

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

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

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

INSTRUCCIÓN DE USO:

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

BASES INTEGRADAS

BASES ESTÁNDAR CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

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

CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

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

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. REFERENCIAS

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

1.2. ALCANCE

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

CAPÍTULO II DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1 ETAPAS DEL CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

Las etapas del presente procedimiento de selección son las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

2.3 CONSIDERACIONES PARA TODOS LOS PROVEEDORES.

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

2.4 CONSIDERACIONES ADICIONALES PARA LOS CONSORCIOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c) Tercer paso: sumatoria de experiencia de los consorciados. Para obtener la experiencia del consorcio se suma el monto de facturación aportado por cada integrante que cumple con lo señalado previamente.

2.4.8 Para calificar la experiencia del postor no se toma en cuenta la documentación presentada por el o los consorciados que asumen las obligaciones referidas a las siguientes actividades:

- i) Actividades de carácter administrativo o de gestión como facturación, financiamiento, aporte de garantías, entre otras.
- ii) Actividades relacionadas con asuntos de organización interna, tales como representación u otros aspectos que no se relacionan con la ejecución de las prestaciones, entre otras.

2.4.9 Los integrantes del consorcio son responsables de que su inscripción en el RNP se encuentre vigente, así como no estar inhabilitado o suspendido al registrarse como participantes, en la presentación de ofertas, en el otorgamiento de la buena pro y en el perfeccionamiento del contrato.

2.4.10 Los integrantes de un consorcio se encuentran obligados solidariamente a responder frente a la entidad contratante por los efectos patrimoniales que ésta sufra como consecuencia de la actuación de dichos integrantes, ya sea individual o conjunta, durante el procedimiento de selección y la ejecución contractual.

CAPÍTULO III

RECURSO DE APELACIÓN

3.1. ACCESO AL EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

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

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

3.2. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

3.3. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

CAPÍTULO IV DEL CONTRATO

4.1 REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

d) Documento que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.	<p>Corresponde a la vigencia de poder del representante legal que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato. Asimismo, corresponde que el representante legal presente copia de su DNI.</p> <p>En el caso de personas naturales, se solicita la copia del DNI del postor.</p> <p>En el caso de consorcios, estos documentos deben ser presentados por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriban la promesa de consorcio, según corresponda. Asimismo, corresponde se presente copia del DNI del representante común de consorcio</p>	<p>Literal d) del numeral 88.1 del artículo 88 del Reglamento.</p>
e) Institución Arbitral elegida por el postor, de corresponder.	<p>Este requisito es obligatorio para todos los contratos que superen las 10 UIT¹.</p> <p>Desde el 1 de enero de 2026, la institución arbitral elegida debe encontrarse inscrita en el Registro de Instituciones Arbitrales y Centros de Administración de Juntas de Prevención y Resolución de Disputas (REGAJU).</p>	<p>Artículos 77, 83 y 84, así como la Décima Disposición Complementaria Transitoria de la Ley.</p> <p>Literal e) del numeral 88.1. del artículo 88 del Reglamento.</p>

4.2 PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

4.3 CONSIDERACIONES PARA LOS CONSORCIOS

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

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

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

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

4.4 CONSIDERACIONES PARA LAS GARANTÍAS FINANCIERAS

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

4.5 CONSIDERACIONES PARA LOS DOCUMENTOS PÚBLICOS EXTENDIDOS EN EL EXTRANJERO

En el caso que los documentos requeridos para el perfeccionamiento del contrato incluyan documentos públicos extendidos en el exterior, a los que no sea aplicable el Convenio de la Apostilla, se debe tener en cuenta que de conformidad con lo previsto en el artículo 137 del Reglamento Consular del Perú, aprobado mediante Decreto Supremo N° 032-2023-RE², para que estos surtan efectos legales en el Perú deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos competentes, cuyas firmas deben ser autenticadas posteriormente por el área competente del órgano de línea consular, además de cumplir con los requisitos adicionales que contemple la legislación peruana para su validez en el Perú. Debe considerarse que el mencionado Convenio de la Apostilla contiene definición de documentos públicos.

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

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

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

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

4.6 DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. BASE LEGAL

- Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
- Decreto Supremo N° 009-2025-EF, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas.
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025
- Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2025

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

1.2. ENTIDAD CONTRATANTE

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

1.3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

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

FORMATOS PARA HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES
 HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ- UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
 PERIODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2028

ID	TIPO DE FORMATO	(Millares)	Tamaño	Dimensión	Color	Material	Impresión
1	FOLDER DE HISTORIA CLINICA CARTULINA FOLDCOTE	50	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
2	FICHA DE ATENCION AMBULATORIO POR EMERGENCIA	50	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
3	REGISTRO DE ENFERMERIA TOPICO DE PEDIATRIA	14	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
4	REGISTRO DE ENFERMERIA TOPICO DE GINECOLOGIA	14	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
5	REGISTRO DE ENFERMERIA TOPICO DE MEDICINA	14	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
6	REGISTRO DE ENFERMERIA TOPICO DE CIRUGIA	14	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
7	REGISTRO DE ENFERMERIA EN PACIENTE CRITICO	14	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
8	TARJETAS DE RESUMEN DE HOSPITALIZACION	20	NO	14cm de alto x 20.5cm de ancho	Blanco	Cartulina Foldcote	Una cara
9	GRAFICAS DE CONTROLES VITALES	20	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
10	ANAMNESIS	20	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
11	HOJA DE CONTINUACION Y EVOLUCION CLINICA	100	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
12	ORDENES MEDICAS	20	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
13	SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES	10	NO	14cm de alto x 20.5cm de ancho	Blanco	Hoja Bond	Una cara
14	HOJA GRAFICA DE SIGNOS VITALES	6	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
15	CONSENTIMIENTO DE INTERVENCION QUIRURGICO	6	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
16	HOJA DE MONITOREO Y BALANCE HIDRICO DE LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK	10	A3	NO	Blanco	Hoja Bond	Cuatro caras
17	FORMATO DE DOCENCIA PARA ATENCION DE SALUD	66	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
18	HISTORIA CLINICA DE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	4	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
19	LISTA DE ENFERMERIA DE LA CIRUGIA SEGURA	3	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
20	REGISTROS DE ENFERMERIA CIRUGIA	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 Oficina Regional de Estadística e Informática
 Huancayo, 20 de Julio del 2025
 Dr. Edwin J. Andrade Salazar
 Jefe Unidad de Estadística e Informática
 COESPE 0192

21	HOJA DE EPICRISIS	20	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
22	HISTORIA CLINICA PEDIATRIA	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
23	EXAMENES COMPLEMENTARIAS	92	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
24	HOJA INTERCONSULTA	53	A4	NO	Rosado	Hoja Bond	Una cara
25	AVISO FALLECIMIENTO	2	NO	1/4 de hoja bond	Blanco	Hoja Bond	Una cara
26	HOJA DE RETIRO VOLUNTARIO	4	NO	14cm de alto x 20.5cm de ancho	Blanco	Hoja Bond	Una cara
27	HISTORIA CLINICA NEONATAL	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
28	HOJA ATENCION INMEDIATA DEL RN	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
29	REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ALOJAMIENTO RN	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
30	FICHA DE EVALUACION Y CONSEJERIA EN LA LACTANCIA RN	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
31	NOTAS DE ENFERMERIA	100	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
32	ANAMNESIS MATERNO	40	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
33	HOJA IDENTIFICACION	70	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
34	TARJETAS DE ASISTENCIA	80	NO	10cm x 16cm (A5)	Empastado cartula folcote Blanco	Hoja Bond	Una cara
35	KARDEX DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA HOSPITALIZACION	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
36	KARDEX DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITALIZACION	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
37	KARDEX DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA HOSPITALIZACION	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
38	INFORME DE ALTA DE PACIENTES DE HOSPITALIZACION	25	A4	NO	Celeste con Blanco	Papel autocopiable	Una cara
39	HOJAS HIS	50	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Doble cara
40	KARDEX DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA HOSPITALIZACION	7	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
41	KARDEX DE ENFERMERIA	20	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
42	CONSENTIMIENTO INFORMADO	10	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
43	DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO	5	A4	NO	Blanco	Hoja Bond	Una cara
44	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN	10	A4	NO	Blanco	Papel Bond	Doble cara

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 Dirección Regional de Salud - Ancash
 Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz
 Dr. Edwin A. Asate Salazar
 Jefe Unidad de Informática e Informática
 COEPE 0192

1.4. CUANTÍA DE LA CONTRATACIÓN³

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

1.5. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

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

1.6. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

1-00: Recursos Ordinarios

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

CAPÍTULO II

DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CRONOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contiene, un índice de documentos⁴ y la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)

b) Pacto de integridad (**Anexo N° 2**)

c) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

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

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

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

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, Decreto Legislativo que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa, las entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la entidad contratante es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁵ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponde exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.

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

⁴ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

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

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

Advertencia

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

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

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

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

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

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

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

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

Advertencia

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

Importante para la entidad contratante

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

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

N° de : [.....]
Cuenta

Banco : [.....]

N° CCI⁶ : [.....]

”

2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

Advertencia

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

⁶ En caso de transferencia interbancaria.

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

Advertencia

- *El requisito indicado en el literal l) únicamente se solicita si el postor adjudicado hubiera presentado la Declaración Jurada de Desafectación del Impedimento en el procedimiento de selección.*
- *De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la entidad contratante es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁷ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponde exigir los documentos previstos en los literales e) y f) del presente numeral.*
- *En caso el postor declare la inaplicabilidad del impedimento Tipo 4.D del inciso 4 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley, referido a las personas inscritas en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Poder Judicial (REDAM) presenta la Declaración Jurada respectiva (Anexo N° 16)*

2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

2.5. FORMA DE PAGO

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

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

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

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

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

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

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

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

Advertencia

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

CAPÍTULO III

REQUERIMIENTO

Advertencia

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

3.1. FINALIDAD PÚBLICA DE LA CONTRATACIÓN

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

3.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

IMPRESIÓN EN GENERAL FORMATOS, TARJETAS Y FOLDER DE HISTORIAS CLINICAS


"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

INFORME N° 048 – 2025 – DIRES – A – "HVRG" - HZ/UEL

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

ASUNTO : Solicito impresión de formatos y Tarjetas de Asistencia

FECHA : Huaraz, 14 de marzo del 2025.

