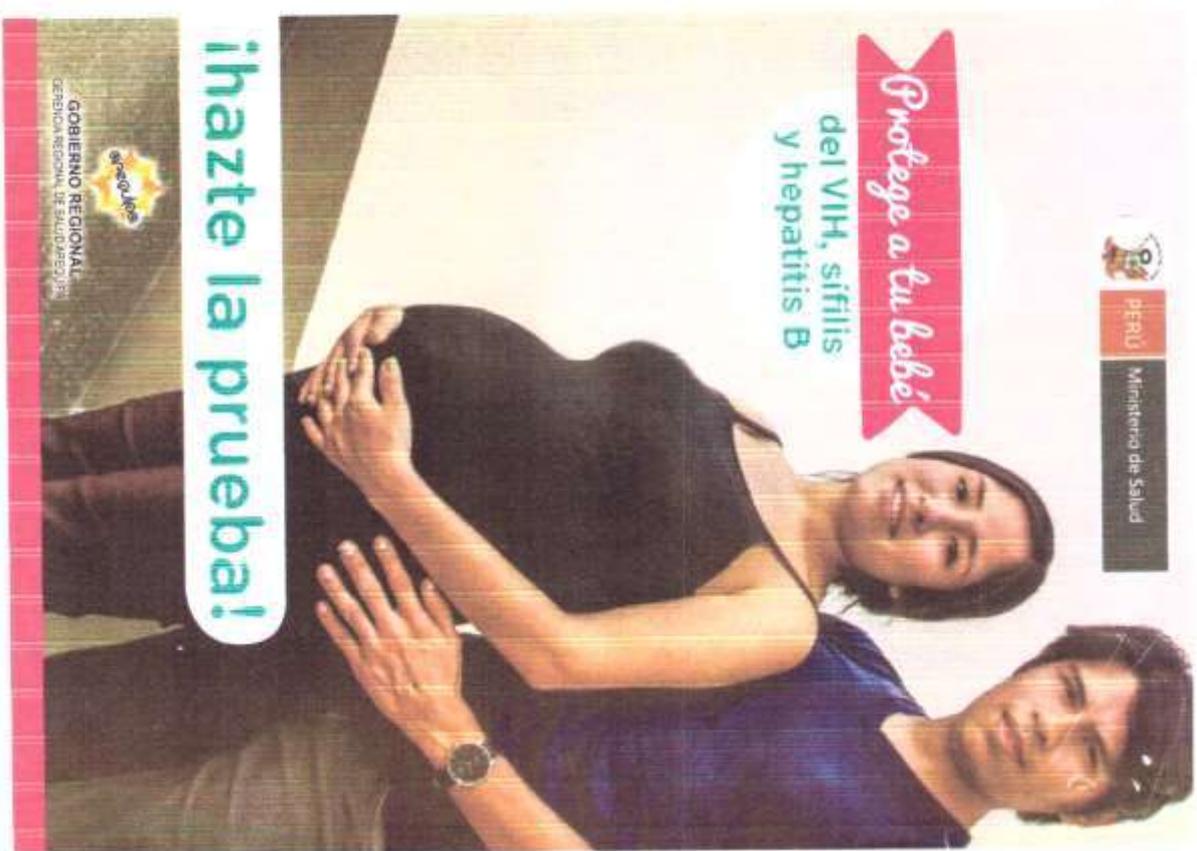


Lo proteges de la hepatitis B que puede causar problemas del hígado de por vida para tu bebé, incluyendo el cáncer de hígado.



Informate, llama gratis a INFOSALUD: ☎ 0800-10828

El Perú PRIMERO

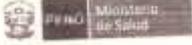


PERU Ministerio de Salud

Protege a tu bebé  
del VIH, sífilis  
y hepatitis B

¡hazte la prueba!

Gobierno Regional  
Gerencia Regional de Salud Arequipa

**CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA:**  
VIH ( )      SIFILIS ( )      HEPATITIS ( )

Yo, \_\_\_\_\_  
(Apellidos y Nombres)

de \_\_\_\_\_ años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido orientación y consejería e información acerca del VIH/SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B, vías de transmisión y sobre la Prueba Rápida o ELISA para VIH, SIFILIS, HEPATITIS B.

También, soy consciente que los resultados obtenidos, no son definitivos, y en caso se obtenga un resultado reactivo se tendrá que confirmar con WB o IFI y si el resultado es no Reactivo y soy consciente de haber tenido relaciones sexuales de riesgo, puedo estar en periodo de ventana y debo realizarme nuevamente la prueba en 6 meses.

Por tanto, autorizo se me tome la muestra de sangre para el tamizaje de VIH/SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B y me comprometo a regresar para recibir orientación y consejería de mi resultado.

Fecha:    /    /

HUELLA DIGITAL (Debe indicar derecho de la usuaria)      DNI: \_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital Usuaria      Firma y sello Consejero (a)

HUELLA DIGITAL (Debe indicar derecho de la usuaria)      DNI: \_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital Representante Legal

*Formato de Cita para pacientes*



RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
E.S.M. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

# CUADERNO DE CITAS



152

1

104



**Señales de alarma durante el embarazo**

Acuda inmediatamente al establecimiento de salud si presenta uno de los siguientes síntomas:

- Sangrado vaginal.
- Ardor al orinar.
- Hinchazón de manos y cara.
- Aumento brusco de peso.
- Fiebre.
- Dolor de estómago.
- Dolor de cabeza.
- Visión borrosa.
- Zumbido de oídos.
- Pérdida de líquido.

**Usted deberá acercarse al establecimiento de Salud más cercano a su domicilio**

**Con una Maternidad saludable y segura el Perú progresa y desarrolla**

GOBIERNO REGIONAL  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
PROGRAMA ESTRATÉGICO MATERNO NEONATAL

GOBIERNO REGIONAL  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
PROGRAMA ESTRATÉGICO MATERNO NEONATAL

Alianza Intersectorial por una Maternidad Saludable y Segura

Salud Nueva Actitud

61

201

**Come verduras y frutas de colores cada día**

**Sulfato Ferroso + Ácido Fólico**

- Es un mineral + unas vitaminas. Previene la anemia en la embarazadas.
- La mal formación del cerebro y la columna de los niños.
- Disminuye la mortalidad de la madre y del recién nacido.
- Toda mujer en edad fértil y con vida sexual activo, debe tomar diariamente una pastilla de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico.
- Toda gestante a partir de la 14 semana de gestación debe empezar a tomar Sulfato Ferroso + Ácido Fólico.
- Después del parto deben seguir tomando Sulfato Ferroso + Ácido Fólico hasta los 30 días post parto.

**Suplementación Preventiva con Hierro y Ácido Fólico en la mujer gestante y puérpera**

INICIO	DOSIS	PRODUCTO	DURACION
Gestantes a partir de la semana 14 de gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	Tableta de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto
Gestantes que inician atención prenatal después de la semana 32	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	0	2 tableta al día hasta los 30 días post parto
Púperas	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido fólico	Tableta de Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto

**PREVENCIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS**



# Planifica tu futuro ♀

## Tu decide cuando y cuantos hijos tener

Todos tenemos **DERECHO** a decidir el número de hijos que deseamos y el momento apropiado para tenerlos.

La operación no altera la apariencia, voz, fuerza o v. sexual del hombre. Como cualquier otra cirugía, vasectomía tiene algunos riesgos, como sangrado, infección e infección; pero por lo general, no se presentan problemas serios. La vasectomía se realiza para que sea permanente es preciso que la pareja este completamente segura que no desea tener más hijos.

La vasectomía es uno de los métodos más efectivos.

### USTEDES SON LO MAS IMPORTANTE

Por eso, en este Servicio de planificación familiar:

- ✓ *Damos un buen trato.*
- ✓ *La atención que brindamos es confidencial.*
- ✓ *Damos orientación sobre todo los métodos anticonceptivos.*
- ✓ *Aclaramos todas sus dudas y temores.*
- ✓ *Aceptamos sus sugerencias si tienen algún reclamo.*

La atención es gratuita

PARA CUALQUIER CONSULTA, LOS ESPERAMOS

### MOCO CERVICAL

Es una sustancia parecida a la clara del huevo, muy blanda que al tomarla entre los dedos, se alarga hasta 8 o 10 cm., que sale por la vagina durante la ovulación, y que indica que la mujer está en período fértil.

### MÉTODOS DEFINITIVOS

#### ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA DE TROMPAS

La esterilización femenina es una operación sencilla, que cierra los conductos que comunican los ovarios con el útero o matriz. Por esta razón, el ovulo de la mujer no se puede unir con los espermatozoides del hombre. Esta cirugía es realizada por un médico en un hospital.

Al igual que otra cirugía, la esterilización se realiza para que sea permanente, es preciso que la pareja este completamente segura que no desea tener más hijos. La ligadura de trompa es uno de los métodos más efectivos.

#### VASECTOMIA

La vasectomía es una operación sencilla, mediante la cual se cierran los conductos que llevan los espermatozoides de los testículos al pene. La operación es practicada por un médico en el consultorio o en un hospital.

**ANEXO N° 4-A: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TB SENSIBLE**

**INSTITUCION:** D. RED CLINICA VERDESA

**Red de Salud:** Microred de Salud

**E.S.:**

**N° de caso:**

**Fecha de registro:**

**Código SIGFB:**      **N° Historia Clínica:**      **Tipo de seguro:**      **N° afiliación:**

**Datos de la persona afectada por tuberculosis**

**Apellidos:**      **Sexo:**

**Nombre(s):**      **Edad:**

**Tipo de Doc. de identidad:**

DNI     Pasaporte     Carnet de extranjero     Otro

**N° de documento:**

**Lugar de residencia**

**Dirección:**

**Departamento:**      **Provincia:**

**Distrito:**      **Participación étnica:**

**Fecha de DX:**      **Esquema de tto. (Especificar en siglas)**      **Transferencia recibida (Indicar fecha)**

**Situación inicial**

Inicio tratamiento       Fallecido (sin iniciar tratamiento)

Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)

**Especificar:**  En espera de tto.      **Fecha de fallecimiento:**

Sin tto. definido      **Lugar de fallecimiento:** Domicilio

**Causa asociada a tuberculosis:** SI  NO       Hospital

Otro

**Localización de la TB**

Pulmonar     Extrapulmonar    **Especificar:**

**TB mltipl.:** SI  NO       **Confirmación histopatológica:** SI  NO

**Condición de ingreso**

Nuevo     Pérdida en el seguimiento recuperado

Recaída     Tratamiento fallido

**Batería de análisis:**  Completa     Parcial     No realizada

TAMIZAJE DE VIH	Fecha	Resultado	TAMIZAJE DE DM	Fecha	Resultado
Control de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas (si el resultado es $\geq 126$ mg/dl repetir el examen en ayunas en menos de 72 hrs)		
Prueba de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas		
<b>TB-VIH</b>			<b>TB-DM</b>		
Dx. VIH previo a TB			Dx. DM previo a TB		
Dx. VIH durante tto TB			Dx. DM durante tto TB		
DD4 último resultado					
Inicio de TPC					
Inicio de TARV					

