

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

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



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

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

N°	Símbolo	Descripción
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.
3	<div>Importante</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
4	<div>Advertencia</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
5	<div>Importante para la Entidad</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xyz</li> </ul>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

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

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

**INSTRUCCIONES DE USO:**

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

Elaboradas en enero de 2019

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



# Red de Salud Valle del Mantaro

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

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°  
008-2023-RSVM-CS  
PRIMERA CONVOCATORIA**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE**

**“CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE  
FORMATOS PARA LA RED DE SALUD VALLE DE  
MANTARO”**

**HUANCAYO, 2023**

## DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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



## **SECCIÓN GENERAL**

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

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

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

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

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

### 1.2. CONVOCATORIA

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

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

#### Importante

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

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

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

#### Importante

*No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.*

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

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

#### Importante

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

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

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

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

### 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

#### Importante

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

### 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

### 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

### 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### **Importante**

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

## CAPÍTULO II

### SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

#### Importante

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

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

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

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

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

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

### CAPÍTULO III DEL CONTRATO

#### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

#### Importante

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

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

#### 3.2. GARANTÍAS

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

##### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

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

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

#### Importante



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

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

#### Importante

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

#### Advertencia

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

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

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



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

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

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

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

### **3.5. ADELANTOS**

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

### **3.6. PENALIDADES**

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

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

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

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

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

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

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

### **3.8. PAGOS**

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

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

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

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

**Advertencia**

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

### 3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

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

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

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

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

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de **“CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA RED DE SALUD VALLE DE MANTARO”**

ITEM	CANTIDAD REQUERIDA	UND. MED	DESCRIPCION
1	34750	SERV	HISTORIA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO
2	900	SERV	HISTORIAS CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DE TAMIZAR EN LA SALUD OCULAR
3	35 UND	SERV	GUÍA DEL EVALUADOR PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS EE.S. PARA LA ATENCIÓN EN LOS AFILIADOS SIS
4	35 UND	SERV	NTS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LOS PROCESOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS AFILIADOS SIS
5	35 UN	SERV	GUÍA PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO AFILIADO AL SIS
6	5000 UND	SERV	AFICHE DE HIGIENE DE MANOS (DESINFECCIÓN) PARA LA ATENCIÓN AL USUARIO SIS
7	267 BLOK X 100	SERV	RECETA UNICA ESTANDARIZADA
8	50 BLOK X 100	SERV	FICHAS DE PRE TEST VIH- CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA VIH
9	15050 UND	SERV	HISTORIA CLÍNICA (FOLDER)
10	37 BLOK X 100	SERV	HISTORIA CLÍNICA
11	200 UND	SERV	TAMIZAJE CARTILLA DE OJOS
12	3 MILLARES	SERV	CARTILLA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DEL ADOLESCENTE - VARON
13	6.5 MILLARES	SERV	CARTILLA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DEL ADOLESCENTE - MUJER
14	19,000 JGO X 5	SERV	HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO MUJER Y VARÓN
15	14,000 JGO X 2HOJAS	SERV	FICHA DEL TAMIZAJE DE MINI- MENTAL
16	18,000 UND	SERV	CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS (SRQ - 18)
17	14,000.00	SERV	CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS – SRQ
18	14000	SERV	FICHA DE TAMIZAJE – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL
19	14,000	SERV	FICHA DE TAMIZAJE AUDIT
20	18,000	SERV	TAMIZAJE DE VIOLENCIA – ANEXO 2
21	3,000	serv	HISTORIA CLINICA

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **MEMORANDUM N° 411-2023-GRJ-DRSJ-RSVM -DE- de fecha 08 de junio de 2023.**

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (4-13)

ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección

**Importante**

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

**1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN**

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

**1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO**

NO SE DISTRIBUIRA LA BUENA PRO.

**1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO**

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

**1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de **25 DIAS CALENDARIOS** en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

**1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES**

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

**Importante**

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

**1.10. BASE LEGAL**

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

Administrativo General.

- Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Directivas, Pronunciamiento, Opiniones y Comunicados del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado en adelante OSCE.

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

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### Importante

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

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

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

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

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

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

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

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

#### Advertencia

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

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (**Anexo N°2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

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

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

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

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

#### **Importante**

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

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

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

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

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

#### **Advertencia**

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

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

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

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



*Esta disposición **solo** debe ser incluida en el caso de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT:*

### 2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

*N ° de Cuenta : 00381-263576*

*Banco : BANCO DE LA NACIÓN*

*N° CCI<sup>7</sup> :*

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

### 2.4. 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.
- Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario 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 la entidad bancaria en el exterior.
- Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa 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.

#### **Advertencia**

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

- Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>9</sup>. (**Anexo N° 12**).
- Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>10</sup>.
- Estructura de costos<sup>11</sup>.

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

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

<sup>9</sup> En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

<sup>10</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>11</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete<sup>12</sup>.

#### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

#### Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>13</sup>.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## 2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

<sup>12</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

<sup>13</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

**Importante para la Entidad**

- En el caso de procedimientos de selección cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), siempre que se haya optado por perfeccionar el contrato con la recepción de una orden de servicios, debe sustituirse por esta disposición:

*“El contrato se perfecciona con la notificación de la orden de servicios. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en **Unidad de Logística 4to de la Red Salud Valle del Mantaro** sito Av. Giráldez N° 886 distrito y provincia de Huancayo*

- En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de servicios, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00).

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

**Importante para la Entidad**

*Esta disposición solo debe ser incluida en el caso que la Entidad considere la entrega de adelantos:*

**2.6. ADELANTOS<sup>14</sup>**

*“La Entidad otorgará NO OTORGARÁ ADELANTO ALGUNO*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

**2.7. FORMA DE PAGO**

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

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

- Informe del funcionario responsable de las áreas solicitantes (DSP) emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Carta de autorización CCI

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

**Importante para la Entidad**

*Esta disposición sólo deberá ser incluida en el caso de ejecución periódica o continuada de servicios, cuando la Entidad considere el reajuste de los pagos, según lo establecido en el expediente de contratación.*

**2.8. REAJUSTE DE LOS PAGOS**

**NO CORRESPONDE**

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

<sup>14</sup> Si la Entidad ha previsto la entrega de adelantos, debe prever el plazo en el cual el contratista debe solicitar el adelanto, así como el plazo de entrega del mismo, conforme a lo previsto en el artículo 156 del Reglamento.

## CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

### 3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

#### ANEXO N°03

#### TERMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS EN GENERAL

<b>1. AREA SOLICITANTE:</b>			
Coordinadora de la Estrategia de Metales Pesados, Coordinadora de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles, Coordinadora de la Estrategia de Salud Bucal, Coordinadora del Programa Presupuestal TBC/VIH – SIDA, Coordinadora de Etapa de Vida Adolescente y Joven, Coordinadora del Programa Salud Mental, Coordinadora del Programa Prevención y Control de Cáncer, Coordinadora del Programa Salud Materno Neonatal- RSVM.			
<b>2. OBJETO DEL SERVICIO:</b>			
Servicio de impresión de Formatos Diversos para las diferentes IPRES de la Red de Salud Valle del Mantaro.			
<b>3. FINALIDAD PUBLICA:</b>			
Implementar con Formatos Diversos a las diferentes IPRES de la Red de Salud Valle del Mantaro para una atención de Salud oportuna.			
<b>4. DESCRIPCION DEL SERVICIO:</b>			
PAQUETE	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	CARACTERISTICAS REFERENCIALES
02	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<b>ITEM 1: HISTORIA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO</b> <u>Características:</u> <b>Material:</b> Bond 75gr <b>Medida:</b> A4 <b>Impresión:</b> Ambas caras/ Blanco y Negro <b>Total, de hojas:</b> 01 hoja (2paginas) <b>Presentación:</b> Block x 250 juegos, cortado y empaquetado <b>Cantidad:</b> 34,750 Juegos <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por la coordinadora de Metales Pesados.</i>
03	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<b>ITEM 1: HISTORIAS CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DE TAMIZAR EN LA SALUD OCULAR</b> <u>Características:</u> <b>Material:</b> Papel Couche de 300 gr <b>Medida:</b> 32,4 cm x21cm <b>Impresión:</b> Full color <b>Total, de hojas:</b> 01 hoja (01 pagina) <b>Presentación:</b> Enmicado solido mate, diagramado y diseño según modelo. <b>Cantidad:</b> 900 Unidades <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por el coordinador de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles.</i>
04	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<b>ITEM 1: GUÍA DEL EVALUADOR PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS E.E.S. PARA LA ATENCIÓN EN LOS AFILIADOS SIS</b> <u>Características:</u> <b>Interior:</b> <b>Material:</b> Papel couche mate 250gr. <b>Medida:</b> 21 cm largo* 29,7 cm de ancho <b>Impresión:</b> Ambas caras, full color <b>Pasta</b> <b>Material:</b> Papel folcote, calibre 16 <b>Medida:</b> 21cm largo * 29,7 cm de ancho