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

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

Atentamente,


Dr. Edwin Amate Salazar
Jefe Unidad de Coordinación e Informática
C.O.S.I.E. 9192





G:\Archivo
EAS/jcs
Hz.14/03/2025

3.3. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

a. MODALIDAD DE PAGO

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

b. SISTEMA DE ENTREGA

"NO APLICA"

c. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

d. LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

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

e. PENALIDADES

PENALIDAD POR MORA:

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

f. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:

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

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

3.4. TÉRMINOS DE REFERENCIA

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

1. AREA USUARIA

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

2. FINALIDAD PUBLICA

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

3. OBJETIVOS:

a. Objetivo General:

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

b. Objetivos Específicos:

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

4. ACTIVIDAD DEL POI

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

5. DESCRIPCIÓN DE / LOS BIENES



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAYO
Dirección Regional de Salud
Hospital "Víctor Ramos Guardia" - Huaraz
Dr. Edwin J. Asate Salazar
Jefe Unidad de Estadística e Informática
COESPE 0192

5.1 Garantía Comercial de / los Bienes

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

PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

6.2 Mantenimiento Preventivo: No Aplica

6.3 Soporte Técnico: No aplica

6.4 Capacitación y/o Entrenamiento: No aplica

7. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

a. Del Proveedor

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

b. Del Personal

- Personal con experiencia en impresión y diseño gráfico.

8. PLAZO DE ENTREGA

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

a. Entregables

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

9. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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

10. LUGAR DE ENTREGA

Almacén del Hospital "Víctor Ramos Guardia".

11. FORMA DE PAGO

Único pago a la conformidad de la entrega.

12. ADELANTOS: No aplica

13. PENALIDADES APLICABLES

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

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

14. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

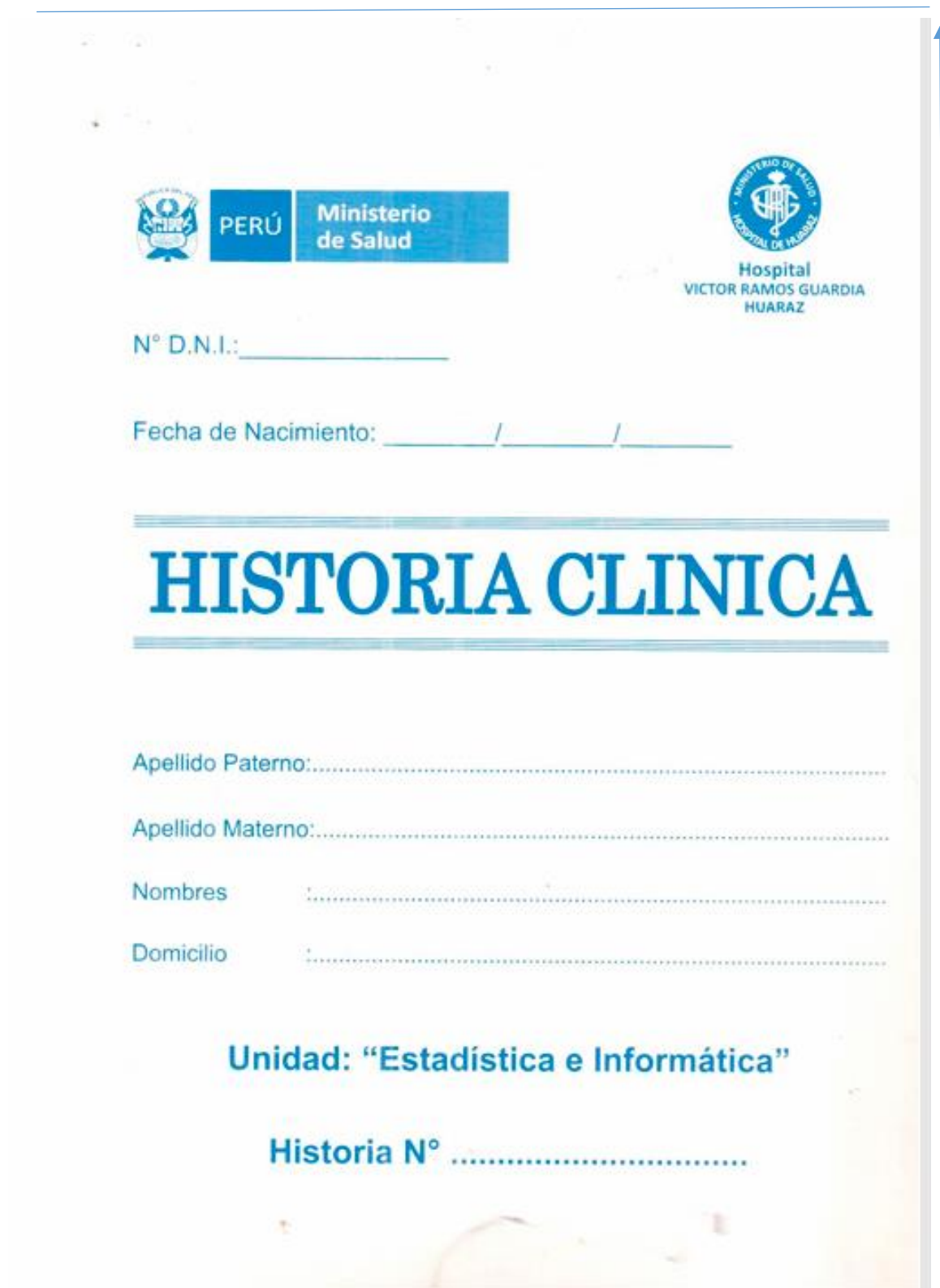
La responsabilidad por vicios ocultos se aplicará de conformidad con lo establecido en el artículo 173° del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

15. ANEXOS

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



23.5cm



Logo of the Ministry of Health (Ministerio de Salud) and the Hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz.

N° D.N.I.: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

HISTORIA CLINICA

Apellido Paterno:.....

Apellido Materno:.....

Nombres :

Domicilio :


Unidad: "Estadística e Informática"

Historia N°



31 cm

1. Folder de Historia Clínica en cartulina foldcote
La 1ra cara la portada de 31cm x 23.5cm
La 2da tapa de 31cm x 26cm

02



HOSPITAL
"Victor Ramos Guardia"
Huaraz



PERÚ
Ministerio
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH
Hospital "Victor Ramos Guardia" - Huaraz

FORMATO DE ATENCIÓN AMBULATORIO POR EMERGENCIA

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

FUNCIONES VITALES:
PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
SAT. O₂: _____ Peso: _____ Talla: _____

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

III.- ANTECEDENTES ALERGIAS / OTROS

IV.- EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL

V.- DIAGNÓSTICO DE INGRESO: (CIE-10)

VI.- EXÁMENES AUXILIARES

Activar
Ve a Con

2. Contenido en doble cara – A4

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

(A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- 1) Hipotermia R/C proceso infeccioso E/P
- 2) Dolor agudo R/C
- 3) Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C acumulo de secreciones E/P
- 4) Riesgo de aspiración R/C acumulo de secreciones E/P
- 5) Ictericia R/C edad mayor de 7 días, patrón de alimentación deficiente E/P
- 6) Riesgo de infección P/R sistema inmunológico immature
- 7) Perforación trócar ineficaz R/C anestesia E/P
- 8) Disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C dolor coronario E/P
- 9) Perforación gastrointestinal ineficaz R/C tratamiento gástrico, hepático E/P
- 10) Paros respiratorios ineficaz R/C distorsión de la ventilación E/P
- 11) Desequilibrio líquido y electrolítico R/C pérdida activa de volumen de líquidos E/P
- 12) Déficit de volumen de líquidos R/C diarrea, vómitos E/P
- 13) Exceso de volumen de líquidos R/C deterioro de función renal E/P
- 14) Estreñimiento R/C cambios en los hábitos alimentarios E/P
- 15) Lactancia materna ineficaz R/C Reflejo débil de succión E/P
- 16)

(P) PLANIFICACIÓN

--	--	--

(D) INTERVENCIÓN

--	--	--

(E) EVALUACIÓN

--	--	--

INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS
BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO	
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	

3. Contenido en doble cara – A4

04

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA

REGISTRO DE ENFERMERIA
TÓPICO DE GINECOLOGIA

SERVICIO DE EMERGENCIA

PRIORITARI

I.- DATOS GENERALES:
APELLIDOS Y NOMBRES: _____
DNI: _____ **SEXO:** _____ **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
FECHA DE INGRESO: _____ **HORA DE INGRESO:** _____ **HCL:** _____ **N° REG:** _____
DIAGNOSTICO MÉDICO: _____
MODO DE INGRESO: Consultado () Solicitud de ingreso () Camilla () Un turno ()
ACOMPAÑADO POR: Familiar () Amigo () Camilla () PNP () SAMU ()
Procedencia: _____

2.- SIGNOS VITALES:

FECHA	HORA	PA	FC	FR	Sat O2	PRG	T°	DGT	PESO

3.- SOAPIE

TURNOS	(N) DATOS SUBJETIVOS

(O) DATOS OBJETIVOS

ALIMENTACIÓN		HIDRATACIÓN		SISTEMA GENITO URINARIO		SISTEMA GASTROINTESTINAL		SISTEMA RESPIRATORIO		REPOSO - SUEÑO		ACTIVIDAD RESPIRATORIA	
D 2 N U T R I C I O N	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Apetito	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	No tolera la dieta	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	ING	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Abdomen	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Abdomen	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Movimiento fetal	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Movimiento fetal	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Movimiento fetal	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Movimiento fetal	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
D 3 E L I M I N A C I O N	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
D 4	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal
	Alimentación	Normal	Normal	Mucosa vaginal	Normal	Alimentación	Normal	Respiración	Normal	Sueño	Normal	Respiración	Normal

4.- PRINCIPALES VITALES

PRINCIPALES VITALES

5.- COMFORT

COMFORT

(A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- 1) Hipertensión R.C. proceso infeccioso E.P.
- 2) Dolor de pecho R.C. dilatación cervical E.P.
- 3) Dolor agudo R.C.
- 4) Déficit de volumen de líquido R.C. pérdida activa de volumen de líquidos E.P.
- 5) Déficit de volumen de líquido R.C. sangrado vaginal E.P.
- 6) Riesgo de la alteración de la diana materna - fetal F.R. complicaciones del embarazo E.P.
- 7) Exceso de volumen de líquidos R.C. deterioro de función renal E.P.
- 8) Lactancia materna ineficaz R.C. reflejo débil de succión del niño E.P.
- 9) Lactancia materna ineficaz R.C. anomalías en mama E.P.
- 10) Maternidad ineficaz R.C. conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad E.P.
- 11) Shock séptico R.C. alteración de mecanismos compensatorios E.P.
- 12) Perforación testicular penitencia ineficaz R.C. anestesia E.P.
- 13) Nivel de glucemia inestable R.C. trastorno metabólico, alteración de los mecanismos reguladores comprometidos E.P.
- 14) Infección R.C. Ruptura Prematura de Membranas E.P.
- 15) Ansiedad R.C. cambios en el estado de salud E.P.
- 16) Riesgo de infección F.R. aborto séptico
- 17) Riesgo de sangrado F.R. aborto
- 18)

(P) PLANIFICACION

--	--	--

(I) INTERVENCION

--	--	--

(E) EVALUACION

INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS
BALANCE HIDRICO	BALANCE HIDRICO	BALANCE HIDRICO			
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO			