29

**ANEXO N° 01 FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA**

1. DISEÑADORA \_\_\_\_\_ Fecha de Emisión \_\_\_\_\_  
 BISS \_\_\_\_\_ 2. Servicio \_\_\_\_\_ Cargos \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Med. Civil  (NI)  Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Referencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. Tipo de Muestra: Espec.  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

5. Antecedentes de tratamiento: Antic. Tuberc.  Antic. Tuberc. Resist.  Fluoro.  Rifamic.

6. Diagnóstico: S. H.  Sag. Diagnostico  H. A. Avance  Otro

7. Datos de Tratamiento: Mx  Tx  TB  Esq. DA  Esq. NDR  Esq. KDR  Otro

8. Ex. Solicitado: Bacteriología: T. A. M.  T. A. H.  Otro (especificar en) \_\_\_\_\_ Cultivo

Prueba de Sensibilidad: Rápida  Especificar: \_\_\_\_\_ Convencional  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Otro examen (especificar): \_\_\_\_\_

9. Factores de riesgo: TB exposición a medicamentos: \_\_\_\_\_

10. Fecha y sitio de la muestra: \_\_\_\_\_ 11. Cantidad de la muestra: Adecuado   
 Inadecuado

12. Datos del solicitante: Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
 Número celular: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

13. Observaciones: \_\_\_\_\_

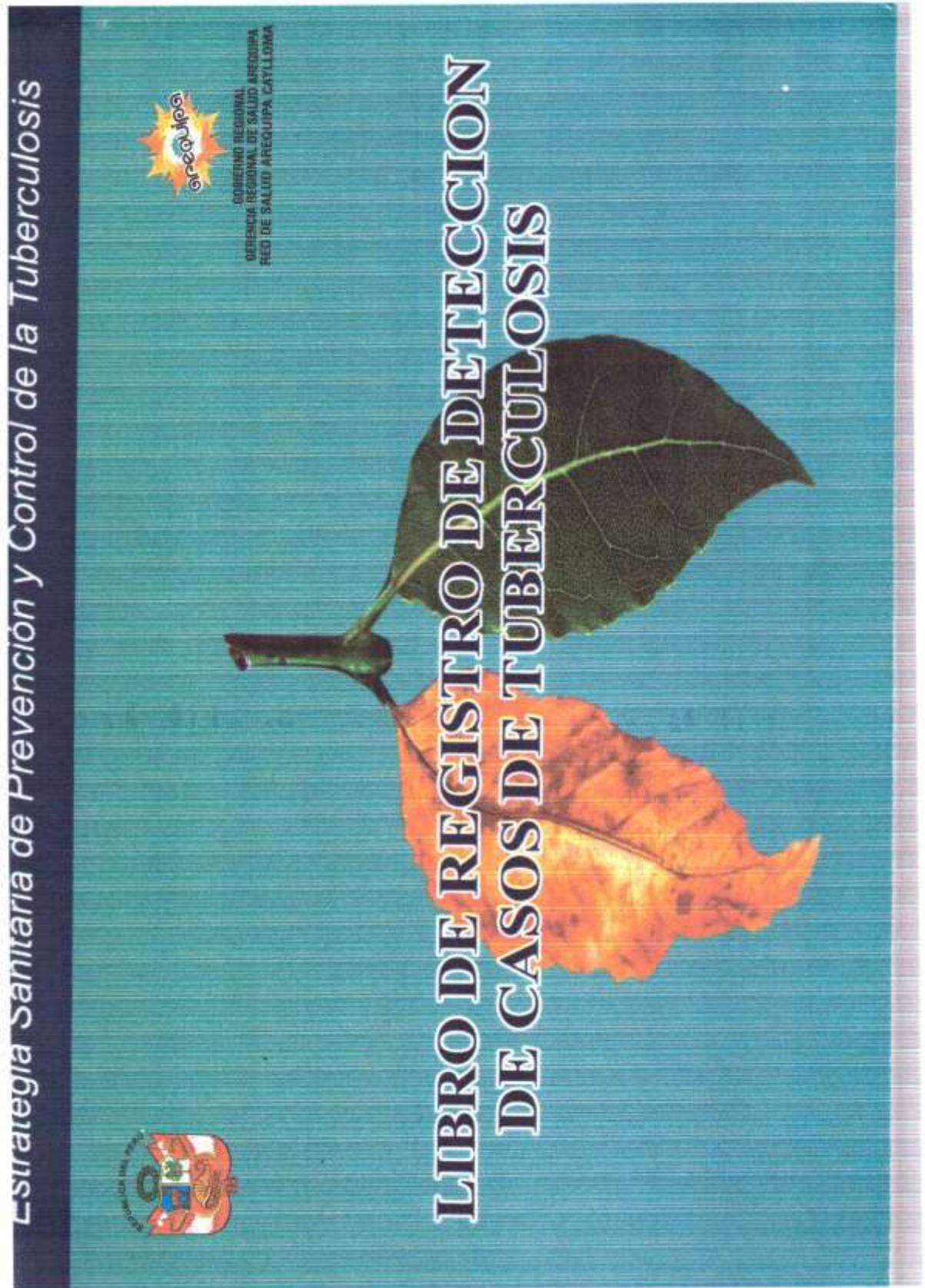
**(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)**

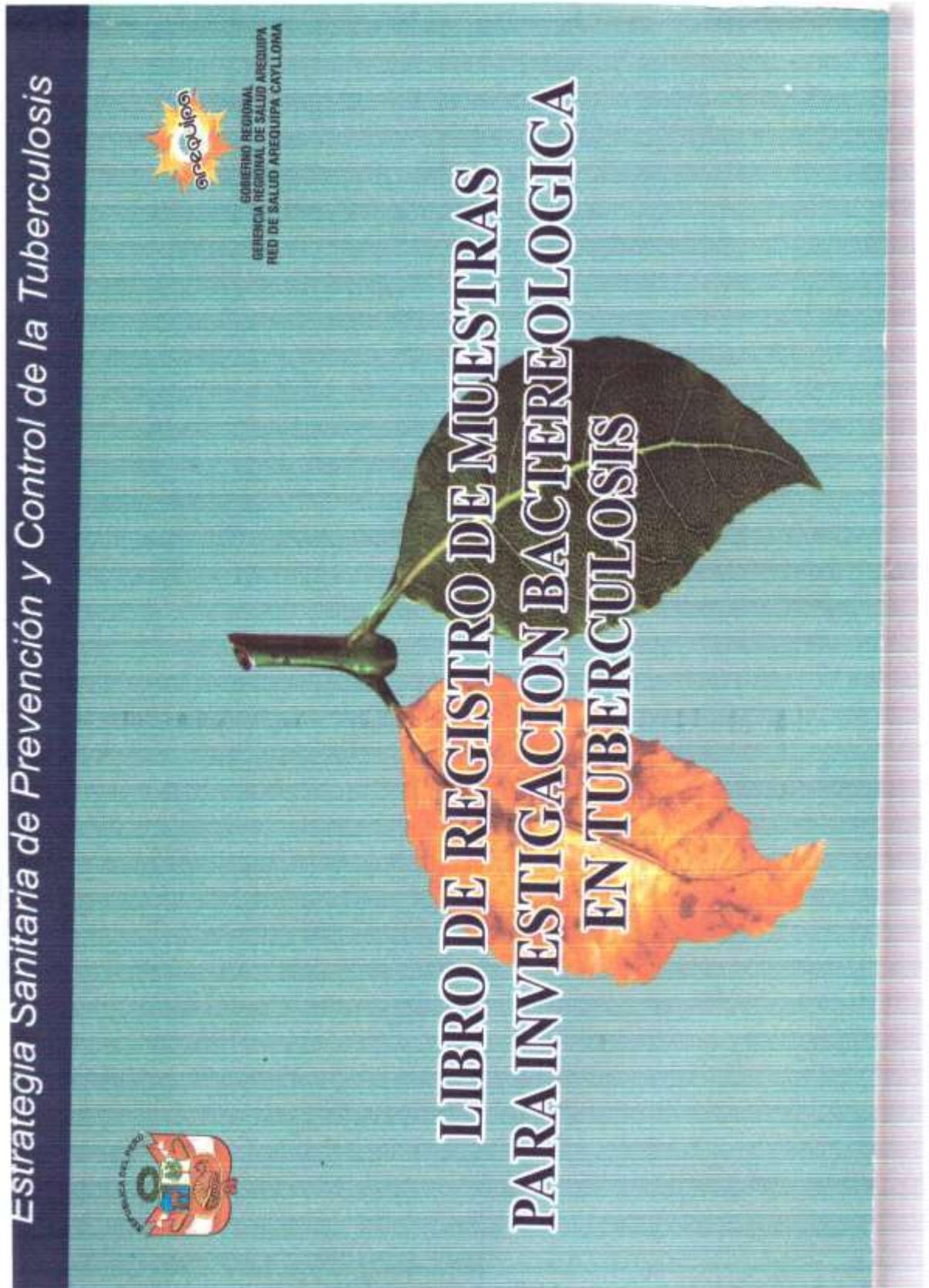
14. RESULTADOS:


15. Apellido y Nombre del Laboratorio: \_\_\_\_\_ 16. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

17. Observaciones: \_\_\_\_\_

92





VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR - GUIA DE PRACTICA CLINICA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA - PERU

Categoría de riesgo	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130-139 o PAD 80-89	PAS 140-149 o PAD 90-99	PAS 150-179 o PAD 100-109	PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo, moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
Dieta hiposódica, EIC de grado 1 o diabetes mellitus	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
ECV aterosclerótico, EIC de grado 2 o diabetes mellitus con daño orgánico	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
ECV aterosclerótico, EIC de grado 3 o diabetes mellitus con daño orgánico	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto

Categoría de riesgo	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130-139 o PAD 80-89	PAS 140-149 o PAD 90-99	PAS 150-179 o PAD 100-109	PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo, moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
Dieta hiposódica, EIC de grado 1 o diabetes mellitus	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
ECV aterosclerótico, EIC de grado 2 o diabetes mellitus con daño orgánico	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
ECV aterosclerótico, EIC de grado 3 o diabetes mellitus con daño orgánico	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto

Tabla 5. Insuficiencias según riesgo cardiovascular (\*) (\*\*)

Insuficiencia	PAS 130-139 o PAD 80-89	PAS 140-149 o PAD 90-99	PAS 150-179 o PAD 100-109	PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Insuficiencia cardíaca	- No información sobre la IC	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IC	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IC	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IC
Insuficiencia renal	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IR	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IR	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IR	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IR
Insuficiencia arterial	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IA	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IA	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IA	- Cambios en el nivel de evidencia de riesgo de IA

630  
2

Ver Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Resolución Ministerial 031-2015/AFIP



# La CEGUERA por CATARATA tiene... *Solución*



**LA CIRUGIA DE CATARATA ES  
GRATIS**  
*y es Segura*

**La catarata es la primera causa de ceguera en el Perú y el mundo**

**Pero está ceguera es recuperable**

**CUIDEMOS NUESTROS OJOS, ES UN DON PRECIOSO**

**ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA**  
**RED DE SALUD AREQUIPA - CATLLOMA**

### Operación De Catarata

La operación es la única forma para que pueda recobrar la claridad de su visión. Generalmente, se hace en forma ambulatoria. Durante la operación, se saca el cristalino opaco y se reemplaza por un lente intraocular (a su medida).