			<p>Impresión: Ambas caras, mate, full color  Total, de hojas: 45 hojas  Presentación: Plastificado, encolado a calor y empaquetado  Cantidad: 35 Unidades</p> <p><b>ITEM 2: NTS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LOS PROCESOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS AFILIADOS SIS</b>  <b>Características:</b>  <b>Interior:</b>  Material: Papel couche mate 250gr.  Medida: 21 cm largo * 29,7 cm ancho.  Impresión: Ambas caras, full color  <b>Pasta</b>  Material: Papel folcote, calibre 16  Medida: 21 cm largo * 29,7 cm ancho.  Impresión: ambas caras, maté, full color  Total, de hojas: 50 hojas  Presentación: Plastificado, encolado a calor y empaquetado  Cantidad: 35 Unidades</p> <p><b>ITEM 3: GUÍA PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO AFILIADO AL SIS</b>  <b>Características:</b>  <b>Interior:</b>  Material: Papel couche mate 250gr.  Medida: 21 cm largo * 29,7 cm ancho  Impresión: Ambas caras, maté, full color  <b>Pasta</b>  Material: papel folcote, calibre 16  Medida: 21 cm largo * 29,7 cm ancho  Impresión: Ambas caras, mate a full color  Total, de hojas: 81 hojas  Presentación: plastificado, encolado a calor y empaquetado  Cantidad: 35 Unidades</p> <p><b>ITEM 4: AFICHE DE HIGIENE DE MANOS (DESINFECCIÓN) PARA LA ATENCIÓN AL USUARIO SIS</b>  <b>Características:</b>  Material: Papel Folcote calibre 16 mate.  Medida: A3 (29.7 cm largo x 42 cm ancho)  Impresión: ambas caras, full color  Total, de hojas: 01  Presentación: En mica electrónico  Cantidad: 5000 Unidades  <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por el coordinador de la Estrategia Salud Bucal.</i></p>
05	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<p><b>ITEM 1: RECETA UNICA ESTANDARIZADA</b>  <b>Características:</b>  Material: Papel autocopiativo (sistema autocopiativo por 3 hojas)  Tamaño: 21cm x 15cm  Impresión: blanco y negro en una sola cara  Total, de hojas: Sistema autocopiativo por 3 hojas)  Presentación: La mitad de la hoja desglosable, Diagramado, diseño según modelo, En blocks de 100 hojas y empaquetado por 75 block  Cantidad: 267 blocks (Por 100 hojas)</p>



			<p><b>ITEM 2: FICHAS DE PRE TEST VIH- CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA VIH</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Papel bond de color blanco 75 Gramos  <b>Medida:</b> A4  <b>Impresión:</b> blanco y negro en ambas caras  <b>Total, de hojas:</b> 01 hoja (02 paginas)  <b>Presentación:</b> Block * 100 hojas, 1/10 de prepicado para desglosar  <b>Cantidad:</b> 50 blocks (Por 100 hojas)  <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por el coordinador del Programa Presupuestal TBC/VIH – SIDA.</i></p>
06	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<p><b>ITEM 1: HISTORIA CLÍNICA (FOLDER)</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Folcote C24 reverso kraf  <b>Medida:</b> 70*25cm con lomo de 6cm  <b>Impresión:</b> A full color  <b>Presentación:</b> Barnizado sectorizado con fastener anticorte (con refuerzo) y troquelado.  <b>Cantidad:</b> 15050 Unidades  <i>Antes de impresión debe ser visada y revisado por el coordinador de Metales Pesados.</i></p>
07	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<p><b>ITEM 1: HISTORIA CLÍNICA</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Papel bond 75gr.  <b>Tamaño:</b> A-4  <b>Impresión:</b> Full color ambas caras.  <b>Total, de hojas:</b> 08 hojas cada juego.  <b>Diseño:</b> 02  <b>Presentación:</b> Block*100 juegos  <b>Cantidad:</b> 37 blocks (8 BLOCK de varón y 29 BLOCK de mujer.)</p> <p><b>ITEM 2: TAMIZAJE CARTILLA DE OJOS</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Couche de 350 gr.  <b>Tamaño:</b> 34 cm altura * 21 cm de ancho con logos en la parte inferior.  <b>Impresión:</b> Fondo blanco y optotipo(letras) negro ambas caras.  <b>Total, de hojas:</b> 01 hoja (2 paginas)  <b>Presentación:</b> Plastificado mate ambos lados, cortado y empaquetado  <b>Cantidad:</b> 2 Cientos</p> <p><b>ITEM 3: CARTILLA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DEL ADOLESCENTE - VARON</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Cartulina escolar  <b>Tamaño:</b> 60 cm largo*20.5 cm ancho.  <b>Impresión:</b> Ambas caras full color (celeste-varón)  <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja (02 paginas)  <b>Presentación:</b> Cortado y empaquetado  <b>Cantidad:</b> 3 Millares</p> <p><b>ITEM 4: CARTILLA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DEL ADOLESCENTE - MUJER</b>  <b>Características:</b>  <b>Material:</b> Cartulina escolar  <b>Tamaño:</b> 60 cm largo*20.5 cm ancho  <b>Impresión:</b> Ambas caras full color (rosado - mujer)  <b>Total, de hojas:</b> 1 hoja (02 paginas)  <b>Presentación:</b> Cortado y empaquetado  <b>Cantidad:</b> 6.5 millares  <i>Antes de impresión debe ser visado y revisado por el coordinador Etapa de Vida Adolescente y Joven.</i></p>

8	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<p><b>ITEM 1: HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO MUJER Y VARÓN</b></p> <p><u>Características</u>  Materia: Bond 75 gramos.  Tamaño: A4  Impresión: Ambas caras/ blanco y negro  Total, de hojas por juego: 05 hojas (10 páginas)  Presentación: block x 50 juegos, cortado y empaquetado  Cantidad: 19,100 Juegos  <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por el coordinador de la Estrategia de Metales Pesados.</i></p>
9	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	<p><b>ITEM 1: FICHA DEL TAMIZAJE DE MINI- MENTAL</b></p> <p><u>Características</u>  Material: Bond de 75gr  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro / ambas caras  Total, de hojas: 02 hojas (03 páginas)  Presentación: Block *500 Juegos cortado y empaquetado  Cantidad: 14,000 Unidad</p> <p><b>ITEM 2: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS (SRQ - 18)</b></p> <p><u>Características:</u>  Material: Bond de 75gr.  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro / ambas caras  Total, de hojas: 01 hojas (02 páginas)  Presentación: Block *500 Unidades cortado y empaquetado  Cantidad: 18,000 Unidades</p> <p><b>ITEM 3: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS – SRQ</b></p> <p><u>Características:</u>  Material: Bond de 75gr  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro  Total, de hojas: 01 hojas (01 página)  Presentación: Block *500 Unidades cortado y empaquetado  Cantidad: 14,000 Unidades</p> <p><b>ITEM 4: FICHA DE TAMIZAJE – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL</b></p> <p><u>Características:</u>  Material: Bond de 75gr  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro  Total, de hojas: 01 hoja (01 página)  Presentación: Block *500 Unidades cortado y empaquetado  Cantidad: 14,000 Unidades</p> <p><b>ITEM 5: FICHA DE TAMIZAJE AUDIT</b></p> <p><u>Características:</u>  Material: Bond de 75gramos  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro  Total, de hojas: 01 hoja (01 página)  Presentación: Block *500 Unidades cortado y empaquetado  Cantidad: 14,000 Unidades</p> <p><b>ITEM 6: TAMIZAJE DE VIOLENCIA – ANEXO 2</b></p> <p><u>Características:</u>  Material: Bond de 75gr  Medida: A4  Impresión: Blanco y negro  Total, de hojas: 01 hojas (01 página)</p>


			<p>Presentación: Block *500 Unidades cortado y empaquetado Cantidad: 18,000 Unidades</p> <p><b>ITEM 7: HISTORIA CLÍNICA</b> <u>Características:</u> Material: Bond de 75gramos. Medida: A4 Impresión: Blanco y negro / ambas caras Total, de hojas: 09 hojas (17 paginas) Presentación: Block *500 Juegos cortado y empaquetado Cantidad: 3,000 Unidades <i>Antes de Impresión debe ser visado y revisado por el coordinador Estrategia de Salud Mental</i></p>
--	--	--	---

<b>5. PERFIL MINIMO DEL PROVEEDOR DE BIENES:</b>
- Contar con inscripción vigente en el registro Nacional de Proveedores (RNP), en el registro correspondiente, salvo las contracciones menores o iguales a una (1) UIT.
- No estar inhabilitado o suspendido para contratar con el Estado.
<b>6. PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO:</b>
25 días calendarios, computados a partir del día siguiente de recibida la Orden de Servicio.
<b>7. GARANTIA DEL SERVICIO:</b>
- No aplica.
<b>8. LUGAR DE ENTREGA:</b>
Almacén de la Red de Salud Valle del Mantaro
<b>9. AFECTACION PRESUPUESTAL:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Fuente de financiamiento: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS</li> <li>o Nemónico de meta: 43, 117, 39, 24, 63, 49, 04, 100</li> <li>o Clasificador de gasto: 2.3 2 7. 11 6</li> </ul>
<b>10. RECEPCION Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:</b>
La conformidad del servicio lo realizará la Coordinadora de la Estrategia de Metales Pesados, Coordinadora de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles, Coordinadora de la Estrategia de Salud Bucal, Coordinadora del Programa Presupuestal TBC/VIH – SIDA, Coordinadora de Etapa de Vida Adolescente y Joven, Coordinadora del Programa Salud Mental, Coordinadora del Programa Prevención y Control de Cáncer, Coordinadora del Programa Salud Materno Neonatal - RSVM, y procederá con firma y sello en la Orden de Servicio en señal de conformidad.
<b>11. FORMA DE PAGO:</b>
El pago se realizará en moneda nacional, previa a la conformidad del área usuaria y la presentación de:
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Carta de autorización por CCI.</li> <li>o Comprobante de pago</li> </ul>