4. Contenido en doble cara – A4

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO

A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

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

(P) PLANIFICACIÓN

--	--	--

(B) INTERVENCIÓN

--	--	--

(E) EVALUACIÓN

INGRESOS	ENGRESOS	INGRESOS	ENGRESOS	INGRESOS	ENGRESOS
BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO	
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	

Activar
Ve a Conf

(A) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

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

(P) PLANIFICACIÓN

--	--	--

(I) INTERVENCIÓN

--	--	--

(E) EVALUACION

--	--	--


INGRESOS	ENGRESOS	INGRESOS	ENGRESOS	INGRESOS	ENGRESOS
BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO		BALANCE HÍDRICO	
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	

[illegible]

BALANCE HÍDRICO											
INGRESO/HORA											TOTAL
CIN											
Dextrosa											
SPE											
HAEMACEL											
HEMODERIVADOS											
TTO VO/SMG											
TTO EV											
INSULINA											
DEXTROSA											
BICARBONATO											
RETO DE POTASIO											
AGUA OXIGENADA											
TOTAL INGRESO											
DIURESIS											
DEPOSICION											
VOMITO											
RESIDUO GASTRICO											
SECRECIONES											
PERDIDAS INSENSIBLES											
TOTAL EGRESO											
BH TOTAL											

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

7. Contenido en doble cara – A4



HOSPITAL
"Víctor Ramos Guardia"
HUARAZ

8

Tarjeta Resumen de Hospitalización H.C. Año 2024

1.-	2.- Sexo M () F () Edad	
3.-	Paterno	Materno
4.-	Estado Civil	5.- Ocupación
7.-	Domicilio actual Calle	Distrito
8.-	Ingreso Fecha	Admisión N°
9.-	Médico que ordenó hospitalización	Servicio o Sala
11.-	Transferencia Fecha	Al Servicio o Sala
12.-	Traslado fecha	Hospital
13.-	Alta fecha	Hora
14.-	Estado de alta	16.- Tipo de alta
15.-	Estancias	Servicio
16.-	Diagnóstico fin	19.-
17.-	Intervención	Código
18.-	N° de Controles Pre natales	19.- Caso de parto
20.-	Tipo de parto	21.-
22.-	Sexo M () F ()	23.- Peso Kg.
24.-	Talla	25.-
26.-	Diagnóstico: A) a)	27.-
28.-	Defunción fetal	Sexo M () F ()
29.-	Observaciones	a) Causa fetal
		b) Causa materna
		Kg. Edad aproximada

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



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

10

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

ORDEN


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

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

ANAMNESIS

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

10. Contenido en doble cara – A4.



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

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

HOJA DE CONTINUACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

11. Contenido en doble cara – A4.



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

12

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

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

ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ORDENES MEDICAS

REGULACIONES DEL HOSPITAL:


1) Las ordenes son descontinuadas automaticamente despues de 48 horas

2) Cada orden debe ir acompañada de la firma del médico

FECHA	HORA	ORDENES

Acti

Ve a



HOSPITAL DE APOYO
"VICTOR RAMOS GUARDIA"
Huaraz

8/0

13

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIÓN

PROGRAMADA ()
URGENCIA ()
EMERGENCIA ()

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

PACIENTE: _____

AP PATERNO _____

AP MATERNO _____

NOMBRES _____

EDAD: _____

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO _____

CASO: _____

LIMPIO: ()

SUCIO: ()

INT QUIRURGICA PROGRAMADA _____

FECHA: _____

HORA: _____

DURACIÓN: _____

ANESTESIA SUGERIDA: _____

CIRUJANOS PROGRAMADOS: _____

1º CIRUJANO _____

2º CIRUJANO _____

3º CIRUJANO _____

AYUDANTE: _____

MONITOREO CARDIACO: ()

PRECISAR: _____

SE REQUIERE ADEMÁS ()
ELECTROBISTURÍ ()
EX RADIOLOGICO INTRAOPERATORIO ()

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


FIRMA

VºBº JEFE DE DPTO O SERVICIO

Dr.....


Logo de Exámenes e Informes

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



HOSPITAL REGIONAL
"Victor Ramos Guardia"
HUARAZ

HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES

DPTO. DE
ENFERMERÍA


FECHAS																																	
Días Hospitalización																																	
Días Post-operados																																	
P.A.	Resp.	Pulso	Temp.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
200	70	160	40°C																														
150	60	140	39°C																														
100	50	120	38°C																														
50	40	100	37°C																														
0	30	80	36°C																														
20	60	35°C																															



HOSPITAL DE APOYO
"Victor Ramos Guardia"
Huaraz

MINISTERIO DE SALUD

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

"CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

Art. 19 Ley 17132 - Art. 13 Ley 24193

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

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

Firma del Familiar (Esposo (a)): _____

Aclaración de Firma: _____

DNI./LE./C.I.N.: _____

Firma del Paciente: _____

DNI./LE./C.I.N.: _____

Si el paciente es menor, completar :

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

Firma: _____

Aclaración de firma: _____

Parentesco: _____

CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

INSTRUCTIVO PARA SU UTILIZACIÓN

Unid. de Estadística e Informática



16
HOJA DE MONITOREO Y BALANCE HIDRICO DE LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK

NOMBRE DEL PACIENTE:															EDAD:					CAMA:					REFERIDO DE:															
INGRESO: Fecha:															Hora:					Dx MEDICO AL INGRESO:																				
DIAGNOSTICO MEDICO:																																								
N° SIS:										N° DE REGISTRO:										N° DE HISTORIA:										FECHA:					PERMANENCIA:					
F. VITALES	HORA	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7														
	PA																																							
	PAM																																							
	FC																																							
	FR																																							
	SR																																							
	Sat. O2																																							
VOL. TIDAL																																								
Presión Máxima																																								
INGENIERIA	CPAP/VP/MI																																							
	TE/TTQ																																							
	VM																																							
	MODO																																							
	PiO ₂																																							
	VC																																							
	FR																																							
	T ₁ /T ₂																																							
	PEEP																																							
	SENS.																																							
CLASIFICACION O NIVEL DE SEDACION Y PUPILAS	AP. OC.																																							
	R. VERB.																																							
	R. MOT.																																							
	TOTAL																																							
	OD																																							
	OD																																							
ALTA	PO																																							
	PO2																																							
	PO2																																							
	PAH																																							
	Na																																							
	K																																							
	MODENA																																							
LACTATO																																								
HGT																																								
INSULINA																																								
DEXTRAUSA 33%																																								
BALANCE HIDRICO															PESO:															TALLA:										
INGRESOS	HORA	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	12H	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	12H	24H												
	ENTERAL																																							
	MD																																							
	DIETAS/CLNA																																							
	NAO																																							
	MICAZOLAM																																							
	FENTANYL																																							
	MED. IV																																							
	RETOS																																							
	MED. VO																																							
	TRANSF.																																							
	WATER METABOLISM																																							
	TOTAL																																							
EGRESOS	DIURESIS																																							
	HECES																																							
	SNG																																							
	DRENAJE																																							
	ASP. TET																																							
	ASP. OROFAR.																																							
	TOTAL																																							
S.H.E.																																								
F.R.																																								
BALANCE HIDRICO ACUMULADO																																								



S DATOS SUBJETIVOS:

DIURNA	NOCTURNA

9. DATOS OBJETIVOS:

O DATOS OBJETIVOS:

	D	N		D	N		D	N		D	N
GRADO DE DEPENDENCIA:			ORENAJE TORÁXICO:			OXIGENOTERAPIA: -			Heridas		
I-II-III-IV			Derecho			Máscara Reservorio			Localización:		
DOMINIO 1:			Izquierdo			Máscara venturi			Escala de Braden (Puntaje)		
PROMOCIÓN DE LA SALUD:			Características:			CBN			Lesión Por Presión (LPP)		
Reacción a algún medicamento:			DOMINIO 04: ACTIVIDAD /REPOSO			TET			Cutánea		
DOMINIO 2: NUTRICIÓN			Cuadríplegia			Ventilación mecánica			Tridular		
NPO			Paraplegia			Modo:			Localización:		
Enteral			Hemiplegia: Derecha (D)			PIO2:			Vía periférica:		
Parenteral			Izquierda (I)			DOMINIO 05: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN			Acceso:		
SNG			Hemianestesia: Derecha (D)			Despierto			Flebits		
SOG			Izquierda (I)			Somnoliento			Catéter Venoso Central		
Residuo gástrico			Edemas			GLASSGOW			Acceso:		
Características:			Localización:			RASS			QUEMADURAS		
ABDOMEN:			ACTIVIDAD CIRCULATORIA			PURILAS: OO/OI			Grado		
Distendido			PULSO:			Fosforescencia OO/OI:			Localización:		
Glebuloso			Palpable			DOMINIO 09:					
Colorado			Debil			AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS					
Blando/Depresible			Filiforme			Ansiedad					
RUIDOS HIDROAEREO:			RITMO CARDIACO:			Indiferencia					
Presentes			sinusal			Negatividad					
Ausentes			Bradicardia			Agresividad					
Disminuidos			Taquicardia			DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION					
Aumentados			Arritmia			PIEL					
DOMINIO 03: ELIMINACIÓN			Otro:			palidez					
MICCIÓN:			Presión Arterial P/A			Cianosis					
Espontanea			Normotensio			ictericia					
Sonda Vesical			Hipertensión			flubcundo					
Poliuria			Hipotensión			disforesis					
Oliguria			ACTIVIDAD RESPIRATORIA			TEMPERATURA					
Anuria			RESPIRACIÓN:			Hipertemia					
Características:			Espontanea			Hipotemia					
DEPOSICIÓN:			Eugnea			MUCOSAS ORALES					
Diarrea			taquípnea			Humedas					
Eutrafimienno			Bradipnea			Semiseccas					
Ileostomia			Dionea			Secas					
Colostomia			ventilación Mecánica			Escala Downton (puntaje)					
Oren Laminar			RUIDOS AGREGADOS:			Sujección mecánica					
Oren Ker			Crepitantes			Equimosis					
GENITALES:			Subcrepitos			Localización:					
Secreciones			Rocantes			equimosis					
Ginecorragia			Sibilantes			Localización:					
Loquios			Secreción Bronquial			Tipo:					
Utero contraído			Características								

[illegible]