Se usa la técnica operatoria más adecuada para cada paciente.

### Después de la operación

- Controles periódicos.
- Evitar el polvo, humo hasta lograr su recuperación.
- Cumpla las indicaciones de su oftalmólogo hasta su alta.

### Costo de la Operación

Completamente gratuito para los inscritos en el SIS y Pacientes Pobres



**¿POR QUÉ ES IMPORTANTE  
 MEDIRSE LA PRESIÓN ARTERIAL?**



Desde que en la última década se descubrió la relación directa entre la hipertensión arterial y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, se ha establecido que el control de la presión arterial es fundamental para prevenir complicaciones graves como:

**COMPLICACIONES:**

La hipertensión arterial no tratada o no controlada, puede causar un gran número de complicaciones:



**DERRAME CEREBRAL**

Una de las principales causas de discapacidad en el mundo.



**INFARTO CARDIACO**

Principales causas de muerte en el mundo.



**DAÑO OCULAR**

Una de las principales causas de discapacidad.



**INSUFICIENCIA RENAL**

Una de las principales causas de discapacidad.

**RECUERDA**

Acude al establecimiento de salud más cercano y controla tu presión arterial.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:**

Para evitar la enfermedad o controlarla si ya la tienes, es importante:

- Mantener el peso ideal.
- Realizar actividad física al menos 30 minutos al día.
- Reducir el consumo de sal.
- Reducir el consumo de alcohol de origen azucarado.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Evitar el consumo de tabaco y evitar exponerse a la fumar.

**FALSAS CREENCIAS SOBRE LA  
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



**"No tengo presión alta porque en mi cabeza la cabeza es la media, tengo buena vista, estoy tranquila y me siento bien"**



**FALSO:** La presión arterial elevada por un periodo prolongado puede producir migrañas, enrojecimiento de los ojos, etc.



**"La hipertensión arterial es una enfermedad solo de las personas mayores"**



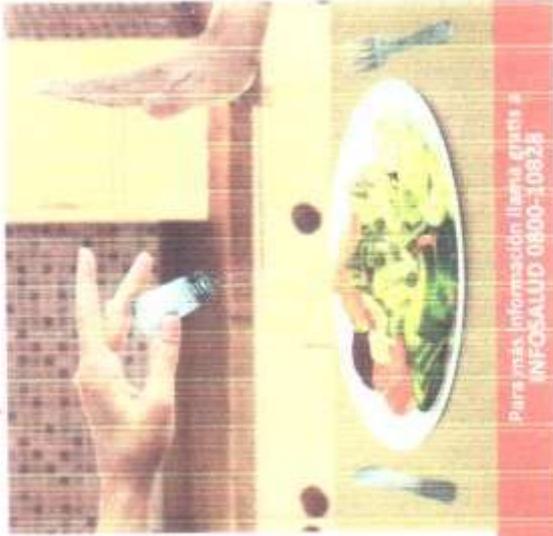
**FALSO:** La presión arterial debe ser controlada en todas las etapas de vida incluyendo a las gestantes, la hipertensión arterial en niños y adolescentes, entre otros, pero no es detectada porque no se acostumbra a medirla a temprana edad.

**ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
 MÁS CERCANO A TU DOMICILIO**

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
 VÍA DE LA SALUD 54 - CERCAJO  
 Límite Gratuita (0800-15200)

MANTENIENDO TU PESO ADECUADO  
 Y CONSUMIENDO MENOS SAL PREVIENES LA

**HIPERTENSIÓN  
 ARTERIAL**



Para más información llama gratis a  
 INFOSALUD 0800-10828

PERU Ministerio de Salud  
 Gerencia Regional de Salud



- La visión es el sentido que nos permite relacionarnos con el entorno, proporciona seguridad y contribuyendo a mejorar calidad de vida de las personas
- La visión es el medio por el que el niño recibe el 90 % de la información para el aprendizaje

**FINALIDAD:** Promover comportamientos / prácticas saludables

- Practicar medidas de higiene
- Protección ocular
- Conservar distancia adecuada a medios audiovisuales
- Alimentación rica en vitaminas
- Evaluaciones en salud ocular



**EN CASO DE PROBLEMAS VISUALES, ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO**

## PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD OCULAR

No te olvides de:



• Cumplir con la higiene por las características de las actividades, evitar superficies de contacto, disminuir el tiempo de exposición a dispositivos móviles.

**EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO**

*Mis acuerdos y compromisos*

HC: \_\_\_\_\_  
 Ficha Familiar: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_

meses en meses

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<p><b>Dar solo leche materna hasta los 6 meses. Continuar la lactancia materna hasta los 2 años.</b></p> <p><b>Dar comida espesa desde los 6 meses.</b></p> <p><b>Dar alimentos de origen animal (huevo, sardina, pescado, pollo, carne) cada día.</b></p> <p><b>Darle 3 comidas al día. A partir del mes 9 aumentar 1 o 2 refrigerios más.</b></p> <p><b>Darle medio plato de comida desde los 6 meses, aumentando a un plato al año de edad.</b></p> <p><b>Darle verduras y frutas todos los días.</b></p> <p><b>Darle habas, frejoles, lentejas a su niño/niña.</b></p> <p><b>Darle gotas o jarabe de sulfato ferroso o micronutrientes.</b></p> <p><b>Lavarse las manos y las manos del niño/niña.</b></p> <p><b>Ayudar a su hijo/hija a comer y hablarle cariñosamente.</b></p> <p><b>Si su niño/niña está enfermo darle de comer más veces al día.</b></p> <p><b>¿Este creciendo bien?</b></p> <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>												

costa

Agudeza visual  
equivalente a  
6 Metros

$\frac{20}{200}$

E

1

$\frac{20}{100}$

F P

2

$\frac{20}{70}$

T O Z

3

$\frac{20}{50}$

L P E D

4

$\frac{20}{40}$

P E C F D

5

$\frac{20}{30}$

E D F C Z P

6

En cara posterior es posicional COORDINAR



**Ministerio de Salud**

**CARNE DE AFILIACIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

GOBIERNO REGIONAL  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
**RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA**

TIENE FAMILIAR

Código de Afiliación:

Nombre del Niño:

Fecha de Nacimiento:  DNI:

Nombre de la Madre:  DNI:

Nombre del Padre:  DNI:

Dirección:

Lugar de Atención:  Teléfono:



**VACINAR A TU NIÑO ES UN GESTO DE AMOR**

CONTROL:

VACUNA:

OTRO:

BCG (TUBERCULOSIS) (RN)	HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)
<b>ANTIPOLO</b>	<b>1ª dosis (6 meses) ORAL: WPO</b>
1ª dosis (2 meses) BIV-IPV	2ª dosis (4 meses) BIV-IPV
2ª dosis (4 meses)	3ª dosis (6 meses)
<b>PENTAVALENTE (DPT + Hib + HVB)</b>	<b>3ª dosis (6 meses)</b>
1ª dosis (2 meses)	2ª dosis (4 meses)
2ª dosis (4 meses)	3ª dosis (12 meses)
<b>NEUMOCOCCO</b>	<b>3ª dosis (12 meses)</b>
1ª dosis (2 meses)	2ª dosis (4 meses)
2ª dosis (4 meses)	3ª dosis (12 meses)
<b>ROTAVIRUS</b>	<b>3ª dosis (12 meses)</b>
1ª dosis (2 meses)	2ª dosis (4 meses)
2ª dosis (4 meses)	3ª dosis (12 meses)
<b>INFLUENZA</b>	<b>3ª dosis (12 meses)</b>
1ª dosis (6 meses)	2ª dosis (12 meses)
2ª dosis (12 meses)	3ª dosis (12 meses)
<b>SPR (SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA)</b>	<b>ANTIAMARILICA (10 meses)</b>
1ª dosis (12 meses)	2ª dosis (18 meses)
2ª dosis (18 meses)	3ª dosis (18 meses)
<b>REFUERZOS</b>	<b>3ª dosis (18 meses)</b>
1ª Ref. DPT (18 meses)	2ª Ref. DPT (4 años)
1ª Ref. Antipolio (18 meses)	2ª Ref. Antipolio (4 años)
2ª Ref. Antipolio (4 años)	3ª Ref. Antipolio (4 años)
<b>OTRAS VACUNAS</b>	<b>3ª Ref. Antipolio (4 años)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PERU** Ministerio de Salud

UNIDAD REGIONAL DE SALUD PERIFERICA AREQUIPA  
 RED DE SALUD AREQUIPA-CATELOMA

N° HISTORIA CLINICA

Código de Afiliación: HCL

Nombre de la Niña

Fecha de Nacimiento: DNI

Nombre de la Madre: DNI

Nombre del Padre: DNI

Dirección

Lugar de Atención: Teléfono

**VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR**

**CTR**

CONTROL:

VACUNA:

OTRO:

**BCG (TUBERCULOSIS) (RN)**

**HVBLANTI- HEPATITIS (RN)**

**ANTIPOLIO:**

1° dosis (2 meses) (NT-09)

2° dosis (4 meses) (NT-09)

3° dosis (6 meses) (MAB09)

**PENTAVALENTE (DPT + Hib + MV2)**

1° dosis (2 meses)

2° dosis (4 meses)

3° dosis (6 meses)

**NEUMOCOCO**

1° dosis (2 meses)

2° dosis (4 meses)

3° dosis (12 meses)

**ROTAVIRUS**

1° dosis (2 meses)

2° dosis (4 meses)

**INFLUENZA**

1° dosis (6 meses)

1 Año

2 Años

3 Años

4 Años

**SPR (SARAMPION, PAPEÑA, RUBEOLA):**

1° dosis (12 meses)

2° dosis (18 meses) (12/18)

**ANTIAMARILICA** (11A)

1° dosis (9 meses)

**REPUEZOS**

1° Ref. DPT (18 meses)

2° Ref. DPT (2 años)

1° Ref. Antipolio (18 meses)

2° Ref. Antipolio (24 meses)

**OTRAS VACUNAS**





Disfruta de tu sexualidad  
con responsabilidad

# La tarro es de dos



## ¿Cómo lo prevengo?

- Decidir antes de ocurrir.
- Decir NO a las relaciones sexuales antes de tiempo.
- Informarme bien de los métodos anticonceptivos que existen.
- Cuidando, metiéndolo con cuidado, medicina y largo plazo.
- Creando mi proyecto de vida ¿qué quiero ser en el futuro?
- ¿Qué quiero para mi futuro?