<b>12. PLAZO PARA EL PAGO</b>
El pago se realizara mediante abono al Código de Cuenta Interbancaria (CCI) comunicada por el proveedor, en un plazo no mayor a (10) días calendarios, luego de haber recibido la conformidad del área usuaria.
<b>13. PENALIDADES:</b>
Si el proveedor no cumple con la prestación de servicio dentro del plazo estipulado en la Orden de Servicio, la Entidad le aplicara la Penalidad según DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°001-2021-RSVM-DE/OA.
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding: 10px;"> <div data-bbox="236 958 531 1137" style="width: 30%;"> <p>GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><b>Lic. Amparo Mungos Hinojosa De la Cruz</b> COP. 26538 COORDINADORA ESNITSS</p> </div> <div data-bbox="651 965 946 1164" style="width: 30%; text-align: center;"> <p>GOBIERNO REGIONAL JUNIN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><b>C.D. MONICA LUISSE CARRERAS</b> COORDINADORA DE S.S.B. COP. 1890</p> <p><b>FIRMA Y SELLO</b> (Área Usuaria)</p> </div> <div data-bbox="1026 757 1337 1160" style="width: 30%;"> <p>GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><b>Lic. Yvonne Cardillo Inostroza</b> COP. 36400 COORDINADORA ESNPyCENT</p> <p>GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><b>Ps. Jackson J. Gave Sarzo</b> COORDINADOR DE SALUD MENTAL R.P.P. 14472</p> </div> </div>

02. HISTORIA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO.


 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud         </div>							
<b>FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL</b>							
<b>CONSULTA</b>							
FECHA		HORA:		EDAD:			
Motivo de la consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:					
Ex. Físico	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
<b>AGNÓSTICO</b>				<b>TRATAMIENTO</b>			
				Exámenes auxiliares			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

<b>CONSULTA</b>							
FECHA		HORA:		EDAD:			
Motivo de la consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:					
Ex. Físico	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
<b>DIAGNÓSTICO</b>				<b>TRATAMIENTO</b>			
				Exámenes auxiliares			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

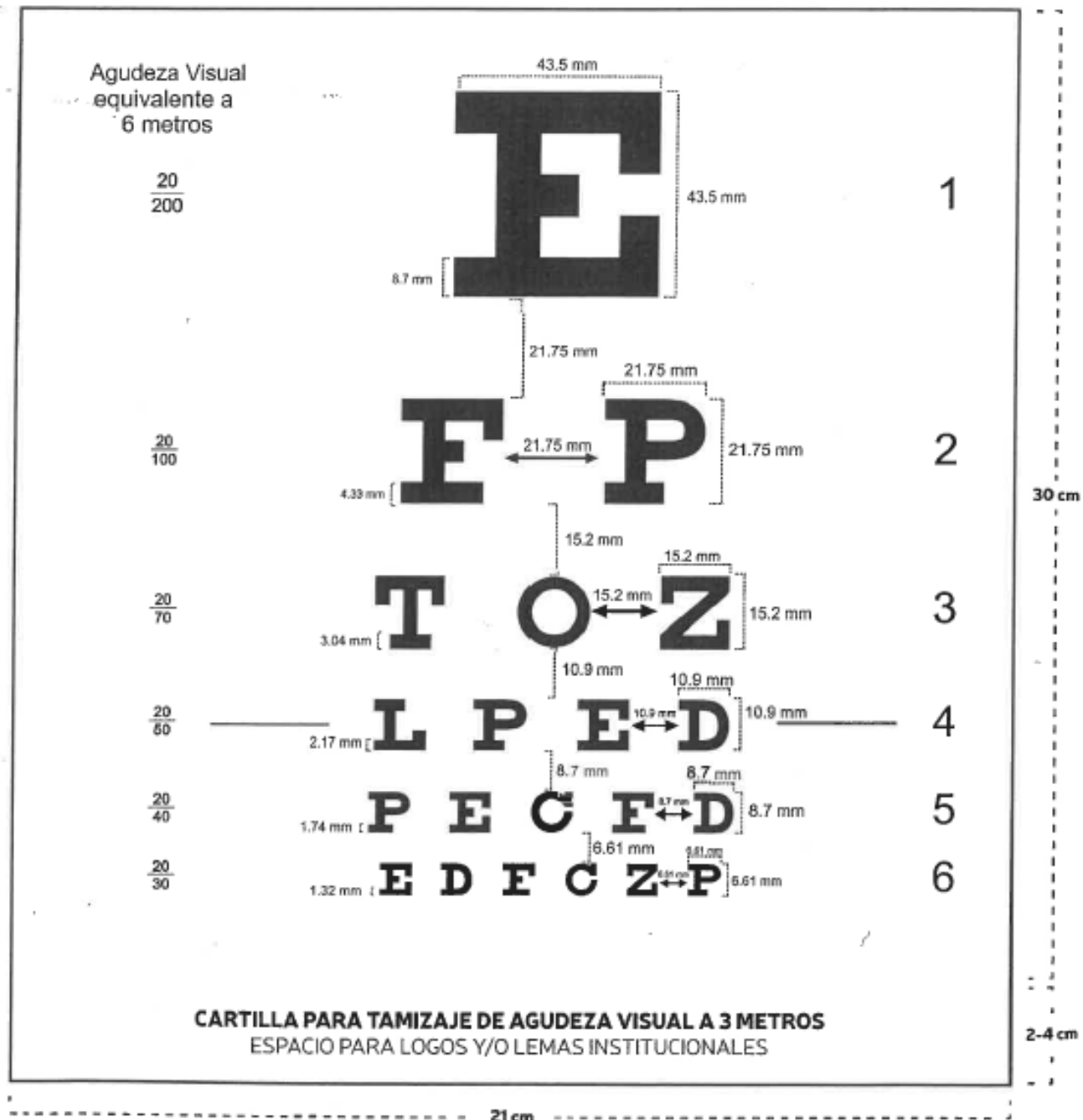
  

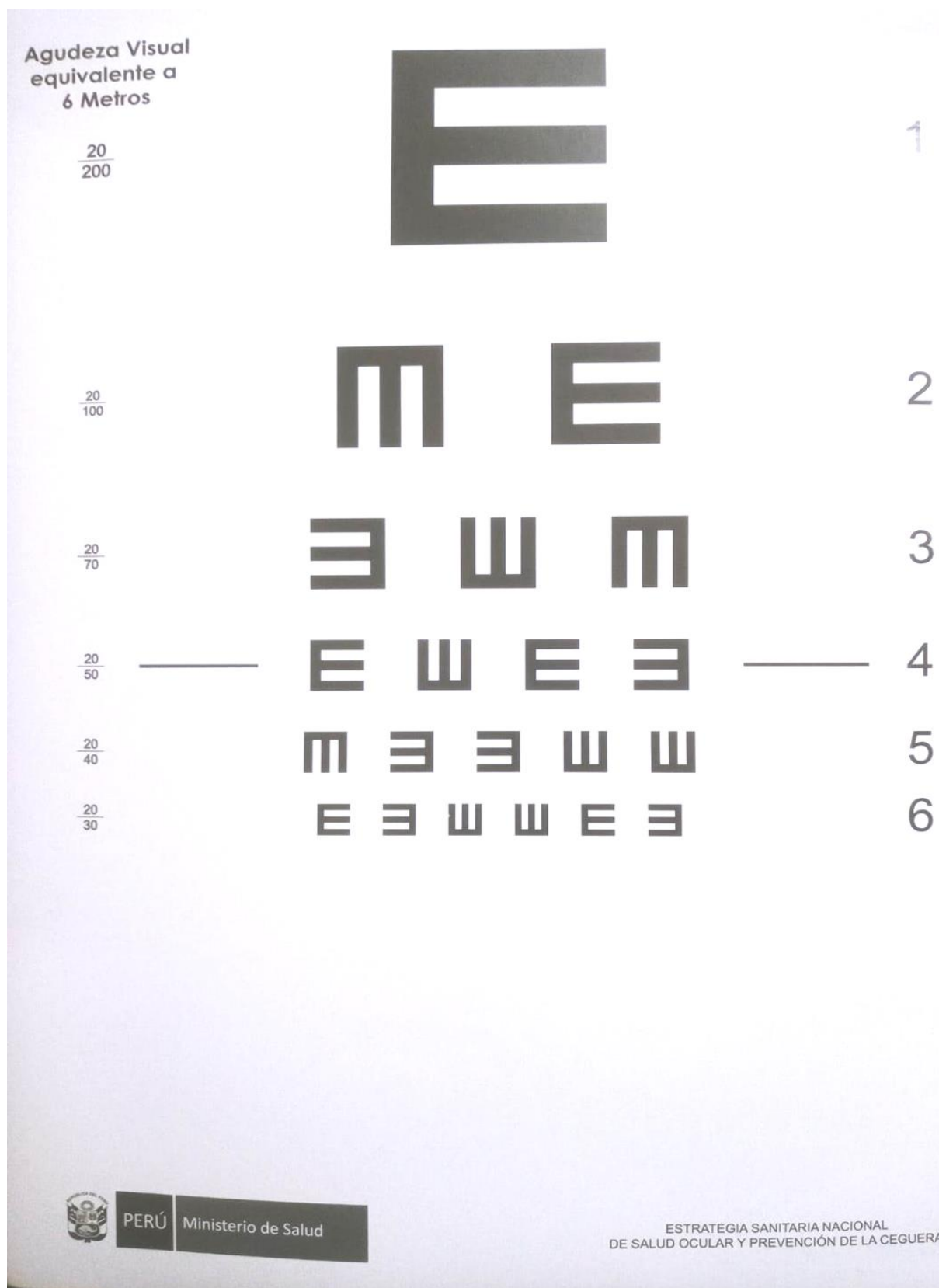
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>N° HC</b>
----------------------------	--------------

NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC	
Observación:			
Atendido por:		Firma y Sello: (Colegio prof.)	
Próxima Cita:		Referencia (lugar y motivo):	
Exámenes auxiliares		Exámenes auxiliares	
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	
Ex. Físico			
T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:			
Orina: Deposiciones: Estado de ánimo:			
Sed: Sueño: Estado de ánimo:			
Motivo de la consulta:			
FECHA HORA: EDAD: Tiempo de Enfermedad:			
<b>CONSULTA</b>			
Observación:			
Atendido por:		Firma y Sello: (Colegio prof.)	
Próxima Cita:		Referencia (lugar y motivo):	
Exámenes auxiliares		Exámenes auxiliares	
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	
Ex. Físico			
T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:			
Orina: Deposiciones: Estado de ánimo:			
Sed: Sueño: Estado de ánimo:			
Motivo de la consulta:			
FECHA HORA: EDAD: Tiempo de Enfermedad:			
<b>CONSULTA</b>			
<b>FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL</b>			
 <b>PERU</b> Ministerio de Salud			

## 3.- HISTORIAS CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DE TAMIZAR EN LA SALUD OCULAR

## DETALLE DE LAS DIMENSIONES DE LA CARTILLA, OPTOTIPOS Y LEMAS INSTITUCIONALES.





5.- RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



**FICHA DE PRE TEST**

**I. DATOS PERSONALES**

CÓDIGO : \_\_\_\_\_ H. CL. : \_\_\_\_\_  
EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M) : \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ GRADO DE INSTRUCCIÓN : \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN : \_\_\_\_\_ TIEMPO DE RESIDENCIA : \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN ACTUAL : \_\_\_\_\_

**II. CONDUCTAS DE RIESGO**

TRANSFUSIÓN DE SANGRE : (SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_ Operación (SI)(NO) Año: \_\_\_\_\_  
INYECCIONES : (SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_ Operación (SI)(NO) Año: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO DENTAL : (SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_ Operación (SI)(NO) Año: \_\_\_\_\_  
DONADOR DE SANGRE : (SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_ Operación (SI)(NO) Año: \_\_\_\_\_  
HEMODIALISIS : (SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_ Operación (SI)(NO) Año: \_\_\_\_\_

**III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS**

USO DE CIGARRILLOS (SI) (NO) Ha fumado marihuana : (SI) (NO)  
Desde cuando : \_\_\_\_\_ Ha fumado PBC : (SI) (NO)  
N° por día : \_\_\_\_\_ Ha fumado cocaína : (SI) (NO)  
N° por semana : \_\_\_\_\_ Se ha inyectado drogas : (SI) (NO)  
Ocasionalmente : \_\_\_\_\_ Otras drogas : (SI) (NO)  
BEBE NORMALMENTE LICOR (SI) (NO) Desde cuando: \_\_\_\_\_

**SEXUAL/ORIENTACIÓN SEXUAL**

Ha tenido relación sexual en estado de embriaguez (SI) (NO)  
Con su pareja habitual (SI) (NO)  
Con una pareja desconocida (SI) (NO)  
Con una pareja conocida (SI) (NO)  
Tiene relaciones con más de una pareja N° ..... (SI) (NO)  
En estado sobrio o bajo efecto de alcohol o drogas a mantenido relación homosexual pasivo/activo (SI) (NO)  
Usa condón en las relaciones sexuales (SI) (NO)  
Se masturba (SI) (NO)  
Desde cuando .....  
**ASISTE A:**  
Prostitutos (SI) (NO) Lugar: \_\_\_\_\_  
Contacta callejeras (SI) (NO) Lugar: \_\_\_\_\_  
Contacta chicas en el bar (SI) (NO) Lugar: \_\_\_\_\_

**VI. ANTECEDENTES**

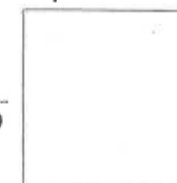
**INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL**  
Sífilis (SI) (NO): \_\_\_\_\_ Herpes genital (SI) (NO): \_\_\_\_\_  
Gonorrea (SI) (NO): \_\_\_\_\_ Chancro (SI) (NO): \_\_\_\_\_  
Otra infección: \_\_\_\_\_  
Hepatitis B (SI) (NO): \_\_\_\_\_ TBC (SI) (NO): \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RÁPIDA**

\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ para que se me realice la PRUEBA DE ELISA o PRUEBA RÁPIDA que detecta la infección producida por el virus del VIH. Asimismo, manifiesto haber recibido consejería PRETEST, y se lo que debo hacer en caso de que la prueba salga positiva.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO DEL USUARIO

DNI N° \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL  
Dedo índice derecho del usuario

Logo de la Entidad	Nombre y Apellido	Código del Municipio	USUARIO	Demanda	Intervención	Historia Clínica	Diagnóstico (Defin)	Rp.	Producto Farm	Salvo Firma/Calif

ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección





## FICHA DE POST TEST



## I. INFORMACIÓN GENERAL

## SIDA

EL SIDA es provocado por un virus llamado VIH o virus de inmunodeficiencia humana el cual debilita las defensas en nuestro organismo

EL SIDA es curable

EL SIDA nos defiende de las enfermedades

Sus síntomas no son notorios

( )  
( )  
( )

## VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Sanguínea

Sexual

Vertical (madre-bebé)

Por el aire

Por compartir vajilla, cubierto, baño, teléfono ropa

Por picadura de insectos

Otros

( )  
( )  
( )  
( )  
( )  
( )

## PREVENCIÓN

Uso de condón

Aumento de parejas

Usando alcohol y drogas

Abstinencia sexual

Compartiendo navajas, máquinas de afeitar, cepillo

Otros

( )  
( )  
( )  
( )  
( )

## CONDUCTAS DE RIESGO

Conoces todo lo referente (causa, consecuencia, cuidado, etc.) y esta concientizado

Sabe lo que es la infección pero no ha tomado conciencia del peligro de transmisión

( )  
( )

## II. ESTADO DE SALUD (SÍNTOMAS DEL SIDA)

Diarrea de larga duración y rebelde al tratamiento

Pierde peso más de 5 kilos, en forma rápida e inexplicable

Pierde sudoración nocturna por varias semanas

Hinchazón de los ganglios del cuello, axilas e ingle

Cansancio excesivo y constante aún en reposo

Manchas rojizas en la piel

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) Año: \_\_\_\_\_

## III. PRUEBAS REALIZADAS

PRUEBA	FECHA	RESULTADO	LUGAR
ELISA	/ /	_____	_____
LATEX	/ /	_____	_____
WESTERN BLOT	/ /	_____	_____
SIMILARES	/ /	_____	_____



## TAMIZAJE VIH

COORDINADORA RSNTSS  
COP. 26638  
Dra. Angélica Miguélez Ríos  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL DEL MANTARO



FECHA

/ /

RESULTADO

REACTIVO ( ) NO REACTIVO ( )

RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO

"Recuerdo que debe repetirse el tamizaje a los seis meses"

06.- HISTORIAS CLÍNICAS (FOLFER)



HC N°

**RED DE SALUD VALLE  
DEL MANTARO**

***HISTORIA CLÍNICA***

**IPRESS:**

**APELLIDO PATERNO**

**MATERNO**

**NOMBRES**

**N° DNI**

**FECHA DE NACIMIENTO**

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

**GRUPO SANGUINEO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (SOLO SI ES MENOR DE EDAD)**

**PROCEDENCIA** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES (CONSIDERAR PATOLOGIAS, ALERGIAS, CIRUGÍAS PREVIAS)**





## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL JOVEN

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA JOVEN								0
PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD								
N° de Historia Clínica		N° de Afiliación SIS u otro Seguro:						
Apellidos		DNI O CUI						
Nombres		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fec. Nac.				
Dirección/ Referencia								
Acompañante		Edad		DNI				
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS			INACTIVO	OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	OBSERVACIONES		
N°	Prestaciones de Salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
1	EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL							
2	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO							
3	TAMIZAJE DE VIOLENCIA							
4	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
5	EVALUACION BUCA							
6	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES							
7	INMUNIZACIONES							
8	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS							
9	ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES							
10	CONSEJERIA INTEGRAL							
11	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
12	VISITA FAMILIAR INTEGRAL							
13	TEMAS EDUCATIVOS							
14	ATENCION DE PRIORIDADES SANITARIAS							

[illegible]

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL					
	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL				
2	INMUNIZACIONES				
3	EVALUACIÓN BUCAL				
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				
7	VISITA DOMICILIARIA				
8	TEMAS EDUCATIVOS				
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS				
APELLIDOS Y NOMBRE:					
				Nº	

**MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME**  
2do. Miembro Comité de Selección

Colocar SI o check, NO o aspa.

[illegible]



N°

Colocar Si o check, NO o aspa.