CODIGO	A DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	D	N
00002	Nutrición desequilibrada: menos que los requerimientos corporales R/C		
00379	Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable F/R		
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R		
00027	Volumen de líquido deficiente R/C		
00026	Exceso de volumen de líquido R/C		
00016	Eliminación urinaria alterada R/C		
00023	Retención urinaria R/C		
00011	Estreñimiento R/C		
00013	Diarrea R/C		
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C		
00030	Intercambio de gases deteriorado R/C		
00095	Insomnio R/C		
00198	Patrón de sueño perturbado R/C		
00085	Movilidad física deteriorada R/C		
00093	Fatiga R/C		
00032	Patrón de respiración ineficaz R/C		
00023	Ventilación espontánea deteriorada R/C		
00200	Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco F/R		
00201	Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral F/R		
00034	Respuesta de destete ventilatorio disfuncional R/C		
00108	Déficit de autocuidado al bañarse R/C		
00128	Confusión aguda R/C		
00146	Ansiedad R/C		
00009	Disreflexia autonómica R/C		
00004	Riesgo de infección F/R		
00051	Despejo ineficaz de las vías respiratorias		
00039	Riesgo de aspiración F/R		
00206	Riesgo de hemorragia F/R		
00303	Riesgo de caídas en adultos F/R		
00035	Riesgo de lesiones F/R		
00312	Lesión por presión en adultos R/C		
00205	Riesgo de shock F/R		
00046	Integridad de la piel deteriorada R/C		
00100	Recuperación quirúrgica retrasada R/C		
00044	Integridad del tejido deteriorada R/C		
00007	Hipertermia R/C		
00006	Hipotermia R/C		
00134	Náusea R/C		
00132	Dolor agudo R/C		
00029	Disminución del gasto cardíaco F/R		

P PLANIFICACIÓN (OBJETIVOS)

[illegible]

I INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
N°	INTERVENCIONES	D	N	N°	INTERVENCIONES	D	N
1	Monitoreo hemodinámico			28	Reanimación Cardio Pulmonar		
2	control de funciones vitales cada hora			29	Ventilación mecánica.		
3	Monitoreo neurológico			30	Aspiración de Secreción por TET/TOT		
4	Monitoreo ventilatorio			31	Aspiración por cavidad oral		
5	Baño de esponja: cuidados del cabello, cuidados del ojo, mantenimiento de la salud bucal, cuidados perineales			32	Participación con el médico en INTUBACION ENDOTRAQUEAL y estabilización de vías aéreas		
6	Cuidados del paciente encamado/ masajes simple, cambios posturales			33	Participación con el medico en colocación de Cateter Venoso Central (CVC)		
7	Cuidado de sonda nasogástrica			34	Cateterismo venoso periférico		
8	Cuidado de sonda vesical			35	Tratamiento de la fiebre		
9	Cuidado de tubo endotraqueal			36	Manejo de la hipovolemia		
10	Cuidado de cateter venoso central			37	Punción Arterial (AGA)		
11	Cuidados de las úlceras por presión			38	Sujeción física		
12	Oxigenoterapia			39	Toma de Electrocardiograma (EKG)		
13	Inserción de Sonda Nasogástrica U Orogástrica			40	Cuidado de Colostomía e ileostomía		
14	Alimentación enteral por sonda Nasogástrica			41	Fisioterapia Respiratoria		
15	Sondaje vesical			42	Nebulizaciones/Inhalaciones.		
16	Manejo de la eliminación urinaria			43	Lavado Gástrico		
17	Manejo ácido - base/			44	tratamiento por via oral/SNG		
18	Manejo de electrolitos			45	Elaboración de Kardex		
19	Manejo de líquidos			46	Traslado de paciente para exámenes complementarios.		
20	Manejo de hipoglucemia/hiperglucemia			47	Preparación de bombas de infusión		
21	Glucometría			48	Cambio de equipos biomédicos		
22	Administración de sedoanalgesia continua			49	traslado de paciente a		
23	Manejo de vasopresores/vasodilatadores.			50	Cuidado de Hemoback, Jacson Prad, Beaker		
24	Administración de analgésicos			51	Extubación endotraqueal		
25	Administración de medicamentos			52	Retiro de cateter venoso central		
26	Administración de productos sanguíneos			53			
27	Manejo de edema cerebral			54			
DIURNA				NOCTURNA			
TERAPEUTICA							
EVENTOS ADICIONALES							
E EVALUACION							
Lic. de Enfermería							

17



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

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

Establecimiento de Salud: _____

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

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

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

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

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

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....de.....del 20..... Hora:.....

Yo,..... con DNIN°.....

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

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

.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal

DNI N°:

.....

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento

DNI N°:

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal

DNI N°:

.....

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria

DNI N°:

Nota: Cualquier profesional de la salud

Activar
Ve a Conf

18

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

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

I. ANAMNESIS

1) Datos de filiación:

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

2) Enfermedad Actual:

Síntomas o signos principales: _____
Tiempo de Enfermedad: _____ Inicio: _____ Curso: _____

Funciones Biológicas:

APETITO: _____ SED: _____ SUEÑO: _____
ORINA: _____ DEPOSICIONES: _____

3) Antecedentes:

a) Antecedentes Personales:

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

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

b) Antecedentes Familiares: _____

APELLIDOS Y NOMBRES		2ª HISTORIA CLINICA
DEPARTAMENTO CIRUGIA	SERIE	Nº CAMA

HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA – HUARAZ NIVEL II-2

II. EXAMEN FISICO/CLINICO

Signos vitales: PA: _____ EC: _____ FR: _____ T°: _____ SatO2: _____

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Examen general: _____

Examen regional

1) Piel y anexos: _____

2) TCSC: _____

3) CABEZA Y CUELLO: _____

4) TÓRAX Y PULMONES: _____

5) APARATO CARDIOVASCULAR: _____

6) ABDOMEN: _____

• REGIÓN INGUINAL: _____

7) ANO Y RECTO: _____

8) GENITOURINARIO: PPL Izq ☐ PPL Der ☐ ☐ _____

• PRÓSTATA: _____

• EXAMEN BIMANUAL: _____

9) OSTEOMUSCULAR: Pulsos: MMSS D* ☐ MMSS I* ☐ MMII D* ☐ MMII I* ☐ _____

10) NEUROLÓGICO: ECG _____ puntos (AO _____ RV _____ RM _____)

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (*)

_____ CIE-10: _____

_____ CIE-10: _____

_____ CIE-10: _____

_____ CIE-10: _____

IV. PLAN DE TRABAJO

MEDICO RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO _____

MÉDICO RESIDENTE RESPONSABLE: _____ INTERNO DE MEDICINA: _____

MEDICO ASISTENTE RESPONSABLE: _____

* DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y CUADRO GRADES.

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

19

SERVICIO DE CIRUGIA
CHECK LIST DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA EN EL PERIODO



Nombres y Apellidos:

Dx medico

Edad:

Sexo:

N° de cama

Servicio:

fecha:

N°DN

Intervencion Quirurgica Programada:

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

Activar V
Ve a Confir

20. Contenido en doble caras – A4

21

PERÚ Ministerio de Salud		Duración del Internamiento: Más de 24 Hrs. <input type="checkbox"/> Menos de 24 Hrs. <input type="checkbox"/>													
Dirección de Estadística e Informática Código del Establecimiento: <input style="width: 100px;" type="text"/> Historia Clínica: <input style="width: 100px;" type="text"/>															
1.- FECHA Y HORA DE INGRESO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">DÍA</td> <td style="width: 25%;">HORA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>		AÑO	MES	DÍA	HORA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	4. SERVICIO / ESPECIALIDAD <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>					
AÑO	MES	DÍA	HORA												
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>												
2. VIA DE ADMISION: <input style="width: 100px;" type="text"/>		5. REFERIDO DE <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
3. N° DE CAMA: <input style="width: 100px;" type="text"/>		6.-DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.</td> <td style="width: 85%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>		1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>														
2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>														
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>														
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>														

Añote únicamente los datos más importantes

Anamnesis:

Examen clínico (Añotar solo los datos positivos):

Exámenes Auxiliares (Añotar solo los datos positivos):

Evolución:

Nombre Genérico	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia	Días de To.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

7.- TRANSFERIDO AL SERVICIO / ESPECIALIDAD 1	8. FECHA	9.- TRANSFERIDO AL SERVICIO / ESPECIALIDAD 2	10. FECHA												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>AÑO</td> <td>MES</td> <td>DÍA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>AÑO</td> <td>MES</td> <td>DÍA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
AÑO	MES	DÍA													
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
AÑO	MES	DÍA													
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
Apellido Paterno		Apellido Materno													
		Nombres													
		Edad													
		Sexo													
Servicio / Especialidad		N° de Cama													

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS

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

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

Nombre	CPT99
1	
2	
3	
4	
5	

Complicaciones _____

Datos del Egreso del Servicio

12.- FECHA Y HORA DE EGRESO

Año	Mes	Día	HORA

13.- ESTADIA TOTAL

DÍAS

14.- TIPO DE ALTA

Alta por indicación médica ☐

Alta voluntaria o contra indicación médica ☐

Fuga ☐

Referencia ☐

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

Curado ☐ Mejorado ☐ Inalterado ☐ Fallecido ☐

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

Bueno ☐ Reservado ☐ Malo ☐

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

18.- Diagnóstico Principal

19.- Diagnósticos Secundarios

CIE 10

Información sobre mortalidad

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

21.- Indicar las causas de muerte:

Causas	CIE 10
Causas Final:	
Causas Intermedia:	
Causas Básicas:	

Firma del médico

N° de Colegiatura

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS



PERÚ Ministerio de Salud



H.C.:

HISTORIA CLÍNICA - PEDIATRÍA

1. ANAMNESIS.

A. FILIACIÓN:

Apellidos y Nombres: _____

Pertenencia étnica: _____ DNI del Px: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Religión: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre de la Madre: _____

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

Grado de Instrucción: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____

Grado de Instrucción: _____

Informante: _____

Parentesco con el paciente: _____

Fecha de ingreso a pediatría: _____

Fecha y Hora de atención: _____

B. ENFERMEDAD ACTUAL, TIEMPO DE ENFERMEDAD :

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

- Tratamiento recibido antes de hospitalización.