610

 **Ministerio de Salud**

 **GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA**  
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD  
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

### CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA:

VIH ( )      SIFILIS ( )      HEPATITIS ( )

Yo, \_\_\_\_\_  
(Apellidos y Nombres)

de \_\_\_\_\_ años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido orientación y consejería e información acerca del VIH/SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B, vías de transmisión y sobre la Prueba Rápida o ELISA para VIH, SIFILIS, HEPATITIS B.

También, soy consciente que los resultados obtenidos, no son definitivos, y en caso se obtenga un resultado reactivo se tendrá que confirmar con WB o IFI y si el resultado es no reactivo y soy consciente de haber tenido relaciones sexuales de riesgo, puedo estar en periodo de ventana y debo realizarme nuevamente la prueba en 6 meses.

Por tanto, autorizo se me tome la muestra de sangre para el tamizaje de VIH/SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B y me comprometo a regresar para recibir orientación y consejería de mi resultado.

Fecha: / /

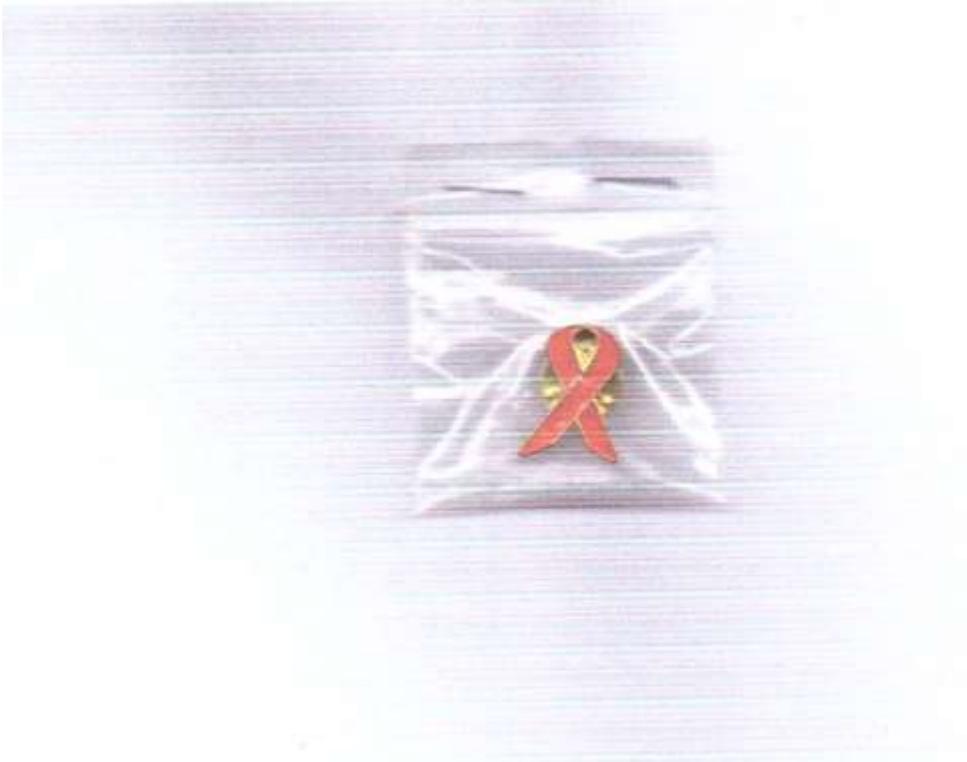
Firma o Huella digital      Firma y sello  
Usuario      Consejero (a)

HUELLA DIGITAL      DNI:  
Dado índice derecho de la usuaria

Si la usuaria es analfabeta o presenta incapacidad absoluta o relativa, su representante legal de acuerdo a ley, deberá firmar la siguiente declaración: Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende y ha impreso su huella digital en mi presencia manifestando su conformidad con el mismo.

HUELLA DIGITAL      Firma o Huella digital  
Dado índice derecho      Representante Legal  
de la usuaria      DNI:

62



663

**NO TE OLVIDES:**

Permite que el personal de salud ingrese a tu vivienda para revisar tus recipientes con agua.

**JUNTOS**  podemos **PREVENIR** el **DENGUE**

¡SIN CRIADEROS, NO HAY ZANCUDOS!

¡Sin criaderos **NO HAY**  **zancudos**

**Elimina los criaderos del zancudo**

 GOBIERNO REGIONAL  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
REGION AREQUIPA

60

606 +  
0000002

Agudeza Visual  
equivalente a  
6 Metros

$\frac{20}{200}$

E

1

$\frac{20}{100}$

F P

2

$\frac{20}{70}$

T O Z

3

$\frac{20}{50}$

L P E D

4

$\frac{20}{40}$

P E C F D

5

$\frac{20}{30}$

E D E C Z P

6

607

**RECOMENDACIONES A SEGUIR**

1. No abandonar el tratamiento indicado.
2. No realizar deporte o cualquier actividad que demande esfuerzo físico.
3. Evitar la ingestión de alimentos muy condimentados, ají, bebidas alcohólicas o fumar.
4. No someterse a cambios bruscos de temperatura (del frío al calor o viceversa).
5. Si presenta algún malestar consulte de inmediato al médico de servicio.
6. No ingerir "CORTICOIDES".

**NOTA:** Se deben seguir las recomendaciones hasta 48 horas después de cada aplicación de la vacuna.

En caso de nueva mordedura presentar este carné.



Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

**CARNÉ DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA**

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

N° H. Cl: \_\_\_\_\_

N° Reg. Notificación Acc. Mord: \_\_\_\_\_

N° Reg. Personal en Vacunación: \_\_\_\_\_

**EVITA LA RABIA**

"NO ABANDONES EL TRATAMIENTO PORQUE  
NUNCA EN FUEGRO TU VIDA"

59

CARNÉ DE VACUNACIÓN  
MAYORES DE 5 AÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Tipo de Doc: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_  
N° Celular: \_\_\_\_\_  
Inst. Laboral: \_\_\_\_\_

BIOLÓGICOS	DOSIS	FECHA	LOTE
Hepatitis B	1ra Dosis	/ /	
	2da Dosis	/ /	
	3ra Dosis	/ /	
Antiamebílica	Dosis única	/ /	
SR / SPR	Dosis única	/ /	
Influenza (Comorbilidad /Riesgo)	Dosis única	/ /	
Anti COVID- 19	1ra Dosis	/ /	
	2da Dosis	/ /	
Otros		/ /	

6038

¡Cuidado con el **sarampión!**

Es más contagioso que la COVID-19

Ataca de gravedad a los niños más pequeños. La única forma de **prevenirlo es con la vacuna SPR** que además los protege contra las **paperas y rubéola.**

Primera dosis a los **12 MESES** | Segunda dosis a los **18 MESES**

Acude al establecimiento de salud más cercano llama al 113 opción 2.

¡Lo vacuno, lo protejo



Logo Institucional

Banner

55

606

**VACUNATE CONTRA LA NEUMONIA**

La neumonía es la principal causa de muerte de niños menores de cinco años y adultos mayores.

**Protege a los adultos mayores**

**INFLUENZA**  
(una vez al año)

**NEUMOCOCCO**  
(una vez en la vida)

Si eres mayor de **60 años**

Acude al centro de salud más cercano y completa todas las vacunas.

Logos: GUB. PERU, GOB. REGIONAL AREQUIPA, MINISTERIO DE SALUD, GOB. REGIONAL AREQUIPA, GOB. REGIONAL AREQUIPA

BANNER VACUNACIÓN CONTRA LA NEUMONÍA

54

**Vacúnate contra la Influenza**

**¿Cómo prevenir la influenza?**

**Vacúnate, es la única forma para prevenir esta enfermedad.**

**¿Sabes qué es la influenza?**

Es una enfermedad de las vías respiratorias causada por un virus muy contagioso y se confunde con el resfriado común.

**¿Cómo se contagia?**

De persona a persona a través de las gotas de saliva que viajan por el aire al toser, estornudar o escupir.

Al tocarse los ojos, nariz o boca después de tocar las superficies u objetos donde han quedado las gotas de saliva.

**Prácticas saludables ante las bajas temperaturas**

**Evita los ambientes húmedos y poco ventilados.**

**Abrígate adecuadamente cuando hace frío.**

Como la dificultad para respirar, evitar el sobrecalentamiento de salud más sencilla. No te confundas.

Logos: PERU, Dpto. DE SALUD, Dpto. DE SALUD AREQUIPA, GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA, RED DE SALUD PERIFERICA AREQUIPA, 2024

BANNER VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA

600

**SABÍAS QUE..?**

**VPH**

Seis mujeres fallecen a diario por cáncer de cuello uterino en el Perú.

La principal causa es el Virus del Papiloma Humano (VPH).

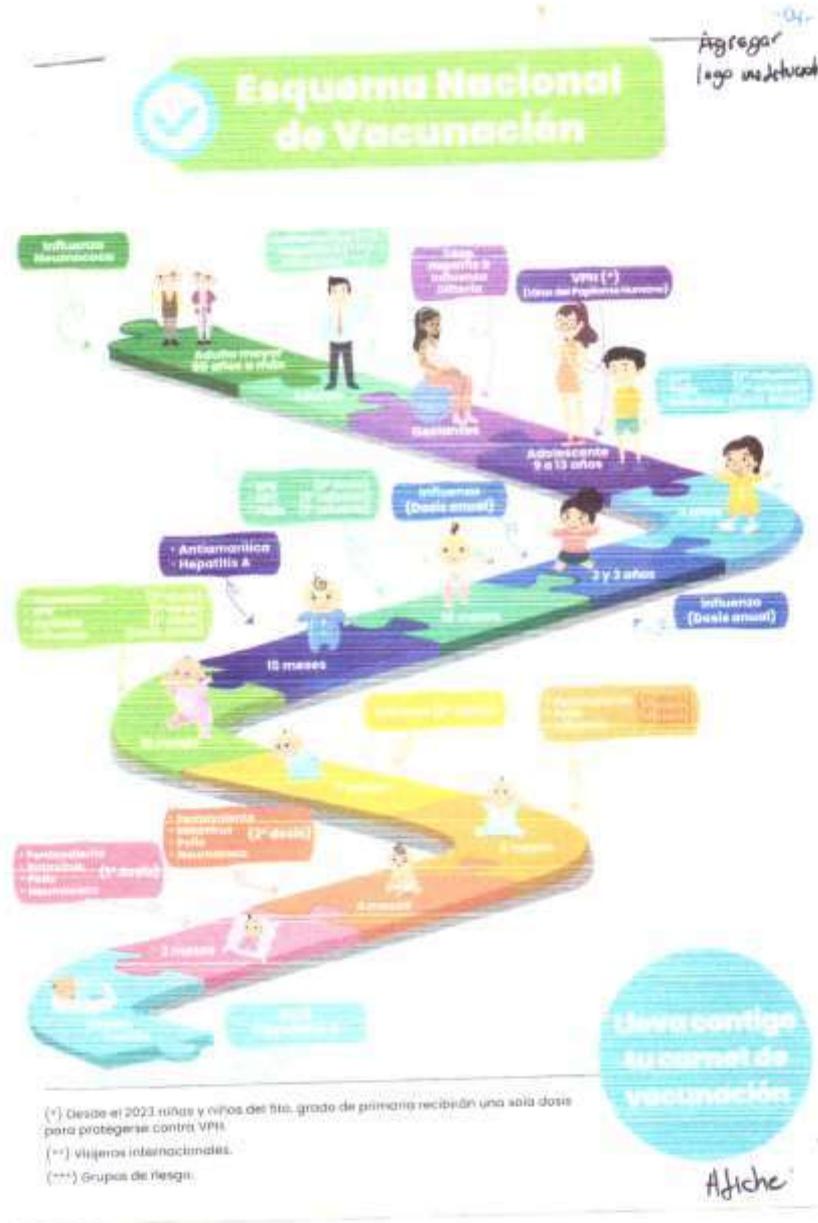
La vacuna contra el VPH previene esta enfermedad y se aplica gratuitamente a niñas y niños del 5.º de primaria.