41

Nº



## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES

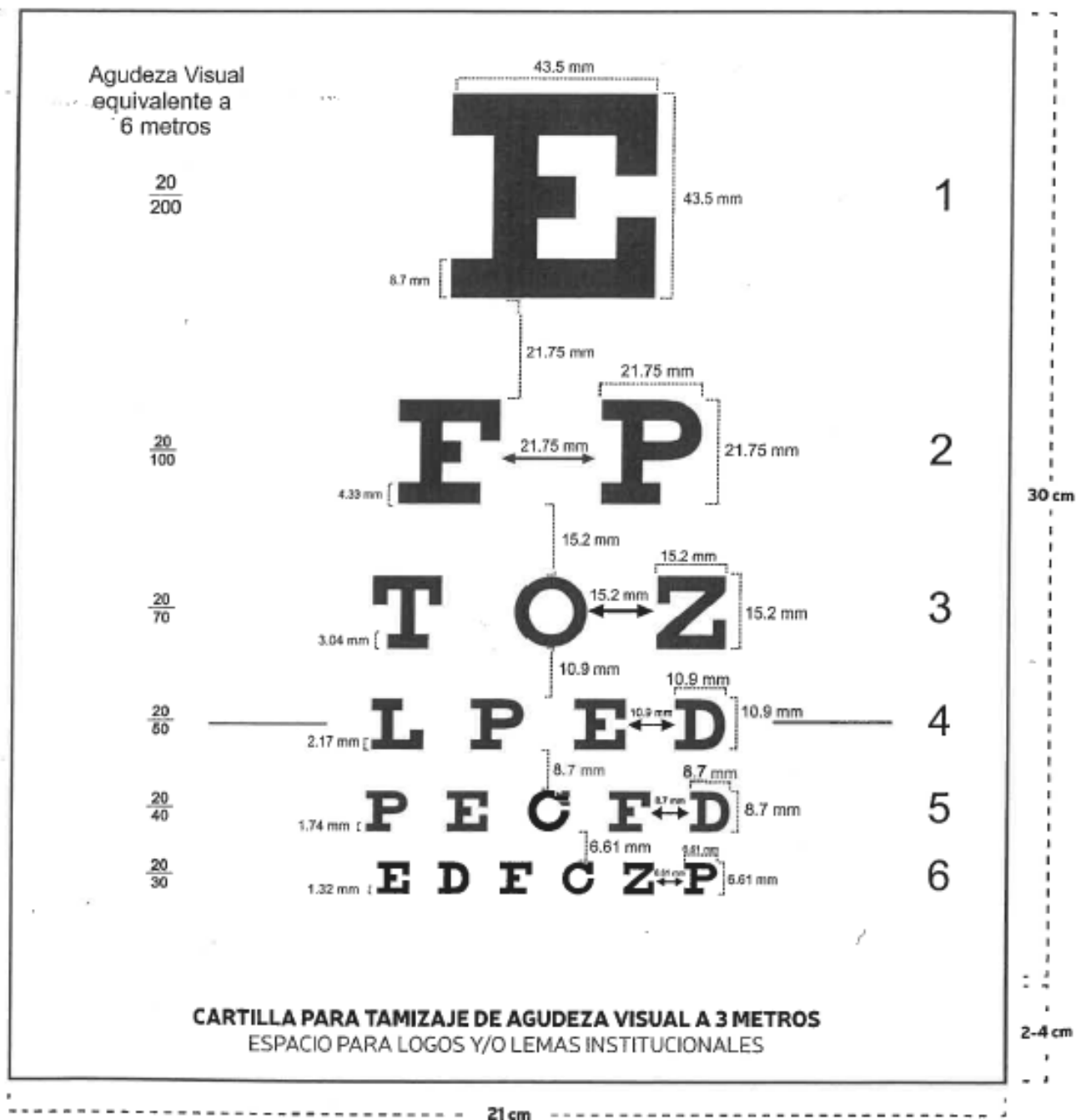
### CONSULTA

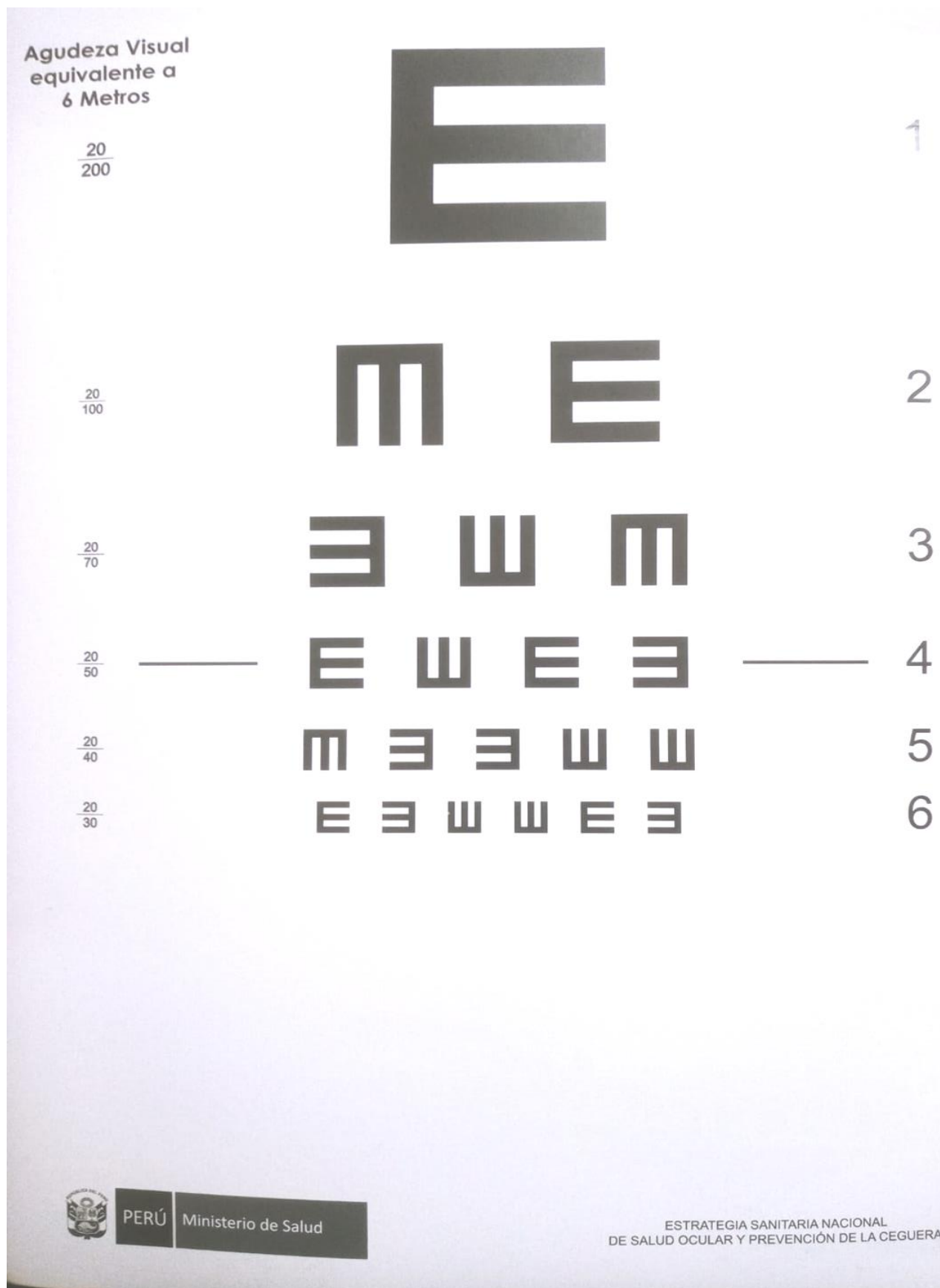
FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:				Tiempo de enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
Ex. Físico	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:
					Talla:
					IMC:
DIAGNÓSTICO			TRATAMIENTO:		
			Exámenes auxiliares:		
			Referencia (lugar y motivo):		
Próxima cita:			Firma y sello:		
Atendido por:			(colegio prof.)		
Observación:					

### CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
Ex. Físico	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:
					Talla:
					IMC:
DIAGNÓSTICO			TRATAMIENTO:		
			Exámenes auxiliares:		
			Referencia (lugar y motivo):		
Próxima cita:			Firma y Sello:		
Atendido por:			(colegio prof.)		
Observación:					

# DETALLE DE LAS DIMENSIONES DE LA CARTILLA, OPTOTIPOS Y LEMAS INSTITUCIONALES.





**EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL**

EDAD / FECHA	Sexo M / F	DX IMC	DX TALLA	DX de RIESGO	Observaciones
12		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	
13		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	
14		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	
15		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	
16		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	
17		OBESIDAD SOPREPESO NORMAL DELGADEZ DELGADEZ SEVERA	TALLA ALTA NORMAL TALLA BAJA TALLA BAJA SEVERA	BAJO MEDIO ALTO	

**GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CONFORME OMS 2007**  
VARONES (12 a > 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD

Mediana y desviación estándar

**CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL  
ESPECIALIZADA DEL ADOLESCENTE**

APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DNI N°

DOMICILIO

N° DE HC


TUTOR (A)



47

**MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME**  
2do. Miembro Comité de Selección

08.- historia clínica del adulto mujer y varón

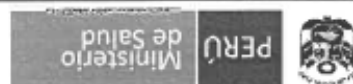
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud		2																												
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO																														
FECHA <span style="margin-left: 20px;">día</span> <span style="margin-left: 20px;">mes</span> <span style="margin-left: 20px;">año</span>		N° HC																												
DATOS GENERALES																														
Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: <input type="text"/>																												
		F. Nac.: <input type="text"/>																												
Lugar de Nacimiento	Procedencia	Grupo Sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>																												
Grado de Instrucción	Estado Civil	Ocupación <input type="text"/>																												
Acompañante de cuidados	Edad	Identificación (DNI) <input type="text"/>																												
		Dirección <input type="text"/>																												
ANTECEDENTES																														
<b>Personales</b> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inf. Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH - SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto cardíaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dislipidemia (Colesterol) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Personales</b> Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consumo de otras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Interv. quirúrgica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ♀ Cáncer de cérvix/ mama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ♂ Patología prostática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riesgo ocupacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia política <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Familiares</b> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH - SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DBM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prob. Psiquiátricos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
Descripción de antecedentes y otros <input type="text"/>																														
<b>Reacción Alérgica a Medicamentos</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Medicamento de uso frecuente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (dosis, tiempo de uso, otra observación) <input type="text"/>																														
<b>Sexualidad</b> Edad de inicio de relación sexual <input type="text"/> Número de parejas sexuales últimos 3 meses <input type="text"/> Hijos vivos <input type="text"/> RS con personas del mismo sexo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																														
Menarquía: <input type="checkbox"/> Fecha de última regla: <input type="text"/> R/C: <input type="text"/> Flujo vaginal patológico: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dismenorrea: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Embarazo: <input type="checkbox"/> Parto: <input type="checkbox"/> Prematuro: <input type="checkbox"/> Aborto: <input type="checkbox"/> <input type="text"/>																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Año</th> <th>CPN</th> <th>Complicación</th> <th>Parto</th> <th>Peso RN</th> <th>Puerperio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio	Gestación							Gestación							Gestación						
N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio																								
Gestación																														
Gestación																														
Gestación																														
NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC																												