Activar
Ve a Conf



PERÚ

Ministerio
de Salud



C. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: _____ Sueño: _____ Sudoración: _____

Sed: _____ Orina: _____ Peso: _____

Heces: _____ Animo: _____

D. ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

• PRENATALES

N° de gestación: _____ CPN: _____ N° de veces: _____

Institución: _____

Eventualidades en el Embarazo:

1 Trimestre: _____

2 Trimestre: _____

3 Trimestre: _____

NATALES:

Edad gestacional: _____ Corte tardío de cordón: SI () NO ()

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

Reanimación neonatal: ()

Parto: eutócico: ()

Distócico: ()

Especificar distocia: _____

Atención: domiciliaria: ()

Institucional: ()

Especificar: _____

Peso al nacer: _____ gr. Llanto inmediato al nacer: _____

Talla: _____ PC: _____ Alojamiento Conjunto: _____

APGAR: 1° = _____ 5° = _____

POST NATALES:

Alimentación: IME () Mixta () Fórmula ()

Inicio de alimentación Complementaria ()

Tamizaje neonatal: SI () NO ()



Hospitalizaciones: _____

Intervenciones quirúrgicas: _____

Transfusiones Sanguíneas: _____

Alergia a medicamentos: _____

FAMILIARES:

Padre: _____

Madre: _____

Hermano: _____

Patologías Familiares: _____

SOCIO ECONÓMICO:

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

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

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

electrodomésticos: (SI) (NO) _____

animales domésticos: (SI) (NO) específicas: _____

insectos: _____ Roedores: _____

alimentación familiar: _____

EPIDEMIOLÓGICAS:

Niega contacto de riesgo ()

1. Examen físico

Fecha: / /

T° _____ FR _____ FC _____ P.A. _____ Sat O2 _____

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

2. EXAMEN GENERAL

Ectoscopia:

Piel y faneras:



PERÚ Ministerio de Salud



TCSC:

Sistema Linfático:

Sistema Osteomioarticular:

Extremidades:

E. EXAMEN REGIONAL

Cabeza

Cráneo:

Ojo:

Nariz:

Oídos:

Boca:

Máxilo - Facial:

Cuello:

Orofaringe:

Tórax:

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Neurológico:

Activar
Ve a Conf



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
 DIAGNOSTICO (5) PATOLÓGICOS:

.....

CIE 10:
 CIE 10:
 CIE 10:
 CIE 10:

DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO:

.....

CIE 10:
 CIE 10:
 CIE 10:

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

.....

CIE 10:
 CIE 10:
 CIE 10:

TRATAMIENTO:

.....

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

.....

FIRMA Y NOMBRE DEL INTERNO

FIRMA Y SELLO MÉDICO RESIDENTE

FIRMA Y NOMBRE DE ASISTENTE

FIRMA Y SELLO JEFE DE SERVICIO

DPTO. DE PEDIATRIA

6



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

23

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

Activar
Ve a Confi

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

23. Una cara – A4

CON

25

AVISO DE FALLECIMIENTO

Nombre del paciente _____

Servicio _____ No. cama _____

Edad _____ Sexo _____

Día Y hora de fallecimiento _____

Medico que constata el fallecimiento _____

Firma de enfermera de turno _____

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

26

VOLUNTARIO

Yo _____ de _____ años de edad, domiciliado en _____
Distrito de _____
Provincia de _____ Familia _____
Cama N° _____
de Don(ña) en este nosocomio en el servicio de _____
Decido voluntariamente retirar a su paciente de este centro Hospitalario a pesar de las indicaciones
médicas para que siga permaneciendo hospitalizado con los que se logra la curación del paciente.
Por lo tanto dejo sin responsabilidad a los médicos, como al hospital por los riesgos u complicaciones
que pudieran sucederle a mi paciente como consecuencia de mi decisión.

Huarez _____ de _____ del _____

FIRMA DEL TITULAR

L.E. N° _____

Huella Digital (Índice Derecho)

FIRMA DEL PACIENTE

L.E. N° _____

Huella Digital (Índice Derecho)

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

27

HISTORIA CLÍNICA NEONATAL

PROCEDENCIA: _____

DOMICILIO: _____

DATOS MATERNOS

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **GRUPO:** _____ **CONSULTA PRENATAL:** _____

PATOLOGIAS: _____

DATOS DEL PARTO

MEMBRANAS: _____ **TERMINACIÓN:** _____ **POSICIÓN PRINCIPAL DE PARTO:** _____

PLACENTE: _____ **LIBRO AMNIOTICO:** _____

SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL: _____ **ESPECIFICAR:** _____

CORDON UMB. _____ **NORMAL:** _____ **ANORMAL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **LUGAR DE NACIMIENTO:** _____

RELATIVOS: _____ **RELATIVOS:** _____

PUNTAJE DE APGAR: _____

SCORE: _____

PROFILAXIA: _____

Dx de Egreso: _____

Nombre RN: _____

Reservado: _____

EXAMEN FÍSICO INMEDIATO									
F.V.:		T°:		F.C.:		F.R.:		P.A.:	
COLOR DE PIEL PLETÓRICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PALIDEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIANOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						SDR LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/>			
MALFORMACIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR: _____						NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> EXCITADO			
LESIONES <input type="checkbox"/> AUSENTES <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICAS <input type="checkbox"/> NO TRAUMÁTICAS (ESPECIFICAR) _____									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> FRACTURAS EN GRAL. _____ <input type="checkbox"/> PARÁLISIS FACIAL <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS VISCERAS _____ <input type="checkbox"/> PARÁLISIS BRAQUIAL <input type="checkbox"/> OTROS TRAUMAS _____ </div> <div style="width: 45%;"></div> </div>									
ABDOMEN <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL			VECIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EXPULSIÓN DE MECONIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		
TORAX Y PULMONES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL				LORTOLANI = <input type="checkbox"/> D - <input type="checkbox"/> I BARLOW = <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>					
Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____									
DIAGNÓSTICO INGRESO _____ _____ _____ _____ _____									
SALA DE PERMANENCIA DEL NEONATO <input type="checkbox"/> JUNTO A LA MADRE <input type="checkbox"/> INTERMEDIOS I <input type="checkbox"/> UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE INFECTADOS <input type="checkbox"/> INTERMEDIOS <input type="checkbox"/> TRASLADO						EN CASO DE TRASLADO LUGAR: _____ _____ FECHA: _____ HORA: _____			
FECHA:		NOMBRE DEL MÉDICO EXAMINADOR				FIRMA			



NEONATOLOGIA

[illegible]

Nombre de la madre: _____
 Edad: _____ años Ocupación: _____
 Dirección: _____
 DNI: _____ N° HCL Madre: _____
 N° Celular: _____ Tipo de Seguro: _____
 N° Hijo: _____ Estado Civil: _____
 Nombre del padre: _____
 Edad: _____ años Ocupación: _____
 LUGAR DE CPN: _____

Huella Planetar

5 DATOS SUBJETIVOS:

Información de GO		
Factores de Riesgo		
información de la madre		

PUNTAJE APGAR: 1 min 5 min


I.- Condiciones en el Nacimiento:

2. Experimentelle Fläche

CABEZA	Fontanelas	Normotensas Húmeda		CABEZA	Cuello	Cilindro Móvil Torticólis Ancha		TO-RAX	Respuesta	Tiraje Subcost	
		Abombada								Cordio-respirato	Retracción alar
		Amplia								Tes	Aleque nasal
		Moldeada								Desbalance IA	
	Suturas	Amplio		TO-RAX	Tórax	Simétrico Asimétrico			Silverman	Quejado espiral	
		Cabalgadas								Anderson	Total
	Caput Sutedan	SI				Esplago permeable	NO				Normal
		NO				Fractura de clavícula	SI			Caract. De la Respiración	Polipnea
	Orejas	Simétricos					NO				Apnea
		Asimétricos					NO				Bradipnea
	Agnesia pab. Aur			Secreción de rinitis	SI			Caractern. Resp.	Taquicardia		
Permealo coanas	SI			Secreción pulmonares	SI			Cárdica	Soplo sístólico		
	NO				NO				Llenado capilar		
Boca	Normal			Ruidos pulmonares	Crepitantes Roncantes Sibilantes						

Forma y sello: Enfermera Razo.

29



REGISTRO DE CIUDADANOS DE ENFERMERÍA
UNIDAD: ALOJAMIENTO CONJUNTO

NEONATOLOGÍA

FECHA: _____

N° HCL: _____ N° CAMA: _____

TIPO Y N° DE SEGURO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

* FUNCIONES VITALES:

HRNA	P	CC	SR	GLC
0.0				
0.0				

* ELIMINACIÓN:

TURNOS	M	T	N
MAÑANA			
NOCHE			

SOAPIE

* DATOS SUBJETIVOS:

HISTORIA	
DAÑO	
NECES	

* DATOS OBJETIVOS (VALORACIÓN SEGUN DOMINIOS):

DOMINIO		M	T	N		
* NUTRICIÓN	Estado de ingesta	Adaptada				
	Alimentación	adecuado				
	Estado de hidratación de la leche	adecuado				
	Producción de leche	adecuado				
	Presión de la leche	adecuado				
	Saciedad del RN	adecuado				
	Regurgitación	si				
	Abdomen	distendido				
	Ruidos Abdominales	normales				
	Defecación	normal				
	Formación	normal				
	* ELIMINACIÓN	Orina	normal			
		Defecación	normal			
		Excremento y desarrollo	normal			
		Excremento	normal			
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				
Excremento		normal				

ACTIVIDAD Y BIENESTAR:

DOMINIO		M	T	N
ACTIVIDAD Y BIENESTAR	Percepción de la respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		
	Respiración	adecuado		

PERCEPCIÓN Y COORDINACIÓN:

DOMINIO		M	T	N
PERCEPCIÓN Y COORDINACIÓN	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		

SEGURIDAD:

DOMINIO		M	T	N
SEGURIDAD	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		

ASISTENTE AL CUIDADO:

DOMINIO		M	T	N
ASISTENTE AL CUIDADO	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		
	Actividad	adecuado		

* ANÁLISIS (DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA)

	DIAGNÓSTICO	M	T	N
Lactancia materna deficiente (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			
Interrupción de Lact. Materna (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			
Factores que afectan la lactancia materna (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			
Factores que afectan la lactancia materna (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			
Factores que afectan la lactancia materna (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			
Factores que afectan la lactancia materna (c)	Reposición materna			
	Útero, mial, postparto (menor de 48)			
	Condic. mial, postparto (de 48 a 72 días)			
	Condic. mial, postparto (de 72 a 90 días)			

* PLANTEAMIENTO (ETIQUETAS NOC)

MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	

* INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES	M	T	N
Medidas de higiene personal			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			

INTERVENCIONES	M	T	N
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			

INTERVENCIONES	M	T	N
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			
Examen físico del bebé			
Examen físico de la madre			

* PLANTEAMIENTO

MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	

* OBSERVACIONES / PERCEPCIONES

MAÑANA	TARDE	NOCHE

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA

30



FICHA DE EVALUACIÓN Y CONSEJERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA



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

Nº HCL de la madre: _____ Nº HCL RN: _____

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

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

Paciente asegurado al Sis: Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

RN Único: _____ Gemelar: _____ Otro: _____

II. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA:

Debe ser realizado por un profesional y se otorga esta consejería en:

- * Parto eutócico: en el puerperio inmediato (antes de las 12 horas post parto)
- * Parto distócico: en la recuperación inmediata post cesárea (antes de las 12 horas)
- * Tiempo de duración: 20 minutos.