La vacuna, es segura, eficaz y gratuita.



Logo Institucional

Banner 52



# Lo vacuno, lo protejo

Completa tu Esquema Nacional de Vacunación



Las vacunas son seguras, gratuitas y salvan vidas

Acude al centro de salud más cercano o llama al 113 **OPCIÓN 1**



Siempre con el pueblo



Añoche BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

Asíger logo más personal

545 000000 002



# ¡Cuidado con el sarampión!

LO vacuno,  
LO protejo

Es más contagioso que la COVID-19

Ataca de gravedad a los niños más pequeños. La única forma de **prevenirlo es con la vacuna SPR** que además los protege contra las **paperas y rubéola.**



Primera dosis a los  
**12 MESES**

Segunda dosis a los  
**18 MESES**

Acude al establecimiento de salud más cercano llama al 113 opción 2.



Logo Institucional

Aliche

49



## Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja



El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo se realiza dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias, así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

### Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato:

1. ¿Cómo se siente usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

### Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿Cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

Cuestionario		Puntaje
1	En general, ¿Cómo describiría su relación de pareja? Esperante (3 puntos) Un poco estresante (2 p) Muy estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con: Mucha dificultad (3 puntos) Algo de dificultad (2 p) Sin dificultad (1 p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
6	Su pareja ¿Controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas? Muchas veces (3 puntos) A veces (2 p) Nunca (1 p)	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

Interpretación	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	≥ 15	24
Tamizaje negativo	≤ 8	15
Si una o más preguntas 4 y 7 son (+) excluye aunque total fuera < de 15 (Requiriendo la comparación de las preguntas)		

574

Escaneado con CamScanner



Anexo A

589  
 00000302

 RED DE SALUD AREQUIPA S.A.S. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AREQUIPA	<h2 style="margin: 0;">FICHA SOCIAL</h2>	N° DE HISTORIA CLÍNICA _____ _____
---	--	--

**1. DATOS GENERALES:**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ TELF./CEL: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ REFERENCIA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F) \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TIPO DE \_\_\_\_\_  
 SEGURO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ GRADO DE \_\_\_\_\_  
 INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**2. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO:**

\_\_\_\_\_

**3. COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ocupación	OBSERVACIONES

**4. GENOGRAMA**

<p><b>SÍMBOLOS PARA LA ESTRUCTURA</b></p> <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td></td> <td>Padre</td> <td></td> <td>Madre</td> <td></td> <td>Hermano</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Padre fallecido</td> <td></td> <td>Madre fallecida</td> <td></td> <td>Hermano fallecido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Padre adoptivo</td> <td></td> <td>Madre adoptiva</td> <td></td> <td>Hermano adoptivo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Padre naturalizado</td> <td></td> <td>Madre naturalizada</td> <td></td> <td>Hermano naturalizado</td> </tr> </table> <p><b>SÍMBOLOS PARA LAS RELACIONES FAMILIARES</b></p> <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td></td> <td>Matrimonio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Estrecho</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Interrupción</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Distanci</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Conflictiva</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Estrecha y conflictiva</td> </tr> </table>		Padre		Madre		Hermano		Padre fallecido		Madre fallecida		Hermano fallecido		Padre adoptivo		Madre adoptiva		Hermano adoptivo		Padre naturalizado		Madre naturalizada		Hermano naturalizado		Matrimonio		Estrecho		Interrupción		Distanci		Conflictiva		Estrecha y conflictiva	<p><b>GENOGRAMA (ESTRUCTURAL Y DE RELACIONES FAMILIARES)</b></p> <div style="height: 150px; border: 1px solid black;"></div>
	Padre		Madre		Hermano																																
	Padre fallecido		Madre fallecida		Hermano fallecido																																
	Padre adoptivo		Madre adoptiva		Hermano adoptivo																																
	Padre naturalizado		Madre naturalizada		Hermano naturalizado																																
	Matrimonio																																				
	Estrecho																																				
	Interrupción																																				
	Distanci																																				
	Conflictiva																																				
	Estrecha y conflictiva																																				

*[Handwritten signature]*

SBB 5)  
 000003-1c

5. TIPO DE FAMILIA  
 UNIPERSONAL ( ) MONOPARENTAL ( ) NUCLEAR ( ) RECONSTRUIDA ( )

6. SITUACIÓN ECONÓMICA: CONDICIÓN LABORAL: Dependiente ( ) Independiente ( )  
 Tipo de Actividad: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

INGRESO FAMILIAR	
PADRE	
MADRE	
HIJOS	
OTROS ESPECIF.	

EGRESOS	
ALIMENTACIÓN	
SERVICIOS	
EDUCACIÓN	
VIVIENDA	
OTROS	

OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR:  
 \_\_\_\_\_

7. Situación de la vivienda

TIPO DE VIVIENDA:

Casa independiente ( ) Departamento ( ) Vivienda en Quinta ( )  
 Local no apropiado para habitación ( ) Multifamiliar ( ) Otros ( )

TENENCIA: Propia ( ) Alquilada ( ) Alojada ( ) Cuidante ( ) N° Ambientes ( )

ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA: Piso: Concreto ( ) Piso Acabado ( ) Tierra ( )

Paredes: Ladrillo ( ) Concreto ( ) Esteras ( ) Madera ( ) Otros ( )

Techo: Concreto ( ) Calamina ( ) Esteras ( ) Otros ( ) Infraestructura en riesgo: Si ( ) NO ( )

SERVICIOS BÁSICOS: Agua: Conexión domiciliar ( ) Pileta ( ) Luz: Eléctrica ( ) Vela ( )

Desagüe: Conexión domiciliar ( ) Letrina ( ) Otro: \_\_\_\_\_

8. VALORES Y CREENCIAS

Valores: \_\_\_\_\_  
 religión: \_\_\_\_\_

9. RIESGO DEL ENTORNO (Marca con X)

Pandillaje, Delincuencia	
Alcoholismo	
Hacinamiento	
Otros	

10. REDES DE APOYO CON LAS QUE CUENTA EL USUARIO PARA SU INCLUSIÓN SOCIAL

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

11. DIAGNÓSTICO SOCIAL

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

12. SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

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

13. OBSERVACIONES

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

ENTREVISTADOR

ENTREVISTADO

40

Anexo B

582  
 000000

## EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL

PROFESIONAL A CARGO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI / HCL	
EDAD/SEXO	/	CELULAR	
DIRECCIÓN		FECHA DE EVALUACIÓN I/C/F	
DIAGNÓSTICO		CONTROL-TRATAMIENTO	
PSIQUIATRA RESPONSABLE			
PSICOLOGO RESPONSABLE			

MOTIVO DE LA CONSULTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVALUACION DE PSICOMOTRICIDAD

OBSERVACIONES

PSICOMOTRICIDAD FINA

PSICOMOTRICIDAD GRUESA

EVALUACION DE PREFERENCIA E INTERESES

	PARTICIPACION	OBSERVACIONES		PARTICIPACION	OBSERVACIONES
1	Habito de lectura		8	Cantar/Pintura/Baile	
2	Juegos de mesa		9	Hacer ejercicios	
3	Actividades de cocina		10	Montar a caballo	
4	Jardinera		11	Actividades deportivas	
5	Ser voluntario		12	Viajar	
6	Cuidar mascotas		13	Manualidades	
7	Tocar inst. musical				

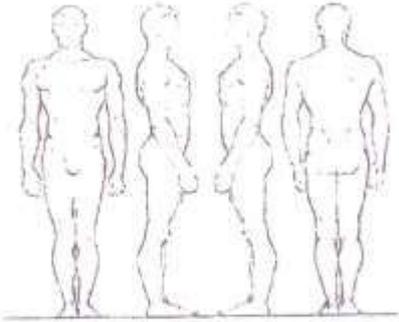
ASPECTOS CONSIDERADOS DESDE EL AMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

AREAS OCUPACIONALES	
AVD	
TRABAJO	
OCIO	
PARTICIPACION	

35

586  
000000

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

PUNTOS DOLOROSOS	DETALLE										
	E.V.A. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	SÍNTOMAS _____ _____										
	PUNTOS DOLOROSOS _____										
	TRATAMIENTO _____										
_____ _____											

EVALUACIÓN DE INICIAL

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

EVALUACION DE CONTROL

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

EVALUACION FINAL

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

ACTIVIDAD A DESARROLLAR EN LABORTERAPIA:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

38

Anexo C



GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNSA

585 26  
0000000000

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

1.- DATOS GENERALES

PERSONA ENTREVISTADA \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE LA VISITA \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M) \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ HCL \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE LA VISITA \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ GRADO DE INSTRUCCIÓN \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

Primera visita ( )	Segunda visita ( )	Tercera visita ( )	Cuarta visita ( )
Quinta visita ( )	Sexta visita ( )	Séptima visita ( )	Octava visita ( )

2.- SITUACIÓN ENCONTRADA

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

3.- ACUERDOS

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

<b>SI NO SE REALIZÓ LA ENTREVISTA</b> - No se ubicó el domicilio ( ) - No se ubicaba en el domicilio ( )
--

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENTREVISTADO

ENTREVISTADOR

d 37



Anexo E

583 24

0000033

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO

CONSULTA									
FECHA:	HORA:		Edad:			Tiempo de Enfermedad:			
Motivo de consulta:									
Apetito:		Sed:	Sueño:		Estado de animo:				
Orina:		Deposiciones:							
Ex Fisico:		T:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:	
DIAGNOSTICO:					TRATAMIENTO:				
					Exámenes auxiliares				
					Referencia (lugar y motivo)				
Proxima Cita:					Firma y Sello:				
Atendido por:					(Colegio prof)				
Observación:									

CONSULTA									
FECHA:	HORA:		Edad:			Tiempo de Enfermedad:			
Motivo de consulta:									
Apetito:		Sed:	Sueño:		Estado de animo:				
Orina:		Deposiciones:							
Ex Fisico:		T:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:	
DIAGNOSTICO:					CIE - 10:	TRATAMIENTO:			
					Exámenes auxiliares				
					Referencia (lugar y motivo)				
Proxima Cita:					Firma y Sello:				
Atendido por:					(Colegio prof)				
Observación:									

35

582

43

00004333

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO

CONSULTA

FECHA: HORA: Edad: Tiempo de Enfermedad:  
Motivo de consulta:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de ánimo:  
Orina: Depositiones P.A. FC: FR: Peso: Talla: IMC:  
Ex Fisico: T°:

DIAGNOSTICO: TRATAMIENTO:  
Exámenes auxiliares  
Referencia (lugar y motivo)  
Proxima cita:  
Atendido por:  
Observación:  
Firma y Sello:  
(Colocar prof.)