Ing: Ignora o desconoce



NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC			
<b>FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO</b> <b>CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO MUJER</b>				<b>PERIODICAMENTE</b> Fecha de última regla Secreción o lesión genitales Tos más de 15 días Fiebre en los últimos 15 días	
				<b>CADA CONSULTA</b> Fecha	
<b>Físico:</b> Índice de masa corporal Presión arterial					
<b>Vacunar:</b> Anticéptica (3 dosis) Antimeningocócica (zona de riesgos) Antihépatitis B (3 dosis)					
<b>Examen bucal:</b> Encías Caries bucal Edentulismo parcial o total Portador de prótesis dental Estado de higiene bucal Urgencia de tratamiento					
<b>Examen:</b> Visual (> 40 años) De colesterol (> 45 años) De glucosa De mamas Pélvico y PAP (C/año, C/3 a) Mamografía (> 50 años, C/n a)					
<b>Psicosocial:</b> Ansiedad - depresión Violencia familiar Violencia política					
<b>Habitos:</b> Actividad física Uso de alcohol Uso de tabaco Uso de otras drogas					
<b>Sexualidad:</b> Actividad sexual Planificación familiar					
Nota: se puede colocar SI ó Check, No ó Aspa, ni (normal) ó anormal ó valores.					


3-A



ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección



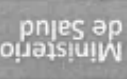
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud		<b>3-B</b>					
<b>FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO</b>							
<b>CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO VARÓN</b>							
Nota: se puede colocar SI ó Check, No ó Aspa, ni (normal) ó ani (anormal) ó valores.							
<b>CADA CONSULTA</b>	<b>Fecha</b>						
Fiebre en los últimos 15 días							
Tos más de 15 días							
Secreción o lesión genitales							
<b>PERIODICAMENTE</b>	<b>Fecha</b>						
<b>Físico:</b>							
Índice de masa corporal							
Presión arterial							
<b>Vacunas:</b>							
Antitetánica (3 dosis)							
Antiamarilica (zona de riesgos)							
Antihepatitis B (3 dosis)							
<b>Examen bucal</b>							
Encías							
Carié bucal							
Edentulismo parcial o total							
Portador de prótesis dental							
Estado de higiene bucal							
Urgencia de tratamiento							
<b>Exámen:</b>							
Visual (> 40 años)							
De colesterol (> 45 años)							
De glucosa							
De próstata							
<b>Psicosocial</b>							
Ansiedad - depresión							
Violencia familiar							
Violencia política							
<b>Hábitos:</b>							
Sedentarismo							
Uso de alcohol							
Uso de tabaco							
Uso de otras drogas							
<b>Sexualidad:</b>							
Actividad sexual							
Planificación familiar							
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>							<b>N° HC</b>

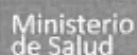
NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC
<b>CONSULTA</b>		
FECHA	HORA:	EDAD:
Motivo de la consulta:		
Apetito:	Sed:	Sueño:
Estado de ánimo:		
Orina:	Deposiciones:	Ex. Físico
T°:	PA:	FC:
FR:	Peso:	Talla:
IMC:		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<b>TRATAMIENTO</b>		
Exámenes auxiliares		
Referencia (lugar y motivo):		
Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:		

<b>CONSULTA</b>		
FECHA	HORA:	EDAD:
Motivo de la consulta:		
Apetito:	Sed:	Sueño:
Estado de ánimo:		
Orina:	Deposiciones:	Ex. Físico
T°:	PA:	FC:
FR:	Peso:	Talla:
IMC:		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<b>TRATAMIENTO</b>		
Exámenes auxiliares		
Referencia (lugar y motivo):		
Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:		

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL	
	  




## CONSULTA

[illegible]

## CONSULTA

FECHA		HORA:		EDAD:		Tiempo de Enfermedad:	
Motivo de la consulta:							
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:					
Ex. Físico	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO			
				Exámenes auxiliares			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº HC
---------------------	-------

NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC	
Observación:			
Próxima Cita:		Atendido por:	
Firma y Sello:		(Colegio prof.)	
Referencia (lugar y motivo):			
Exámenes auxiliares			
TRATAMIENTO		DIAGNÓSTICO	
Ex. Físico			
Orina:			
Deposiciones:			
Sed:			
Sueño:			
Estado de ánimo:			
Motivo de la consulta:			
FECHA			
HORA:			
EDAD:			
Tiempo de Enfermedad:			
CONSULTA			
Observación:			
Próxima Cita:		Atendido por:	
Firma y Sello:		(Colegio prof.)	
Referencia (lugar y motivo):			
Exámenes auxiliares			
TRATAMIENTO		DIAGNÓSTICO	
Ex. Físico			
Orina:			
Deposiciones:			
Sed:			
Sueño:			
Estado de ánimo:			
Motivo de la consulta:			
FECHA			
HORA:			
EDAD:			
Tiempo de Enfermedad:			
CONSULTA			
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL			
			
PERU Ministerio de Salud			

ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección

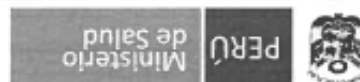




NOM. ASESORES Y APELLIDOS		N° HC	
Observación:			
Próxima Cita:		Atendido por:	
Firma y Sello:		(Colegio prof.)	
Referencia (lugar y motivo):		Exámenes auxiliares	
TRATAMIENTO		DIAGNÓSTICO	
Ex. Físico: T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:			
Orina: Depósitos: Sed: Sueño: Estado de ánimo:			
Motivo de la consulta:			
FECHA		HORA:	
EDAD:		Tiempo de Enfermedad:	
CONSULTA			

Observación:		Atendido por:	
Próxima Cita:		Firma y Sello:	
Referencia (lugar y motivo):		(Colegio prof.)	
Exámenes auxiliares		TRATAMIENTO	
DIAGNÓSTICO		Ex. Físico: T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:	
Orina: Depósitos: Sed: Sueño: Estado de ánimo:		Motivo de la consulta:	
FECHA		HORA:	
EDAD:		Tiempo de Enfermedad:	
CONSULTA			

### FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL



ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección



Ministerio  
de Salud

OBSERVACIONES

INDICE DE PM y PC		INDICE DE HIGIENE ORAL		Estado de higiene (HIO-4)		Consumo de fluoruros	
0	1	2	3	BAJO	BUENO	Buena	Buena
4	5	6	7	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
8	9	10	11	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
12	13	14	15	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
16	17	18	19	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
20	21	22	23	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
24	25	26	27	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
28	29	30	31	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
32	33	34	35	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
36	37	38	39	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
40	41	42	43	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
44	45	46	47	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
48	49	50	51	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
52	53	54	55	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
56	57	58	59	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
60	61	62	63	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
64	65	66	67	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
68	69	70	71	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
72	73	74	75	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
76	77	78	79	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
80	81	82	83	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
84	85	86	87	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
88	89	90	91	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
92	93	94	95	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
96	97	98	99	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
100	101	102	103	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
104	105	106	107	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
108	109	110	111	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
112	113	114	115	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
116	117	118	119	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
120	121	122	123	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
124	125	126	127	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
128	129	130	131	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
132	133	134	135	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
136	137	138	139	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
140	141	142	143	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
144	145	146	147	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
148	149	150	151	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
152	153	154	155	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
156	157	158	159	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
160	161	162	163	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
164	165	166	167	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
168	169	170	171	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
172	173	174	175	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
176	177	178	179	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
180	181	182	183	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
184	185	186	187	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
188	189	190	191	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
192	193	194	195	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
196	197	198	199	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
200	201	202	203	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
204	205	206	207	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
208	209	210	211	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
212	213	214	215	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
216	217	218	219	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
220	221	222	223	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
224	225	226	227	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
228	229	230	231	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
232	233	234	235	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
236	237	238	239	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
240	241	242	243	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
244	245	246	247	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
248	249	250	251	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
252	253	254	255	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
256	257	258	259	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
260	261	262	263	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
264	265	266	267	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
268	269	270	271	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
272	273	274	275	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
276	277	278	279	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
280	281	282	283	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
284	285	286	287	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
288	289	290	291	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
292	293	294	295	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
296	297	298	299	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
300	301	302	303	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
304	305	306	307	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
308	309	310	311	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
312	313	314	315	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
316	317	318	319	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
320	321	322	323	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
324	325	326	327	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
328	329	330	331	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
332	333	334	335	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
336	337	338	339	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
340	341	342	343	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
344	345	346	347	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
348	349	350	351	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
352	353	354	355	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
356	357	358	359	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
360	361	362	363	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
364	365	366	367	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
368	369	370	371	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
372	373	374	375	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
376	377	378	379	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
380	381	382	383	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
384	385	386	387	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
388	389	390	391	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
392	393	394	395	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
396	397	398	399	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
400	401	402	403	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
404	405	406	407	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
408	409	410	411	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
412	413	414	415	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
416	417	418	419	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
420	421	422	423	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
424	425	426	427	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
428	429	430	431	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
432	433	434	435	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
436	437	438	439	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
440	441	442	443	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
444	445	446	447	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
448	449	450	451	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
452	453	454	455	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
456	457	458	459	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
460	461	462	463	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
464	465	466	467	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
468	469	470	471	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
472	473	474	475	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
476	477	478	479	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
480	481	482	483	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
484	485	486	487	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
488	489	490	491	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
492	493	494	495	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
496	497	498	499	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
500	501	502	503	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
504	505	506	507	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
508	509	510	511	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
512	513	514	515	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
516	517	518	519	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
520	521	522	523	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
524	525	526	527	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
528	529	530	531	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
532	533	534	535	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
536	537	538	539	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
540	541	542	543	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
544	545	546	547	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
548	549	550	551	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
552	553	554	555	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
556	557	558	559	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
560	561	562	563	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
564	565	566	567	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
568	569	570	571	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
572	573	574	575	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
576	577	578	579	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
580	581	582	583	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
584	585	586	587	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
588	589	590	591	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
592	593	594	595	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
596	597	598	599	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
600	601	602	603	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
604	605	606	607	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
608	609	610	611	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
612	613	614	615	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
616	617	618	619	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
620	621	622	623	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
624	625	626	627	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
628	629	630	631	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
632	633	634	635	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
636	637	638	639	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
640	641	642	643	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
644	645	646	647	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
648	649	650	651	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
652	653						