Debe ser realizado por un profesional y se otorga esta consejería en:

- * Parto eutócico: antes del alta
- * Parto distócico: antes del alta
- * Tiempo de duración: 30 minutos

OBSERVACIÓN Y CONSEJERÍA

Fecha: _____

Hora: _____

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

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

a. Madre:

_____ Se le ve saludable

_____ Está relajada y cómoda

_____ Adecuado vínculo madre-bebé

Otro: _____

b. Bebé:

_____ Se le ve saludable

_____ Está relajada y cómoda

_____ Busca el pecho si tiene hambre

Otro: _____

EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

Fecha: _____

Hora: _____

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

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

a. Madre:

_____ Se le ve saludable

_____ Está relajada y cómoda

_____ Adecuado vínculo madre-bebé

Otro: _____

b. Bebé:

_____ Se le ve saludable


_____ Está relajada y cómoda

_____ Busca el pecho si tiene hambre

Otro: _____

<p>c. Pechos:</p> <p>_____ Sano</p> <p>_____ Presentar dolor Molestias</p> <p>_____ Sostiene el pecho en la areola, lejos del pezón.</p> <p>_____ Pausa protruye, es protráctil.</p> <p>Otro: _____</p> <p>d. Posición adecuada durante la lactancia:</p> <p>_____ La cabeza y el cuerpo están alineados</p> <p>_____ Está en contacto con el cuerpo de la mamá.</p> <p>_____ Todo el cuerpo del bebé es sostenido</p> <p>_____ lactante debe estar frente al pecho</p> <p>e. Agarre del pecho:</p> <p>_____ Se ve más areola por encima del labio superior</p> <p>_____ La boca está bien abierta</p> <p>_____ Inferior hacia afuera</p> <p>_____ El mentón toca el pecho.</p> <p>f. Succión:</p> <p>_____ Succiones lentas y profundas</p> <p>_____ Las mejillas están redondeadas</p> <p>_____ Se retira del pecho cuando ha acabado</p> <p>g. Otros:</p> <p>_____ Conoce lo que es la Lactancia Materna Exclusiva</p> <p>_____ Conoce lo que es lactancia a libre.</p> <p>_____ Demanda (cada vez que el bebé lo pida, sin horario)</p> <p>_____ Sabe cómo retirar al bebé del seno</p>	<p>c. Pechos:</p> <p>_____ Sano</p> <p>_____ Presentar dolor Molestias</p> <p>_____ Sostiene el pecho en la areola, lejos del pezón.</p> <p>_____ Pausa protruye, es protráctil.</p> <p>Otro: _____</p> <p>d. Posición adecuada durante la lactancia:</p> <p>_____ La cabeza y el cuerpo están alineados</p> <p>_____ Está en contacto con el cuerpo de la mamá.</p> <p>_____ Todo el cuerpo del bebé es sostenido</p> <p>_____ lactante debe estar frente al pecho</p> <p>e. Agarre del pecho:</p> <p>_____ Se ve más areola por encima del labio superior</p> <p>_____ La boca está bien abierta</p> <p>_____ Inferior hacia afuera</p> <p>_____ El mentón toca el pecho</p> <p>f. Succión:</p> <p>_____ Succiones lentas y profundas</p> <p>_____ Las mejillas están redondeadas</p> <p>_____ Se retira del pecho cuando ha acabado</p> <p>g. Otros:</p> <p>_____ Conoce lo que es la Lactancia Materna Exclusiva</p> <p>_____ Conoce lo que es lactancia a libre</p> <p>_____ Demanda (cada vez que el bebé lo pida, sin horario)</p> <p>_____ Sabe cómo retirar al bebé del seno</p>
<p>_____</p> <p>Firma o huella de la madre</p> <p>_____</p> <p>Firma y sello del responsable de la consejería</p>	<p>_____</p> <p>Firma o huella de la madre</p> <p>_____</p> <p>Firma y sello del responsable de la consejería</p>

31



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

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

FECHA	HORA	Nota: Incluir medicación y tratamiento	Firma de la Enfermera

Ap. Paterno
Materno
Nombres
Historia C. N°

ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
NOTAS DE ENFERMERÍA

REGULACIONES DEL HOSPITAL: La firma de la enfermera no debe omitirse en cada nota			
FECHA	HORA	Nota: incluir medicación y tratamiento	Firma de la Enfermera

ESTOÉTICA E INFORMÁTICA



HISTORIA CLINICA

Indirecta ()

Holtan¹Holtan¹

ORDEN

2. ANTECEDENTES:

B. Firma

Gineco-Obstétricos

Nº parciais sexuais:

PAP

Periodo intergenésico

»PF

3. MOTIVO DE CONSULTA:

4. ENFERMEDAD ACTUAL:

Cuma

Funciones Biológicas:

Online

Deposiciones:

N° de Historia Clínica

ANAMNESIS

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



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

Apellido-Futuro		Materna		Nombres		N° H. Clínica	
Domicilio		Cuidado		Departamento		Fecha de Inauguración	
Servicio		Estado Civil		Nacionalidad		R. D.A.	
Base		R. D.A.		N° Cart. S.S.		Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento		Procedencia		Ocupación		Empleador	
Dirección		Vivo a Muerto		Nombre de la Muerte		Vivo a Muerto	

PRIMERA HOSPITALIZACION

Notificar en caso de urgencia a:		Domicilio		Parentesco		Teléfono	
Fecha de Admisión		Servicio		Fecha de Egreso		Servicio	
CODIGO							
Diagnóstico Prehospital							
Diagnóstico Definitivo							
Otras Diagnósticos (u operaciones)							
Resultado		Curado		Mejorado		Fuga	
Fallecido		Retenido		Autopsia		SI	
NO							
Firma del Médico							

SEGUNDA HOSPITALIZACION

Domicilio		Ocupación					
Notificar en caso de urgencia a:						Teléfono	
Fecha de Admisión		Servicio		Fecha de Egreso		Servicio	
CODIGO							
Diagnóstico Prehospital							
Diagnóstico Definitivo							
Otras Diagnósticos (u operaciones)							
Resultado		Curado		Mejorado		Fuga	
Fallecido		Retenido		Autopsia		SI	
NO							
Firma del Médico							

TERCERA HOSPITALIZACION

Domicilio		Ocupación					
Notificar en caso de urgencia a:						Teléfono	
Fecha de Admisión		Servicio		Fecha de Egreso		Servicio	
CODIGO							
Diagnóstico Prehospital							
Diagnóstico Definitivo							
Otras Diagnósticos (u operaciones)							

IDENTIFICACIÓN



10.50cm x 16.5cm



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

¿De las comidas que preparas depende la salud de tu familia?

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

¿Si tu niño respira muy rápido puede ser neumonía? "Llévalo al Establecimiento de Salud" más cercano"


34. La tarjeta de asistencia es en cartulina folcote y
La hoja que va dentro es de papel bon en doble cara

[illegible]

CÓDIGO	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ADULTOS
1	36900 BIAS ELECTROLITOS
2	89271 ADMISION Y HOSPITALIZACION DE PACIENTE
3	89562 ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL
4	43761 ASPIRACION ENTERRAL POR SONDA
5	99328 ALTA DEL PACIENTE
6	30730.01 ASPIRACION DE SECRECIONES
7	99307 ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE BRUJO
8	80950 ATENCION DE RCP
9	98231 BALANCE HIDRICO ESPÍRITO
10	96996 BAÑO DE ESPUMA CON COMPRESAS
11	96998 BAÑO DE TRINAJA O DUCHA ABERTO
12	92968 CAMBIO DE FRASCO DE DREN TORÁXICO
13	67140 CAMBIOS POSTURALES
14	98300 CATEETERISMO VESICAL PERIFERICA
15	99188.01 COLOCAR Sonda NASOGÁSTRICA /GASTROSTOMICA
16	51700 COLOCAR Sonda VESICAL
17	99188.02 COLOCAR SONDARECTAL
18	80948 CONTROL DE GLUCOSA (HGT)
19	99029.04 CONTROL DE PESO Y TALLA
20	94760 CONTROL DE SIGNOS VITALES
21	47295 CUADROS DEL DREN INTERIOR BALNE
22	48599 CUADROS DEL DREN (Ponencia)
23	49596 CUADROS DEL DRENAL (Abdomen, Pelvis)
24	50799 CUADROS DEL DRENAL TORÁXICO
25	13860 CUADRO DEL DRENAL CEREBRAL /VENTRICULAR EXTO
26	15880 CUADROS DEL CVC
27	31803.01 CUADROS DE TRAQUEOSTOMIA
28	51599 CUADROS DEL TESTIGO
29	76496.01 CUADROS DE SONDAS NASOGÉNICAS
30	40330.01 CUADROS DE ... OSTOMIA
31	98129 CUADROS POST-MORTEM
32	15880 DURACIÓN DE HERIDAS (H. Operativa 15880)
33	15880 DURACIÓN DE ESCARAS O LPO
34	98129 DESINFECTACIÓN TERMINAL O CONCURRENTE
35	94300 ECG
36	99199.03 ENDIA ENCUANTE
37	87799.01 EPIDERMISMA
38	87799.01 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
39	41900 HIGIENE ORAL
40	11990 HIGIENE PERSONAL
41	94640 INHALACIONES
42	51700 IRRIGACION VESICAL
43	77100 LAVADO GASTRICO X SNG
44	97529 MASAJES
45	99199.02 MEDICIONES FISICAS APLICADAS
46	94640 NEBULIZACIONES
47	80799.02 ORDEN EN N° DE LITROS
48	96206 ASE
49	13000 PREPARACION RESPIRATORIA
50	13860 RETIRO DE PLANTOS
51	94360 RETIRO DE FILTROS / RETIRO POTARIO (94360)
52	99199.01 RIESGO QUIRURGICO
53	13860 RETIRO DE CATERETER IV, CVC, SENG, SOGI
54	96996 SUCCION MECANICA
55	96306 SUPERVISION PERMANENTE DE CONDUCTA
56	97012 TRACCION DE PARTES blandas
57	98450 TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS
58	76496 TRASLADO A RAPORES FISIOTERAPIA
59	99080 TRASLADO A TAC
60	98000 TRATAMIENTO EV
61	96760 TRATAMIENTO INFUSION BASE (N° HTS)
62	96768 TRATAMIENTO INFUSION CONTINUA
63	96760 TRATAMIENTO IM/SC
64	99199.13 TRATAMIENTO VO O POR SNG/DSE
65	87778 USO DE BOMBAS DE INFUSION
66	80060 USUAL CON MONITOR CARDIACO
67	30758 VENTILACION