CONSULTA

FECHA: HORA: Edad: Tiempo de Enfermedad:  
Motivo de consulta:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de ánimo:  
Orina: Depositiones P.A. FC: FR: Peso: Talla: IMC:  
Ex Fisico: T°:

DIAGNOSTICO: CIE - 10 TRATAMIENTO:  
Exámenes auxiliares  
Referencia (lugar y motivo)  
Proxima cita:  
Atendido por:  
Observación:  
Firma y Sello:  
(Colocar prof.)

22

501



CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN  
 PLAN DE ATENCION INDIVIDUALIZADA (PAI)



33

Anexo F

NOMBRES Y APELLIDOS:		DNI:		HCU:	
EDAD:		DNI:		HCU:	
DIAGNÓSTICO:	PROBLEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	TIEMPO INT.	EVALUACIÓN DE OBJETIVOS
AREA AUTONOMIA ECONOMICA					
AREA SOCIAL Y DE OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE					
AREA DE CONVIVENCIA Y DE RELACIONES FAMILIARES					
AREA DE AUTONOMIA DOMESTICA					
AREA DE AUTONOMIA EN EL ENTORNO COMUNITARIO					
AREA DE SALUD					
AREA ACADÉMICA					

MEDICO PSIQUIATRA

PSICOLOGO

LIC. EN ENFERMERIA

TRABAJADORA SOCIAL

TERAPISTA OCUPACIONAL

OTRO

23

Anexo G

580

0000033

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS: SRQ 18**

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

Establecimiento: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección: \_\_\_\_\_

1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2	¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3	¿Duerme mal?	SI	NO
4	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5	¿Sufre de temblor en las manos?	SI	NO
6	¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9	¿Se siente triste?	SI	NO
10	¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO
11	¿Tiene dificultad para disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13	¿Tiene dificultad para hacer su trabajo?	SI	NO
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16	¿Se siente aburrido?	SI	NO
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
19	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO
20	¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
21	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
24	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, a su médico o a su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
26	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	SI	NO

El cuestionario tiene varias partes:

Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, de angustia o ansiosos y otros. Nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y, por lo tanto, se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico. Una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol. La respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que, efectivamente, se trata de un "caso".

Anexo H

581 20

0000003

Tamizaje de violencia "Wast"

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL				

Anexo I

578  
 0000033

Test AUDIT

Apellidos y Nombres:

Items	Criterios operativos de valoración	
1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0	Nunca
	1	Una o menos veces al mes
	2	De 2 a 4 veces al mes
	3	De 2 a 3 veces a la semana
	4	Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0	Una o 2
	1	Tres o 4
	2	Cinco o 6
	3	De 7 a 9
	4	Diez o más
3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	A diario o casi diario
9. ¿Usted o alguna persona ha resultado heridos porque usted había bebido?	0	No
	2	Si, pero no en el curso del último año
	4	Si, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0	No
	2	Si, pero no en el curso del último año
	4	Si, el último año

INTERPRETACIÓN:

	Hombres	Mujeres
No problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

34

0000000  
 52A

**Anexo J**

SECRETARÍA DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y SALUD  
**Registro Médico de Atención a Emergencias de Salud**

1. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 2. NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
 3. NOMBRE DEL ABUELO: \_\_\_\_\_  
 4. NOMBRE DEL TÍO: \_\_\_\_\_  
 5. NOMBRE DEL HERMANO: \_\_\_\_\_  
 6. NOMBRE DEL HERMANO: \_\_\_\_\_  
 7. NOMBRE DEL HERMANO: \_\_\_\_\_

8. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 9. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 10. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 11. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 12. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 13. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 14. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 15. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 16. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 17. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 18. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 19. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 20. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

21. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 22. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 23. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 24. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 25. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 26. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 27. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 28. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 29. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 30. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

31. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 32. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 33. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 34. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 35. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 36. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 37. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 38. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 39. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 40. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

41. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 42. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 43. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 44. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 45. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 46. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 47. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 48. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 49. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 50. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

51. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 52. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 53. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 54. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 55. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 56. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 57. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 58. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 59. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 60. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

61. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 62. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 63. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 64. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 65. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 66. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 67. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 68. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 69. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 70. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

71. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 72. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 73. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 74. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 75. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 76. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 77. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 78. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 79. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 80. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

81. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 82. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 83. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 84. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 85. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 86. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 87. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 88. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 89. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 90. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

91. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 92. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 93. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 94. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 95. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 96. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 97. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 98. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 99. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 100. TIPO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

526/14

Nombres y apellidos del paciente	Fecha de nacimiento			Fecha de nacimiento			Fecha de nacimiento			Fecha de nacimiento		
	A	M	D	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE BRINDAR ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADISTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO

JB EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA LAS PRESTACIONES

Anexo K

0000032

**CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-CAS) P 2-4**

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_  
 Institución Educativa: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: no es cierto, un tanto cierto, absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a los últimos seis meses.

		No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas.	0	1	2
8	Tiene muchas preocupaciones; a menudo parece inquieto/a o preocupado/a.	0	1	2
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso.	0	1	2
16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a.	0	1	2
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.	0	1	2
<b>ESCALA DE PROBLEMAS EMOCIONAL - TOTAL</b>				
5	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.	0	1	2
7	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos.	2	1	0
12	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas.	0	1	2
18	Muestra a menudo una actitud negativa a los adultos.	0	1	2
22	A menudo muestra rencor cuando se enfada.	0	1	2
<b>ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA - TOTAL</b>				
2	Es inquieto/a; hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.	0	1	2
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso.	0	1	2
15	Se distrae con facilidad; su concentración tiende a dispersarse.	0	1	2
21	Tiene capacidad para pensar antes de actuar.	2	1	0
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración.	2	1	0
<b>HIPERACTIVIDAD - TOTAL</b>				
6	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a.	0	1	2
11	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a.	2	1	0
14	Por lo general cae bien a los otros niños/as.	2	1	0
19	Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella.	0	1	2
23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as.	0	1	2
<b>ESCALA DE PROBLEMAS CON COMPAÑEROS - TOTAL</b>				
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.	0	1	2
4	Comparte frecuentemente con otros niños/as golosinas, juguetes, lápices, etc.	0	1	2
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo.	0	1	2
17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as.	0	1	2
20	A menudo se ofrece para ayudar ( a padres, maestros, otros niños/as).	0	1	2
<b>ESCALA PROSOCIAL - TOTAL</b>				
<b>SUMA TOTAL DE LAS ESCALAS (*)</b>				

(\*) En la suma total de las escalas no se contabiliza la puntuación directa de la Escala Prosocial.

**BAREMOS**

	Normal	Límite	Anormal
<b>Puntuación total</b>	0-13	14-16	17-40
Escala Emociones	0-3	4	5-10
Escala Problemas de Conducta	0-2	3	4-10
Escala Hiperactividad	0-5	6	7-10
Escala Problemas con Compañeros	0-2	3	4-10
Escala Prosocial	6-10	5	0-4



571 / 12

Anexo N°  
 DOCUMENTO TÉCNICO:  
 ORIENTACIONES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON  
 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

0000032

**Anexo 6: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R, Versión peruana)**

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta "NO". Por favor, encierre en un círculo SI o NO en cada pregunta. Muchas gracias.

1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación. ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)?	SI	NO
3	¿Su hijo(a) realiza juegos de imaginación o imitación? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o 'subibajas', muebles o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?)	SI	NO
6	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SI	NO
8	¿Su hijo(a) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe o se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda, sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?)	SI	NO
10	¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?)	SI	NO
11	¿Cuándo Ud. le sonríe a su hijo(a) él o ella también le sonríe?	SI	NO
12	¿A su hijo(a) le molestan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, llora o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo(a) camina solo o sola, sin apoyo?	SI	NO
14	¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste?	SI	NO
15	¿Su hijo(a) imita lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repetir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)	SI	NO
16	Si Ud. volteo a mirar algo, ¿su hijo(a) también volteo para ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y le preste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación)	SI	NO
18	¿Su hijo(a) le entiende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice 'pon el libro encima de la silla' o 'trae la manita')	SI	NO
19	Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escucha un ruido extraño o gracioso o si ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?)	SI	NO
20	¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que lo columpien o jugar al "caballito" sobre sus rodillas)	SI	NO



Anexo O

570  
 0000032  
 11

### ESCALA DE EDIMBURGO

Nos gustaría saber cómo se siente. Su respuesta debe describir de la mejor manera cómo se ha sentido durante la última semana (es decir, durante los 7 días que acaban de transcurrir) y no sólo cómo se ha sentido el día de hoy.

Durante la semana que acaba de transcurrir (los últimos 7 días):

Puntaje	Pregunta	Puntaje	Pregunta
0 1 2 3	1. ¿Ha podido reír y ver el lado divertido o agradable de las cosas?	3 2 1 0	6. ¿Se ha sentido abrumada por las cosas que le pasan? Si, la mayor parte del tiempo me he sentido incapaz de afrontar las cosas. Si, a veces no me he sentido tan capaz de afrontar los problemas como antes. No, yo he podido afrontar la mayor parte de las situaciones. No, yo me siento tan capaz de afrontar los problemas como siempre.
0 1 2 3	2. ¿Ha visto su futuro con optimismo?	3 2 1 0	7. ¿Se ha sentido tan intranquila que ha tenido dificultad para dormir? Si, la mayor parte del tiempo. Si, a veces. No muy frecuentemente. No, nunca.
3 2 1 0	3. ¿Se ha sentido culpable sin razón cuando las cosas han salido mal?	3 2 1 0	8. ¿Se ha sentido triste o poco afortunada? Si, la mayor parte del tiempo. Si, muy a menudo. No muy a menudo. No, nunca.
0 1 2 3	4. ¿Se ha sentido nerviosa o preocupada sin alguna buena razón?	3 2 1 0	9. ¿Se ha sentido tan triste que ha estado llorando? Si, la mayor parte del tiempo. Si, muy a menudo. Sólo a veces. No, nunca.
3 2 1 0	5. ¿Ha sentido terror o pánico sin un motivo, "de la nada"?	3 2 1 0	10. ¿Ha llegado a pensar en hacerse daño? Si, muy frecuentemente. A veces. Casi nunca. Nunca.