09.- FICHA DE TAMIZAJE DE MINI – MENTAL

Ministerio de Salud  
Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y Cultura de Paz



## TAMIZAJE DE VIOLENCIA - ANEXO 2

SERVICIO: .....

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

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

Interpretación:	
Tamizaje positivo	Puntaje mínimo > 15
Tamizaje negativo	Puntaje máximo 15
Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera + de 15 (asegure la comprensión de las preguntas)	
Caso de violencia confirmado - Tamizaje positivo.	

IPRESS

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

### Anexo 2

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

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

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

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

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

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





PERÚ Ministerio de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz

**FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL**

RED: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Emergencia ☐ Pediatría ☐ Ginecología ☐ Obstetricia ☐ CRED ☐ Medicina ☐ P.F. ☐ Otros ☐

Nombre y Apellidos del usuario: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Referencia: \_\_\_\_\_

**LEA AL PACIENTE**

Debido a que la violencia es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente está en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

**PREGUNTE:****SI ES ADULTO(A):**

¿Alguna vez algún miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?

☐ SI☐ NO

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_

**SI ES PADRE O MADRE DE FAMILIA:**

¿Su hijo es muy desobediente?

☐ SI☐ NO

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

☐☐

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_

**Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato que observe.**

En todos los casos: niña(o), adolescentes, adulto(s), ancianas (o)

**FÍSICO**

- ☐ Hematomas y contusiones inexplicables.
- ☐ Cicatrices y quemaduras.
- ☐ Fracturas inexplicables.
- ☐ Marca de mordeduras.
- ☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- ☐ Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.
- ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones del sueño).
- ☐ Enuresis (niños)

**PSICOLÓGICO**

- ☐ Extrema falta de confianza en sí mismo.
- ☐ Tristeza, depresión o angustia
- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente.

- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención.
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar.
- ☐ Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- ☐ Bajo rendimiento académico.
- ☐ Aislamiento de personas.
- ☐ Intento de Suicidio
- ☐ Uso alcohol, drogas
- ☐ Tranquilizantes o analgésicos.

**SEXUALES**

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- ☐ Embarazo precoz.
- ☐ Abortos o amenaza de Enfermedad de transmisión sexual.

**NEGLIGENCIA**

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- ☐ No vacunas o atención de salud.
- ☐ Accidente o enfermedad muy frecuente.
- ☐ Descuido de higiene y aliño, falta de estimulación del desarrollo
- ☐ Fatiga, sueño, hambre.

DERIVADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIÓ EL CASO: \_\_\_\_\_

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL EN EL MINSA

ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de SelecciónRONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de SelecciónMARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección



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

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

## Mini - Mental

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

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

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

### Pruebas del Mini-Mental y como se corrige

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

#### 1. Orientación

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

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

#### 2. Fijación

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

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



### 3. Atención y cálculo

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

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

### 4. Memoria

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

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

### 5. Lenguajes y praxias

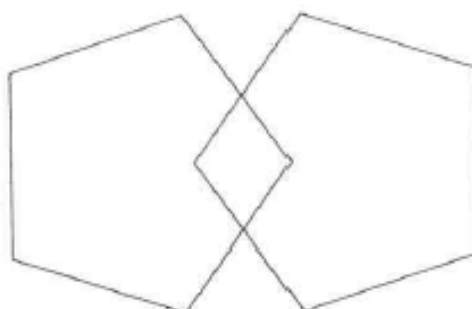
- Mostrar un lápiz. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce
- Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce
- Repetición. "Escuche bien la frase que voy a decir y repítala: NI SI, NI NO, NI PERO". Se da un punto si dice la frase de manera correcta.

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

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

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

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







### Interpretación Mini-Mental

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

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

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

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



Ministerio de Salud

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

**OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:**

.....

.....

.....

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

TIEMPO DE ENFERMEDAD : .....

FORMA DE INICIO : .....

CURSO : .....

EPISODIO ACTUAL : .....

TIPO DE ANAMNESIS : .....

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

**ANTECEDENTES PERINATALES**

gestacional: .....

de parto: .....

ubicación del embarazo: .....

ubicación del parto: .....

hora de embarazo: .....

Hora	Día	Mes	Año	Establecimiento de parto:

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Familiares Psiquiátricos:

Antecedentes Judiciales:

Antecedentes Tóxicos: Consumo de sustancias psicoactivas ( ) Juego Patológico ( ) Especificar: .....

Alcohol: ..... (Tipo: ..... ) Tabaco: ..... Cannabis: ..... PBC: ..... Cocaína: ..... LSD: ..... Extásis: ..... Inhalantes: .....

Inicio de consumo: ..... Frecuencia: ..... Último consumo: ..... Lugar y personas que consumen en la casa: ..... Perjuicios y/malos hábitos: .....

Antecedentes Gineco - Obstétricos: Menarquía: ..... FUR: ..... R/C: .....

Embarazos: ..... Partos: ..... Abortos: ..... Hijos Vivos: ..... Hijos Muertos: .....

Uso de Anticonceptivos: .....

Embarazos anteriores: .....

Alimentación habitual: .....

65



## I. HISTORIA Y DINÁMICA FAMILIAR:

## COMPROMISO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	NIVEL ECOLARIDAD	OCUPACIÓN
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	
			(A) (P) (S) (Tec) (Sup)	

## I. HISTORIA Y DINÁMICA FAMILIAR:

## a) FAMILIOGRAMA



## DINÁMICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	CICLO FAMILIA	APGAR FAMILIAR	OBSERVACIÓN
<input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Reconstituida <input type="checkbox"/> Extendida <input type="checkbox"/> Ampliada <input type="checkbox"/> Equivalente familiar	<input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/> Extensión completa <input type="checkbox"/> Contracción <input type="checkbox"/> Contracción completo <input type="checkbox"/> Disolución	<div>           - Severamente disfuncional <input type="checkbox"/> PUNTAJE 18 - 20            - Disfuncional <input type="checkbox"/> 14 - 17            - Moderadamente funcional <input type="checkbox"/> 10 - 13            - Funcional <input type="checkbox"/> &lt;= 9         </div>	

LINEA NUEVA

67



 **PERU** Ministerio de Salud  Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

Ψ CONDUCTA MORAL:

Ψ CONDUCTA ATÍPICA:



Ψ SOCIAL - EMOCIONA:

**VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

❖ EJE I (TRASTORNO CLÍNICO):

❖ EJE II (TRASTORNO DE PERSONALIDAD/ RM):

❖ EJE III (MORBILIDAD SOMÁTICA):

 **PERÚ** Ministerio de Salud  Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

❖ EJE IV (PROBLEMAS PSICOSOCIALES):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ EJE V (DISCAPACIDAD):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ DIAGNOSTICO FAMILIAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ DIAGNOSTICO SEGÚN MODELO DE RELATO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IX. PLAN DE TRABAJO:**

a) EXÁMENES AUXILIARES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ministerio de Salud

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

## Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_  
identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de  
edad en calidad de usuario/familiar/cuidador declaro participar en el  
programa de intervención en salud mental de manera continua, integral y  
comunitaria así como también lo siguiente:

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

DNI N° \_\_\_\_\_

Antes de firmar el consentimiento he sido informado del programa por  
\_\_\_\_\_  
siendo respondida mis preguntas y aclarada mis dudas.

Por ello doy mi consentimiento para el desarrollo del programa de  
intervención del \_\_\_\_\_  
a su vez asumo total responsabilidad de los siguiente:

PROFESIONAL(ES):

- Ψ Actos, decisiones y otras conductas que ocurran fuera de la IPRESS que pueda interrumpir o entorpecer el programa de intervención.
- Ψ Programación, reprogramación y asistencia a las citas a las horas pautadas.