PROCEDIMIENTOS									
PILA OPERATIVO									
Radio Central	<input type="checkbox"/>	Observación Constante	<input type="checkbox"/>						
Ventilador de MIA auto.	<input type="checkbox"/>	Queda sin C. Seg.	<input type="checkbox"/>						
ECG	<input type="checkbox"/>	HQ	<input type="checkbox"/>	Queque de Miel	<input type="checkbox"/>				
Imagenes:									
FPI	<input type="checkbox"/>	TV	<input type="checkbox"/>	Puente Huesos	<input type="checkbox"/>				
Obstáculos	<input type="checkbox"/>	Abdominal	<input type="checkbox"/>	PAP	<input type="checkbox"/>				
Rayos X	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	Manografía	<input type="checkbox"/>				
MAT	<input type="checkbox"/>	CVT	<input type="checkbox"/>	Inhalador - Acum	<input type="checkbox"/>				
POST OPERATIVO									
Quedan de tienda Operativa									
Quem de Herida Operativa infectada									
Baños de puntos									
Admisión y/o Hospitalización de pacientes									
Acta del paciente									
Consultación									
Reanimación									
Guías de VPP	<input type="checkbox"/>	CVC	<input type="checkbox"/>	Sonda Foley	<input type="checkbox"/>				
Guías de enfermería (PAC)									
Guías de Pezo									
Guías de Olfato (PAC)									
Colocación de Sonda Foley	<input type="checkbox"/>	Guías de S. Foley	<input type="checkbox"/>						
Baños de Sonda Foley	<input type="checkbox"/>	Reactivación de S. Foley	<input type="checkbox"/>						
Cateterismo Vesical									
Desbridamiento Tumbado o Concuriente									
Baños de Plabio									
Ventilador de MIA auto									
Uso de Monitor Multiparametros									
Uso de Bomba de Infusión									
Medidas de vida									
Intubaciones									
Oxigenoterapia									
Fluorografía Respiratoria									
Transferencia de Humoralización:									
Plasma	<input type="checkbox"/>	Plasmas	<input type="checkbox"/>	Pro. coagular	<input type="checkbox"/>				
Tras de MIA auto de MIA									
ECG - Chorro Educativo									
Ortodoncia y Ginecología en el Post alta									
Ortodoncia y Ginecología en la Unidad Materna Fetalina									

Observaciones:



HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA"


NIVEL II-2 HUARAZ

53

KARDEX DE ENFERMERIA

DE CUIDADO

N° CAMA:



NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA DE ING: ____/____/____

HORA DE ING: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

PESO: _____

ALTEZAS: _____

SERV. DE PROCED: _____

TIPO Y N° SEGURO: _____

H.C.L.: _____

G. DE DEP: I - II - III - IV

OX. DE ENFERMERIA INGRESO: _____

INDICACIONES/PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

DORS

VIA

FREC

CPV

EXAMENES DIAGNOSTICOS

HIST.

ECOGRAFIA DE

INTERCONSULTAS

PACIENTES O PROC. FORMADOS ESPECIALISTAS

CIETA

FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO (A) DE TURNO (G.D.)


FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO (A) DE TURNO (G.N.)

33

02/01/2025

38

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



APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° HC: _____

SERVICIO: _____ N° CAMA: _____

DNIS/PASAPORTE: _____ SEXO: F ☐ M ☐ EDAD: _____

FECHA Y HORA DE INGRESO / ATENCIÓN: _____ / _____ FECHA Y HORA DEL ALTA: _____ / _____

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

TIPO DE DIAGNÓSTICO: ☐ PRESUNTIVO ☐ DEFINITIVO

CONDICIÓN CLÍNICA AL ALTA: ☐ MEJORADO ☐ ESTACIONARIO ☐ RETIRO VOLUNTARIO

CIRUGÍA REALIZADA/ TRATAMIENTO MÉDICO REALIZADO	MEDICACIÓN ADMINISTRADA Nombre del producto / Indicación / cantidad

INDICACIONES GENERALES / RECOMENDACIONES:
MEDICACIÓN PARA DOMICILIO: _____

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

PLAN DE SEGUIMIENTO:

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


SIGNOS DE ALARMA: Si usted percibe alguna de las siguientes molestias o señales de alarma: Enrojecimiento, sangrado, hinchazón, ardor u otros: _____
 _____ debe acudir al servicio de Emergencia.

DESCANSO MÉDICO: SI ☐ NO ☐

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

 Médico tratante
 (Firma y Sello)

 Paciente / Responsable
 (Firma / Huella)


 IPRESS

38. Una Cara autocopiativo-A4

Enclosed

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACIÓN CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DEBIDA A LA OFICINA DE ESTADÍSTICA O QUEEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO

[illegible]

40. Doble cara – A4

[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Huaraz, _____ 42 _____ Hora: _____

Yo, en calidad de Paciente: _____, de años
de edad, con DNI N° _____, con Historia Clínica N° _____ y don(ña) como
Representante Legal: _____, de _____ edad, con DNI
N° _____, en calidad de Familiar (_____); con domicilio: _____
de la Ciudad _____, con
N° telefónico: _____; habiendo solicitado voluntariamente los Servicios Hospitalarios del
Hospital "Victor Ramos Guardia" Nive II - 2, Minsa - Huaraz; encontrándonos en el pleno uso de nuestras
facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por intermedio de la presente **DAMOS**
CONSENTIMIENTO INFORMADO para Hospitalización y realización de procedimientos médicos y/o
quirúrgicos que sean necesarios, como tratamiento de la entidad clínica que presento, y la realización de
procedimientos médicos y/o quirúrgicos, bajo las siguientes especificaciones:

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

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

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

Entendemos que **existen** circunstancias clínicas y factores asociados en el paciente, que el tratamiento puede
no garantizar la resolución de la enfermedad; que la responsabilidad institucional y del Equipo de Salud consiste
en aplicar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado
posible. _____ igualmente
Me ha informado que si hubiere componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, se dispondrá los
estudios **anatomopatológicos** pertinentes.

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES ADICIONALES :

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

Para los efectos correspondientes, registramos nuestra conformidad:

Paciente: _____

DNI N° _____

Huella: _____

Familiar o Representante Legal: _____

DNI N° _____

Doy fe de haber informado al paciente:

Dr: _____

CMP : _____

C.C. - Archivo

43

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

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo he sido informado/a por el/la Dr./a.
..... que está indicado aplicar el siguiente tratamiento.....

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

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

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

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

Firma del Paciente/Tutor/Tutora

Aclaración de Firma

D.N.I./I.E./C.I.N°

Firma del Testigo

Aclaración de Firma

D.N.I./I.E./D.I.N°

Si firma una persona que no es pariente:

Domicilio:

Parentesco:

43. Una cara – A4

44

XII- ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTENCIÓN Y SUJECCIÓN MECÁNICA

Yo..... Con DNI N°..... en
pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de (Parentesco)..... del paciente:
..... con DNI N°..... e
Historia clínica N°..... del Servicio..... Cama N°.....
Declaro haber sido informado(a), y me han explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico y
estado de mi familiar, la realización de la Contención/Sujeción Mecánica sobre los cuales he comprendido
los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto con la información completa,
oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:
Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de Contención/Sujeción Mecánica y estar de
acuerdo.
Huaraz, de de 202...

.....
Firma y huella del familiar o apoderado
DNI

.....
Firma y sello del profesional
del profesional de enfermería

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

Yo..... Con DNI
N°..... en pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de
(Parentesco)..... del paciente:
..... con DNI N°.....
e Historia clínica N°..... del Servicio..... Cama N°..... de
forma libre y consciente he decidido No consentir () o Revocar el Consentimiento informado() firmado en la
fecha..... para la realización del procedimiento de Contención/Sujeción Mecánica y asumo la
responsabilidad y las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado,
para tal efecto firmo.
Huaraz, de de 202...

.....
Firma y huella del familiar o apoderado
DNI

.....
Firma y sello del profesional
del profesional de enfermería

44. Una cara – A4

3.5 REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

3.5.1. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN OBLIGATORIOS

A. CAPACIDAD LEGAL

Requisitos:

Infraestructura e Equipamiento:

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

Acreditación:

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

Advertencia

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

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Requisitos:

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

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

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

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con constancia de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago⁸, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso el postor sustente su experiencia en la especialidad mediante contrataciones realizadas con privados⁹, para acreditarla debe presentar de forma obligatoria lo indicado en el numeral (ii) del presente párrafo; no es posible que acredite su experiencia únicamente con la presentación de contratos u órdenes de compra con conformidad o constancia de prestación.

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

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

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

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 14**. Las personas jurídicas resultantes de un proceso de reorganización societaria no pueden acreditar como experiencia del postor en la especialidad que le hubiesen transmitido como parte de dicha reorganización las personas jurídicas sancionadas con inhabilitación vigente o definitiva.

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

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

Advertencia

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

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

⁹ Se entiende "privados" como aquellos que no son entidades contratantes.

C. PARTICIPACIÓN EN CONSORCIO

Requisitos:

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

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

Acreditación:

Se acredita con la promesa de consorcio.

CAPÍTULO IV

FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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

4.1. EVALUACIÓN TÉCNICA

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

4.1.2. FACTORES DE EVALUACIÓN FACULTATIVOS

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

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

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

C. INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará que el postor cuente con certificación del sistema de gestión antisoborno.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia simple del certificado que acredita que se ha implementado un sistema de gestión antisoborno acorde con la norma ISO 37001:2016 o con la Norma Técnica Peruana equivalente (NTP-ISO 37001:2017).</p> <p>El certificado debe haber sido emitido por un Organismo de Certificación acreditado para dicho sistema de gestión, ya sea ante el INACAL u otro organismo acreditador que cuente con reconocimiento internacional.¹⁰</p> <p>El referido certificado debe corresponder a la sede, filial u oficina a cargo de la prestación¹¹, y estar vigente¹² a la fecha de presentación de ofertas.</p> <p>En caso de que el postor se presente en consorcio, cada uno de sus integrantes, debe acreditar que cuenta con la certificación para obtener el puntaje.</p>	<p>[Como máximo 5] puntos</p> <p>Presenta Certificado ISO 37001 5 puntos</p> <p>No presenta Certificado ISO 37001 0 puntos</p>

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

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

¹² Se refiere al periodo de vigencia que señala el certificado presentado.

4.2. EVALUACIÓN ECONÓMICA (Puntaje Máximo: 100 Puntos)

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

4.3. PUNTAJE TOTAL

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

$$PTP = c_1PT + c_2Pe$$

Donde:

PTP	=	Puntaje total del postor a evaluar
Pt	=	Puntaje de la evaluación técnica del postor a evaluar
Pe	=	Puntaje de la evaluación económica del postor a evaluar
c1	=	Coefficiente de ponderación para la evaluación técnica: [INDICAR COEFICIENTE, CONSIDERANDO QUE <u>0.60 ≤ c1 ≤ 0.70</u>]
c2	=	Coefficiente de ponderación para la evaluación económica: [INDICAR COEFICIENTE, CONSIDERANDO QUE <u>0.30 ≤ c2 ≤ 0.40</u>]

Donde: **c1 + c2 = 1.00**

¹³ De acuerdo con lo señalado en el numeral 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

CAPÍTULO V

PROFORMA DEL CONTRATO

Advertencia

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹⁴

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

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

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

de dicho servidor.