Puntaje: \_\_\_\_\_

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:  
 a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) = 3 puntos  
 El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

DURANTE EL EMBARAZO	EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas	



Ministerio de Salud Pública Anexo P

564 70  
 0000032

### Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ N° HCL \_\_\_\_\_  
 Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.*

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
<b>Puntuación total</b>		

#### PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

#### INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.



ANEXO D  
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
"RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA"  
PROGRAMA PRESUPUESTAL 131 – CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL



## ESCALA DE ZARIT

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR DE  
ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
3	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
5	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
6	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
7	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
8	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
9	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
10	¿Siente que su familiar depende de usted?	
11	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
12	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
14	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
15	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
16	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
17	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
"RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLDMA"  
PROGRAMA PRESUPUESTAL 131 – CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL



Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
18	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
19	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
20	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
21	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
22	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
23	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
24	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado)

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Anexo R

56604  
00000000

### HoNOS Hoja De Puntuación

Nombre :

Fecha :

- |   |               |   |
|---|---------------|---|
| 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada                   | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 2. Autolesiones no accidentales   | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas                               | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 4. Problemas cognitivos   | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 5. Problemas por enfermedad física o discapacidad                         | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 7. Problemas en relación con el humor depresivo                           | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 8. Otros problemas mentales o conductuales                                | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| Especificar el tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J            |               | <input type="checkbox"/>                          |
| 9. Problemas con las relaciones   | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana        | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 11. Problemas con las condiciones de vida                                 | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades              | 0 1 2 3 4     | <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Puntuación Total :</b>   | <b>0 - 48</b> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

1.3

Anexo S

565 b

0000031

Cuestionario APGAR Familiar  
Evaluación del Funcionamiento de la Familia

No. De expediente \_\_\_\_\_ No. de miembros de la familia \_\_\_\_\_

Tipo de familia: Estructura \_\_\_\_\_ Demografía \_\_\_\_\_

Desarrollo \_\_\_\_\_ Tipología \_\_\_\_\_

Integración/funcionalidad \_\_\_\_\_ Etapa del ciclo vital \_\_\_\_\_

De los siguientes aspectos señale con una cruz la categoría de respuesta que más se apegue a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una x

Aspecto	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero					

005-2024-RPSA-1

Proporciona una evaluación sobre el grado de funcionalidad de la familia  
Cada una de las respuestas tiene un puntaje del 0 a 4 puntos (0: nunca; 4: siempre)  
Realizar sumatoria (puntaje de 0 a 20)  
Interpretación:

Función	Puntaje
Buen funcionamiento familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	≤ 9

16

04

Anexo T



## ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN



Nombre: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	4
20. Me gusta las mismas cosas que antes	4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL:

15

000562

000001

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	INDICE EAD=	PUNTOS	INDICE EAD=	PUNTOS	INDICE EAD=	PUNTOS	INDICE
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	93
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAD	INTERPRETACIÓN
MENOS DE 50	DENTRO DE LÍMITES NORMALES
50 - 59	DEPRESIÓN LEVE MODERADA
60 - 69	DEPRESIÓN MODERADA INTENSA
70 A MÁS	DEPRESIÓN INTENSA

559 25

ANEXO A						
CSMC	NIVEL DE ATENCIÓN	CODIGO RENIPRESS	NUMERACIÓN INICIAL	NUMERACIÓN FINAL	CANT. DE FUAS	PQTE (de 500)
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CAYMA	1-3	00027464	00027464-25-00000001	00004000	4000	8
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN MARTIN DE PORRES	1-3	00027843	00027843-25-00000001	00006000	6000	12
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MAJES	1-3	00023969	00023969-25-00000001	00020000	20000	40
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MIRAFLORES	1-3	00032056	00032056-25-00000001	00020000	20000	40
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELEN	1-3	00025066	00025066-24-00000001	00021500	21500	43
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUNTER	1-3	00031488	00031488-24-00000001	00010000	10000	20
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SOCABAYA	1-3	00030346	00030346-24-00000001	00015000	15000	30
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR	1-3	00023488	00023488-24-00000001	00017000	17000	34
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO YURA	1-3		000XXXXX-24-00000001	00007000	7000	14
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA JOYA	1-3		000XXXXX-24-00000001	00015000	15000	30
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN AGUSTIN	1-3		000XXXXX-24-00000001	00017000	17000	34
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHIVAY	1-3		000XXXXX-24-00000001	00004000	4000	8
					156500	313

3

11

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA												
 PERU Ministerio de Salud		NUMERO DE FORMATO <b>00027464 23</b>										
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD												
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN									
<b>00027464</b>			<b>Centro de Salud MENTAL COMUNITARIO CAYMA</b>									
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR				
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	COD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA					
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA									
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA									
DEL ASEGURADO / USUARIO												
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRAS APAS						
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO		INSTITUCIÓN		COD. SEGURO					
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO								
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES								
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA				
SCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO											
FEMENINO												
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1						
GESTANTE						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2						
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3						
DE LA ATENCIÓN												
FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACIONES ADICIONALES (ES)		HOSPITALIZACIÓN				
DÍA	MES	AÑO						FECHA DE INGRESO	DÍA	MES	AÑO	
		<b>2023</b>						DE ALTA				
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		DE CORTE ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO PRESTACIONAL												
ATENCIÓN DIRECTA	COD. EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO	SEPELIO						
	N° Autorización		N° Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO				
	Monto S/.		Monto S/.									
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO												
S	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO CONSULTA EXTERNA	APoyo AL DIAGNOSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMNIS.				
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:												
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS												
PESO (Kg)	TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS							
DE LA GESTANTE	DEL RECIBEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO			BCG	INFLUENZA	ANTIMARIJUICA		
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°	PAB (cm)	EVALUACIÓN INTEGRAL	DPT			PAROTID	ANTIMEDIC		
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	R.N. PREMATURO	OP / EEPD o TEPD	ADULTO MAYOR	APO			RUBEOLA	ANTITETANIC		
ALTURA UTERINA			BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	VACAM	ASA			ROTAVIRUS	COMPLTAS PARA LA EDAD		
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		ENFER CONJUNTA / SECUESA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL		SPR			DE ABUJO (N° DOSIS)	VPW		
CONTROL PUERP (N°)			N° FAMILIARES DE CUST / PUERP CASA MAT.	IMC (Kg/M2)	YAMBAZ DE SALUD MENTAL	SR			IPV	OTRA VACUNA		
						HVB			PENTAVAL			
						GRUPO DE RIESGO HVB			GRUPO DE RIESGO (NO: 1 TRABAJO DE SALUD 2 TRABAJO SEXUAL 3 RSI 4 PRIVADO LIBERTAD 5 PE. AL. 6 POLICIA NACIONAL 7 ESTUDIANTES DE SALUD 8 POLTRAMPONEROS 9 DROGA DEPENDIENTES)			
DIAGNÓSTICOS												
N°	DESCRIPCIÓN				INGRESO			EGRESO				
					TIPO DE OX			DIE - 10		TIPO DE OX		DIE - 10
1					P	D	R			D	R	
2					P	D	R			D	R	
3					P	D	R			D	R	
4					P	D	R			D	R	
5					P	D	R			D	R	



Anexo C

000556

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA											
		<b>PERÚ</b>		<b>Ministerio de Salud</b>		<b>Seguro Integral de Salud</b>		NUMERO DE FORMATO <b>00027843 24 N° 00000431</b>			
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CODIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION								
<b>00027843</b>			<b>C.S. MENTAL COMUNITARIO SAN MARTIN DE PORRES</b>								
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA IPRESS	CONDICION DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	AMBULATORIA	REFERENCIA	COD RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE			HOJA REFER.	
PRESTANTE											
OPERTA FLEXIBLE											
DEL ASEGURADO USUARIO											
IDENTIFICACION			CODIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRAS IAFAS					
TSR	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA/OTROS	NUMERO		INSTITUCION	COD SEGURO					
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO								
PRIMER NOMBRE			OTROS NOMBRES								
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	N° HISTORIA CLINICA			ETNIA			
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO										
FEMENINO	FECHA DE PARTO										
LUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				SM / CMV / APLACACION(ES) RR 1						
DESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO				SM / CMV / APLACACION(ES) RR 2						
PURIPURA					SM / CMV / APLACACION(ES) RR 3						
FECHA DE ATENCION		HORA		DE LA ATENCION		HOSPITALIZACION		FECHA			
DIA	MES	AÑO		UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)		DEL INGRESO	DIA	MES	AÑO
		2024						DE ALTA			
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACION		N° FUA A VINCULAR				DE CORTE ADMINISTRATIVO			
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCION DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA			TRABAJADO		SEPELIG				
	N° AUTORIZACION						SATIEMENTO		ORBITO		OTRO
	MONTO SI.										
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO											
ALTA	OTA	HOSPITALIZACION		REFERIDO		CORTA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMNIS	
				EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APPDO AL SUBSISTEMO					
CODIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE REFIERE / CONTRARREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARRE				
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
SEXO	TALLA (CM)	P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS							
DE LA GESTANTE	DEL BEBEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA			
CMQ(M)	EDAD GEST RN (SEM)	DIBD N°		DPT		PAROTID		ANTIHEUMOC			
FORMA BEBEN	ANAMN. M° P°	RN PREMATURO		APO		RUBEDLA		ANTITETANICA			
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS (5ME LEVADA)		SI NO	
TAJADO HISTORICAL		CONSEJERIA NUTRICIONAL		SPR		DT ADULTO (30 DIAS)		WHI			
CONTROL PUEB (M°)		SAPER. CONGENTAL / SECURA AL NACER		SR		IPV		OTRIVACUNA			
		N° FAMILIA DE GESTY PUEB CASA MAT		HVB		PENTAVAL					
		MC (NAME)		MOR							
DIAGNÓSTICOS											
N°	DESCRIPCION				INGRESO			EGRESO			
					TPO DE DX			TPO DE DX			
					CIE - 10			CIE - 10			
1					P	D	R				
2					P	D	R				
3					P	D	R				
4					P	D	R				
5					P	D	R				
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION					N° DE COLEGIATURA				
RESPONSABLE DE LA ATENCION		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO					
1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. OPIJAVO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA 8. PSICOLOGA 9. TECNICO MEDICO											
10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO											
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION				FIRMA		ASEGURADO		FIRMA DEL USUARIO			
						APODERADO					
						APODERADO					
						NOMBRE Y APELLIDO					
						DNI O CE DEL APODERADO					