\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

PERÚ Ministerio de Salud


Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

c) TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO:


d) INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL:



PERU  
Ministerio  
de Salud




Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y cultura de Paz




**SIMBOLOGÍA DE LOS FAMILIOGRAMAS**

☐ HOMBRE    ☐ MUJER    ☐ GESTANTE  
☐ MATRIMONIO  
☐ SEPARACIÓN  
☐ DIVORCIO  
☐ PACIENTE EN ESTUDIO  
☒ MUERTE  
☒ ABORTO ESPONTÁNEO    ☒ X ABORTO PROVOCADO  
☒ NATIMUERTO

**FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL Y/O FUNCIONAL**



PERU  
Ministerio  
de Salud



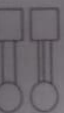
Estrategia Sanitaria Nacional de  
Salud Mental y cultura de Paz

**DINÁMICA FAMILIAR**

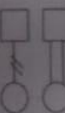
CRISIS FAMILIARES

NORMATIVAS

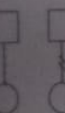
**PAUTAS DE RELACIÓN**



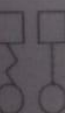
MUY ESTRECHA



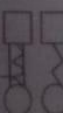
ESTRECHA



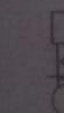
INTERMEDIA



DISTANTE



CONFLICTIVA



ESTRECHA Y CONFLICTIVA



**PARANORMATIVAS**

☐ DESORGANIZACIÓN

☐ DESMEMBRAMIENTO

☐ INCREMENTO

☐ DESMORALIZACIÓN

 **PERÚ** Ministerio de Salud  Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

b) FUNCIONES BIOLÓGICAS:

DEFUNCIONES: \_\_\_\_\_ MICCIÓN: \_\_\_\_\_ SUEÑO: \_\_\_\_\_

APETITOS: \_\_\_\_\_

c) EXAMEN REGIONAL POR APARATOS Y SISTEMAS:

Ψ CABEZA Y CUELLO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ TÓRAX Y PULMONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ ABDOMEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) EXAMEN PSICOPATOLÓGICO:

Ψ CONSIDERACIONES GENERALES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ CONCIENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ψ ATENCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 **PERÚ** Ministerio de Salud  Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

**b) HISTORIA POR ETAPA DE VIDA:**

Ψ Primera infancia y niñez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ Adolescencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ Juventud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ Adultez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ Tercera edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. EXÁMEN FÍSICO:**

a) FUNCIONES VITALES Y EXÁMEN GENERAL:

Ψ PA: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Ψ ESTADO GENERAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ PIEL Y FANERAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ TCSC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

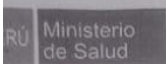
Ψ OSTEOMUSCULAR: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_


Ψ GANGLIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 **Ministerio de Salud**

  **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz**



Ψ PERCEPCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ CARDIOVASCULAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ INTELIGENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ MEMORIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ AFECTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ INSTINTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ψ CONACIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERÚ Ministerio de Salud

  Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

Ψ LATERALIDAD:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ JUICIO MORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ METACOGNICIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ LENGUAJE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) NEUROPSICOSOCIO DESARROLLO EVOLUTIVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ DESARROLLO MOTOR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ LENGUAJE - PENSAMIENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ministerio de Salud

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y cultura de Paz

### ACTA DE COMPROMISO

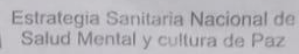
(CONSULTANTE CONTINUADOR)

Mediante el presente, Yo; .....  
Quién después de haber asistido a la Consulta de Atención Salud Integral realizado el .....  
..... en el consultorio de ..... de la IPRESS  
..... habiendo tomado conciencia de mi problemática así como de su tratamiento,  
me comprometo a:

- Ψ Adherirme al tratamiento asistiendo de las consultas que requiera mi recuperación psicológica.
- Ψ Analizar y reflexionar sobre los aspectos que mantiene la existencia de mi problemática.
- Ψ Responsabilizarme de mi propia salud mental y física.

Firma del Usuario  
N° de DNI N°

Firma y sello del Examinador



## INTERVENCIÓN INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN FAMILIAR / VISITA DOMICILIAR

HORA:



<b>B</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>C</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente <b>S/. 100,000.00 Cien Mil con 00/100 Soles</b>, por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de <b>S/. 13,700.00 (Trece Mil Setecientos con 00/100 Soles)</b>, por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes <b>SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL</b></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p>

<sup>1</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

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

(...)

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



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

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

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

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

#### Importante

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

#### Importante

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

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
*Eric Ivonne Gordillo Inostroza*  
CEP. 36400  
COORDINADORA ESPNPYCENT

GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
*G.D. MONICA LAROSE*  
COORDINADORA P.S.  
COP. 18112

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
*GCoB*  
*Lic. Enf. Gabriela A. Cochán Dávila*  
CEP. 100902  
EQUIPO TÉCNICO INMUNIZACIONES - DIT

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
*Obsta. Amparo Hilario Inostroza De la Cruz*  
COP. 26538  
COORDINADORA ESNTSS

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
*Sta. Magali B. Mesa Martínez*  
COP. 15788  
TITULAR Y TAPA DE VOTA ADJUDICATARIO Y AFF

*Dr. Jockey Gove Somo*  
*Salud Mantaro*

#### CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta P<sub>i</sub>= Puntaje de la oferta a evaluar O<sub>i</sub>=Precio i O<sub>m</sub>= Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>85 puntos</b></p>

#### Importante para la Entidad

*De conformidad con el artículo 51 del Reglamento, adicionalmente, se **pueden** consignar los siguientes factores de evaluación, según corresponda a la naturaleza y características del objeto del procedimiento, su finalidad y a la necesidad de la Entidad:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases, así como los factores de evaluación que no se incluyan.*

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	[15] puntos
<b>B. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO<sup>15</sup></b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará en función al plazo ofertado, el cual debe mejorar el plazo de ejecución establecido en los Términos de Referencia.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (<b>Anexo N° 4</b>)</p>	<p>De 11 hasta 15 días calendario: <b>15 puntos</b></p> <p>De 16 hasta 19 días calendario: <b>10 puntos</b></p> <p>De 20 hasta 24 días calendario: <b>05 puntos</b></p>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100 puntos<sup>16</sup></b>

<sup>15</sup> Este factor podrá ser consignado cuando del expediente de contratación se advierta que el plazo establecido para la prestación del servicio admite reducción, para lo cual deben establecerse rangos razonables para la asignación de puntaje, esto es que no suponga un riesgo de incumplimiento contractual y que represente una mejora al plazo establecido.

<sup>16</sup> Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

**Importante para la Entidad**

*En el caso de procedimientos de selección cuyo valor estimado supere el monto establecido por la Ley de Presupuesto del Sector Público para la Adjudicación Simplificada se pueden incluir adicionalmente los siguientes factores.*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases, así como los factores de evaluación, en caso estos no se incluyan.*

**CAPÍTULO V  
PROFORMA DEL CONTRATO**

**Importante**

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

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

**CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

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

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

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

**CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

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

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

**CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>17</sup>**

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

<sup>17</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>18</sup>**

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

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

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

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

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

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

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los

<sup>18</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

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

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

##### **Importante**

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

##### **Importante**

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

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

##### **Importante**

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

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

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

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



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

**CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

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

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

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

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

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

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

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

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

**CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

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

**CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

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

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

Donde:

**F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;**  
**F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.**

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

#### **Importante**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Importante**

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>20</sup>.*

<sup>19</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

<sup>20</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

## ANEXOS



## ANEXO N° 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

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

#### Autorización de notificación por correo electrónico:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>22</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

<sup>21</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>22</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

Datos del consorciado 1				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>23</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>24</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>25</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

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

<sup>23</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> Ibidem.  
**ERICKA U. ROJAS PATILLA**  
Presidente (s) Comité de Selección

**RONALD G. HINOSTROZA ROMERO**  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

**MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME**  
2do. Miembro Comité de Selección

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>26</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>26</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

## ANEXO N° 2

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

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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

### ANEXO N° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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



#### ANEXO N° 4

##### DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**  
Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>27</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>28</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>28</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>29</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

**Importante**

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

**Importante para la Entidad**

*En caso de la prestación de servicios bajo el sistema a precios unitarios incluir el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

**ANEXO N° 6**

**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

**Presente.-**

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>			

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

**[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]**

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

**Importante**

- En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:  
"Mi oferta no incluye **[CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]**".*

**Importante para la Entidad**

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

**Incluir o eliminar, según corresponda**

**Importante para la Entidad**

*En caso de la prestación de servicios bajo el sistema a suma alzada incluir el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

**ANEXO N° 6**

**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

**Importante para la Entidad**

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

**Incluir o eliminar, según corresponda**

ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección



**Importante para la Entidad**

*En caso de la prestación de servicios bajo el esquema mixto de suma alzada y precios unitarios incluir el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

**Importante para la Entidad**

*Si durante la fase de actos preparatorios, las Entidades advierten que es posible la participación de proveedores que gozan del beneficio de la exoneración del IGV prevista en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, incluir el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

**ANEXO N° 7  
DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA  
APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV**

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa<sup>30</sup> se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>30</sup> En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

0

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 <sup>31</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>32</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>33</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>34</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>35</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>36</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>31</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>32</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>33</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

<sup>34</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>35</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>36</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>31</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>32</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>33</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>34</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>35</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>36</sup>
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

.....  
ERICKA U. ROJAS PATILLA  
Presidente (s) Comité de Selección

.....  
RONALD G. HINOSTROZA ROMERO  
1er. Miembro (S) Comité de Selección

.....  
MARIA CONSUELO ALIAGA JAIME  
2do. Miembro Comité de Selección

**ANEXO N° 9**

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

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

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



**Importante para la Entidad**

*En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00) o el procedimiento de selección según relación de ítem no supere dicho monto, se debe considerar el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases.*

**ANEXO N° 10**

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

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica el domicilio consignado por el postor en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *Para que el postor pueda acceder a la bonificación, debe cumplir con las condiciones establecidas en el literal f) del artículo 50 del Reglamento.*

**Importante**

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

**ANEXO N° 11**

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

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**  
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

## ANEXO N° 12

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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