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

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

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

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

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

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA NOVENA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA: GESTIÓN DE RIESGOS

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

CLÁUSULA UNDÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

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

CLÁUSULA DUODÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

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

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

Donde:

F = 0.40

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

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

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

Aunado a ello, EL CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación¹⁵ y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

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

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

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver total o parcialmente el contrato¹⁶. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco¹⁷. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar¹⁸.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

El marco legal comprende la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF, las directivas que emita la Dirección

¹⁵ Artículo 9 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

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

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

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

General de Abastecimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, así como el OECE y demás normativa especial que resulte aplicable.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁹

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: CONVENIO ARBITRAL

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

Advertencia

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: NOTIFICACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

"LA ENTIDAD CONTRATANTE"

"EL CONTRATISTA"

Advertencia

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

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

Autorización de notificación por correo electrónico:

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

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

Advertencia

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR EN CONSORCIO

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

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

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

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico común del consorcio:

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

²¹ Ibídem.

²² Ibídem.

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

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO N° 2

PACTO DE INTEGRIDAD²³

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

PRIMERO: Declaro, bajo juramento:

1. Que conozco los impedimentos para ser participante, postor, contratista o subcontratista, establecidos en el artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
2. Que los recursos que componen mi patrimonio o el patrimonio de la persona jurídica a la que represento no provienen de lavado de activos, narcotráfico, minería ilegal, financiamiento del terrorismo, y/o de cualquier actividad ilícita.
3. Que conozco la obligación de denunciar cualquier acto de corrupción cometido por los actores del proceso de contratación, así como las medidas de protección que le asisten a los denunciantes²⁴; además de las consecuencias administrativas y legales que de estos se derivan.
4. Que conozco el alcance de la Ley N° 28024, Ley que regula la gestión de intereses en la administración pública y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 120-2019-PCM, así como el marco de aplicación de la Ley N° 31564, Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 082-2023-PCM²⁵.
5. Que conozco el alcance de la cláusula anticorrupción y antisoborno de los contratos suscritos en el marco del proceso de contratación y las consecuencias derivadas de su incumplimiento²⁶.

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

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

²⁵ Reglamento del Ley N° 31564:

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

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

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

Artículo 68. Resolución del contrato

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

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

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

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

TERCERO: Este pacto de integridad tiene vigencia desde el momento de su suscripción hasta la culminación de la fase de selección²⁷; y, en caso de resultar adjudicado con la buena pro, este mantiene su vigencia hasta la finalización del proceso de contratación.

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

En señal de conformidad, suscribo el presente pacto de integridad, a los () días del mes () de 20(), manifestando que la información declarada se sujeta al principio de presunción de veracidad, conforme a lo dispuesto en el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General²⁸.

Firma

N° de DNI:

68.1. Cualquiera de las partes puede resolver, total o parcialmente, el contrato en los siguientes supuestos:

d) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción.

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

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

d) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.

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

Artículo 92. Culminación de la fase de selección, del

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

²⁸ Ley N° 27444:

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

ANEXO N° 3²⁹

DECLARACIÓN JURADA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

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

ANEXO N° 4

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

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

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

3. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 3] [%]³²

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 3]

TOTAL OBLIGACIONES 100%³³

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

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

Advertencia

³² Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.
³³ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

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

ANEXO N° 5³⁴
DECLARACIÓN JURADA DE DESAFECTACIÓN DE IMPEDIMENTO

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

El que suscribe, [...], postor y/o representante legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, identificado con **[CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD]**, con poder inscrito en la localidad de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** en la Ficha N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]** Asiento N° **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, declaro que tengo los siguientes parientes³⁵, los cuales cuentan con impedimento de carácter personal³⁶ de conformidad con el numeral 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, de acuerdo a lo siguiente:

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

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

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
TOTAL			

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

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

Advertencia

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

OFERTA A PRECIOS UNITARIOS:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
MONTO TOTAL A PRECIOS UNITARIOS			

OFERTA A SUMA ALZADA:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
MONTO TOTAL A SUMA ALZADA	

MONTO TOTAL DE LA OFERTA	
--------------------------	--

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

El	CONCEPTO	OFERTA
	Porcentaje ofertado ³⁷	%
	Monto Total Ofertado	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

³⁷ Corresponde al porcentaje del monto total a cobrar o recuperar.

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

CONCEPTO	MONTO
(A) Honorario Fijo	
(B) Comisión de éxito ³⁸	
Precio de la Oferta (A) + (B)	

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

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

Advertencia

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO	N° DE PERIODOS DE TIEMPO ³⁹	PERIODO O UNIDAD DE TIEMPO DE LA TARIFA ⁴⁰	TARIFA UNITARIA OFERTADA ⁴¹	TOTAL OFERTA ECONÓMICA

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

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

⁴⁰ Día, mes, entre otros, según lo establecido en las bases.

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ESTIMACIÓN DE HORAS DE LA ACTIVIDAD	HORA DE LABOR PROFESIONAL ESPECIALIZADA ⁴²	PRECIO TOTAL
[CONSIGNAR LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE]			

MONTO TOTAL DE LA OFERTA	
---------------------------------	--

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

⁴² Unidad de medida de pago.

ANEXO N° 7

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

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

ANEXO N° 7

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

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

ANEXO N° 8

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO N° 9

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL
MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO**

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO N° 10

ELECCIÓN DE INSTITUCIÓN ARBITRAL⁴³

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

ANEXO Nº 11

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

EVALUADORES

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]

Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ⁴⁴	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ⁴⁵	EXPERIENCIA PROVENIENTE DE:	MONEDA	IMPORTE ⁴⁶	TIPO DE CAMBIO VENTA ⁴⁷	MONTO FACTURADO ACUMULADO ⁴⁸
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

⁴⁴ 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.

⁴⁵ **Únicamente**, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los quince años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

⁴⁶ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Consignar en la moneda establecida en las bases.

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ⁴⁴	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ⁴⁵	EXPERIENCIA PROVENIENTE DE:	MONEDA	IMPORTE ⁴⁶	TIPO DE CAMBIO VENTA ⁴⁷	MONTO FACTURADO ACUMULADO ⁴⁸
...										
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

ANEXO Nº 12

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

EVALUADORES

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO Nº 13

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

Señores

EVALUADORES

**CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO
DE SELECCIÓN]**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de **[CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA]**, declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley Nº 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa⁴⁹ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no tiene producción fuera de la Amazonía.⁵⁰

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

⁴⁹ En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" aprobado por Decreto Supremo Nº 103-99-EF, se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

⁵⁰ En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición.

ANEXO Nº 14

DECLARACIÓN JURADA

Señores
EVALUADORES
CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Advertencia

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

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

El que suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la sede de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que tengo los siguientes parientes⁵¹, los cuales cuentan con impedimento de carácter personal⁵² de conformidad con el numeral 1 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, de acuerdo a lo siguiente:

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

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

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

A la fecha me encuentro exceptuado del impedimento por razón de parentesco, en razón de [INDICAR SUPUESTO: HABER EJECUTADO UN CONTRATO DERIVADO DE UN PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN COMPETITIVO O NO COMPETITIVO / HABER EJECUTADO CUATRO CONTRATOS MENORES EN EL MISMO TIPO DE OBJETO AL QUE POSTULA] dentro de los dos años previos a la convocatoria del procedimiento de selección, contratación directa o a la adjudicación de un contrato menor conforme al inciso 2 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley N° 32069⁵³, Ley General de Contrataciones Públicas, lo cual acreditaré documentalmente para la presentación de ofertas, de conformidad con el numeral 39.4 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

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

[CONSIGNAR EL DETALLE DE LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES]

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

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

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

ANEXO N° 16

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

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

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

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

Importante para la entidad contratante

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

Advertencia

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

ANEXO Nº 16

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

Señores

EVALUADORES

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]

Presente.-

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

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

Importante para la entidad contratante

- *Para asignar la bonificación, los evaluadores verifican el domicilio consignado de los integrantes del consorcio, en el Registro Nacional de Proveedores (RNP) de la Pladicop*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con las condiciones establecidas en el numeral 75.6 del artículo 75 del Reglamento de la Ley Nº 32069, Ley General de Contrataciones del Públicas, aprobado por Decreto Supremo Nº 009-2025-EF..*

ANEXO Nº 17

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

Señores

EVALUADORES

CONCURSO PÚBLICO ABREVIADO Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 18⁵⁴

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INAPLICACIÓN DEL IMPEDIMENTO TIPO 4.D DEL INCISO 4 DEL NUMERAL 30.1 DEL ARTÍCULO 30 DE LA LEY N° 32069 REFERIDO A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

(Documento a presentar para el perfeccionamiento del contrato en caso de proveedores con procesos de alimentos en ejecución de sentencia)

Señores

EVALUADORES

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

Presente.-

El que suscribe, [.....], postor y/o apoderado de [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL QUE OTORGA EL PODER, DE SER EL CASO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE CONTAR CON APODERADO], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que no me resulta aplicable el impedimento Tipo 4.D del inciso 4 del numeral 30.1 del artículo 30 de la Ley, referido a las personas inscritas en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Poder Judicial (Redam), considerando lo siguiente:

[EL PROVEEDOR DEBE CONSIGNAR LA INFORMACIÓN SÓLO UNA DE LAS OPCIONES QUE SE ESTABLECEN A CONTINUACIÓN, SEGÚN SEA EL CASO]:

- Que, se ha remitido el/la [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN EXACTA DEL DOCUMENTO REMITIDO POR EL PROVEEDOR AL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS] con fecha de recepción [CONSIGNAR FECHA DE RECEPCIÓN] dirigido/a al [CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDA], mediante el cual se informó la cancelación de la deuda alimentaria derivada del proceso de alimentos seguido por [CONSIGNAR LOS DATOS DE LA PARTE DEMANDANTE DEL PROCESO DE ALIMENTOS], para lo cual me sujeto al principio de presunción de veracidad. Se adjunta el cargo de recepción del indicado documento.
- Que, sí me encuentro en el registro de deudores alimentario moroso, por lo que; autorizo se me descuenta del pago que me corresponde como contraprestación del contrato derivado del presente procedimiento de selección, el monto de la pensión mensual fijada en el proceso de alimentos seguido por [CONSIGNAR LOS DATOS DE LA PARTE DEMANDANTE DEL

⁵⁴ De conformidad con lo previsto en el numeral 39.2 del artículo 39 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

PROCESO DE ALIMENTOS ante el **[CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO CORRESPONDIENTE]**, para lo cual adjunto:

La sentencia emitida por el **[CONSIGNAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL JUZGADO A CARGO DEL PROCESO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDA]** en

- a) el trámite del proceso de alimentos seguido en el expediente **[CONSIGNAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE JUDICIAL]**
- b) La información complementaria solicitada por la entidad contratante para realizar el descuento, la que comprende lo siguiente: **[LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBE CONSIGNAR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA DEL PROVEEDOR PARA HACER EFECTIVO EL DESCUENTO]**

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, nombres y apellidos del postor o
apoderado, según corresponda