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO													
PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS													
CÓDIGO	NOMBRE	FR	CANTIDAD	PREA	ENTR	SE	CÓDIGO	NOMBRE	FR	CANTIDAD	PREA	ENTR	SE
02073	ALPRAZOLAM	Tab	500ug(0.5mg)				04332	LAMOTRIGINA	Tab	30mg			
06076	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	Tab	25mg				04348	LEVOTETRAZOLINA	Tab	100mg			
02047	ADRIPTOMICINA	Tab	500mg				04488	LITIO CARBONATO	Tab	300mg			
02242	BEPIDEMO LACTATO	Iny	2mg/ml x 1ml				04677	METAMIZOL	Iny	1g x 2ml			
01243	BEPIDEMO CLORHIDRATO	Tab	2mg				04704	METILPREDNISONO CLORHIDRATO	Tab	10mg			
01325	CARBAMAZEPINA	Sus	100mg/ml x 100ml				04844	PIREAZAPINA	Tab	20mg			
01332	CARBAMAZEPINA	Tab	200mg				04982	PAROXETINO	Tab	500mg			
01134	CITRAXONAL-CID	Iny	1g				33040	OMEPRAZOL	Tab	20mg			
02497	CLONIPRAMINA CLORHIDRATO	Tab	25mg				05156	RIPIENADONA	Iny	30mg/ml x 2ml			
03005	CLONAZEPAN	Tab	500ug(0.5MG)				05167	RIPIENADONA	Tab	100mg			
02004	CLONAZEPAN	Tab	2mg				05232	PARACETAMOL	Tab	500mg			
02708	CLONIPRAMINA CLORHIDRATO	Tab	100mg				05624	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	Tab	40mg			
02341	CLONIPRAMINA	Tab	100mg				05656	RANITIDINA	Iny	25mg/ml x 2ml			
02942	DEXAMETASONA	Iny	4mg/2ml x 2ml				05694	RISPERIDONA	Tab	2mg			
03767	DEXTROROTACIONAL	Iny	333mg/ml(33%) x 30ml				05807	TERALINA	Tab	50mg			
02752	DAZEPAN	Iny	5mg/ml x 5 ml				05873	TOCO FOLURO	Iny	900mg/100ml x 1l			
02754	DAZEPAN	Tab	10mg				05884	TOCO FOLURO	Iny	900mg/100ml x 500ml			
02758	DICLOFINACO	Iny	25mg/ml x 3 ml				06019	TILUDINA	Tab	200mg			
02466	DISULFIRAM	Tab	500mg				06137	TIAMINA CLORHIDRATO	Tab	100mg			
03007	EPINEFRINA	Iny	1mg/ml x 1 ml				06466	VALPROATO SODICO	Tab	500mg			
03451	EPENTINA SODICA	Tab	100mg				17711	VALPROATO SODICO	Jab	250mg/5ml x 120ml			
41079	FILIPENAZINA DECANATO	Iny	25mg/ml x 1 ml				40803	VALPROATO SODICO (TLM)	Tab	500mg			
03424	FLUCITINA	Tab	20mg										
03710	GABAPENTINA	Tab	300mg										
03673	HALOPERIDOL	Iny	5mg/ml x 1 ml										
0374	HALOPERIDOL ECNAD DECANATO	Iny	50mg/ml x 1 ml										
03675	HALOPERIDOL	Bel	2mg/ml x 20ml										
03982	HALOPERIDOL	Tab	5mg										
03881	HALOPERIDOL	Tab	20mg										
DISPOSITIVOS MEDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS													
CÓDIGO	NOMBRE	UN	CANTIDAD	PREA	ENTR	SE	CÓDIGO	NOMBRE	FR	CANTIDAD	PREA	ENTR	SE
10131	AGUA DESCARTABLE	Un	N°210X11/2"				18349	GUANTE QX DESC.	Paq	N°61/2			
10161	AGUA DESCARTABLE	Un	N°230X11"				18370	GUANTE QX DESC.	Paq	N°9"			
19421	CATETER ENDOV.	Un	N°180X11/4"				18371	GUANTE QX DESC.	Paq	N°7.5/2			
32236	CATETER ENDOV.	Un	N°300X11/4"				18657	JERINGA (DESC. 2 ml.	Un	C/A210X11/2"			
30477	CATETER ENDOV.	Un	N°220X11"				11370	JERINGA DESC. 1 ml.	Un	C/A210X11/2"			
10482	CATETER ENDOV.	Un	N°240X11"				11388	JERINGA DESC. 10 ml.	Un	C/A210X11/2"			
10129	EQUIPO VENOCUSIS	Un					11348	JERINGA DESC. 25 ml.	Un	C/A210X11/2"			
28391	EQUIPO MICROCOTERO	Un	100ml										
42486	GUANTE DESCARTABLE NITRIL SIN POLVO	Un	TALLA M				12836	VENGA ELASTICA	Un	4"X3yd			
32699	GUANTE DESCARTABLE	Un	TALLA L										
21843	GUANTE DESCARTABLE	Un	TALLA M										
PROCEDIMIENTOS / DIAGNOSTICO POR IMAGENES (LABORATORIO)													
CÓDIGO	NOMBRE	PREA	ENTR	SE	PREA	ENTR	SE	CÓDIGO	NOMBRE	PREA	ENTR	SE	PREA
99207	ATENCIÓN EN SALUD MENTAL							99210	ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL				
99244	CONSULTA DOMICILIO (V. DOMICILIARIA)							99402.08	CONSEJ. PREV. SALUD MENTAL (MÉDICO)				
99255	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA							99401.13	CONSEJERA HABILIDADES SOCIALES (MÉDICO)				
96111	PRUEBAS DE DESARROLLO							99404	CONSEJERA EN MEDICINA PREVENTIVA				
96118	PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS							99332	DESARROLLO HABILIDADES COGNITIVAS (MÉDICO)				
99208	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL							99801	ENTREVISTA PSICOPATOLÓGICA DE DIAGNÓSTICO				
949	SESION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO							70882	EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LA HISTORIA CLÍNICA				
96110	TAMIZAJE DE DESARROLLO							96114	EXAMEN DE ESTADO NEUROCONDUCTUAL				
90661	TERAPIA DE RELAJACIÓN							90883	PSICOTERAPIA DE GRUPO REALIZADO POR MÉDICO				
90780	INFUSIÓN INTRAVENOSA							97778	TERAPIA DE APRENDIZAJE (MÉDICO)				
90782	INYECCIÓN INTRAMUSCULAR												
95784	INYECCIÓN INTRAVENOSA												
SIN COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)													
CÓDIGO	NOMBRE	CANTIDAD	PREA	ENTR	SE	PREA	ENTR	SE	CÓDIGO	NOMBRE	PREA	ENTR	SE

FIRMA  
 ASURADO  
 APODERADO

\_\_\_\_\_  
 APODERADO  
 NOMBRE Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_  
 DNI o CE DEL APODERADO

\_\_\_\_\_  
 Firma Original del  
 Asig-TRH o Aprobado

Importante

*Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:*

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Paquete 1: S/. 258,700,00 (DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETESCIENTOS CON 00/100 SOLES).</b></li> <li>✓ <b>Paquete 2: S/. 172,300.00 (CIENTO SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CON 00/100 SOLES).</b></li> </ul> <p>Por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Paquete 1: S/. 32,300.00 (TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CON 00/100 SOLES).</b></li> <li>✓ <b>Paquete 2: S/. 21,500.00 (VEINTI UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES).</b></li> </ul> <p>Por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: <b>SERVICIOS DE IMPRESIONES EN GENERAL, BIENES IMPRESOS, REVISTAS, LIBROS, VENTA DE FOLLETOS, FORMATOS.</b></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>13</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en</p>

<sup>13</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:**

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

*(...)*

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

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 ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

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 servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

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

**Importante**

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

**Importante**

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*

**CAPÍTULO IV  
 FACTORES DE EVALUACIÓN**

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

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

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta                      P<sub>i</sub>= Puntaje de la oferta a evaluar                      O<sub>i</sub>=Precio i                      O<sub>m</sub>= Precio de la oferta más baja                      PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100 puntos<sup>14</sup></b>

**Importante**

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

<sup>14</sup> Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

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

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

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

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

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

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

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

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

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

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>15</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR SI SE TRATA DE PAGO ÚNICO, PAGOS PARCIALES O PAGOS PERIÓDICOS], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

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

<sup>15</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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

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

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

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

*De preverse en los Términos de Referencia la ejecución de actividades de instalación, implementación u otros que deban realizarse de manera previa al inicio del plazo de ejecución, se debe consignar lo siguiente:*

*“El plazo para la [CONSIGNAR LAS ACTIVIDADES PREVIAS PREVISTAS EN LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA] es de [.....], el mismo que se computa desde [INDICAR CONDICIÓN CON LA QUE DICHAS ACTIVIDADES SE INICIAN].”*

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

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

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

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>16</sup>**

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

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

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

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

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

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

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

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

<sup>16</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

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

#### Importante

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

#### Importante

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

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

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

#### Importante para la Entidad

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

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

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

*EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o*

*póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.*

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Donde:

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

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

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

tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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

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

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de

aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>17</sup>**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Importante**

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>18</sup>.*

<sup>17</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

<sup>18</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

## ANEXOS

## ANEXO N° 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

#### COMITÉ DE SELECCION

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

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

#### Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] 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 subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios<sup>20</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

<sup>19</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

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

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

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>21</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado 2					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>22</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>23</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes

<sup>21</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en 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 numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>22</sup> Ibídem.

<sup>23</sup> Ibídem.

actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios<sup>24</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>24</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

**ANEXO N° 2**

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

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

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

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

### ANEXO N° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

**COMITÉ DE SELECCION**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento 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° 5

### PROMESA DE CONSORCIO (Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]<sup>25</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]<sup>26</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>26</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>27</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

**Importante**

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

**ANEXO N° 6**  
**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
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
<b>TOTAL</b>			

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

## ANEXO N° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

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

**ANEXO N° 7**  
**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA**  
**APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
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>28</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 presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>28</sup> En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
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>29</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>30</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>31</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>32</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>33</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>34</sup>
1										
2										
3										

<sup>29</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.

<sup>30</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>31</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

<sup>32</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>33</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>34</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>29</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>30</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>31</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>32</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>33</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>34</sup>
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
<b>TOTAL</b>										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**ANEXO N° 9**  
**DECLARACIÓN JURADA**  
**(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

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

**ANEXO N° 10**

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL 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 ESTIMADO NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
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 ITEMS, 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.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica el domicilio consignado por el postor en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *Para que el postor pueda acceder a la bonificación, debe cumplir con las condiciones establecidas en el literal f) del artículo 50 del Reglamento.*

**Importante**

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

**ANEXO Nº 10**

**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 Nº DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR ESTIMADO NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 005-2024-RPSA-1**  
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.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica el domicilio consignado de los integrantes del consorcio, en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con las condiciones establecidas en el literal f) del artículo 50 del Reglamento.*

**ANEXO N° 11**

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

Señores  
**COMITÉ DE SELECCION**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1**  
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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