

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"> • Abc | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores. |
| 4 | <div>Advertencia</div> <ul style="list-style-type: none"> • Abc | Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores. |
| 5 | <div>Importante para la Entidad</div> <ul style="list-style-type: none"> • Xyz | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases. |

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

INSTRUCCIONES DE USO:

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

Elaboradas en enero de 2019

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

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 004-2024-DRSA-C. S-1

PRIMERA CONVOCATORIA

CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE

IMPRESIÓN EN GENERAL DE LOS DIFERENTES FORMATOS QUE SERAN
DISTRIBUIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS JURISDICCIÓN EN LA
RED DE SALUD N° 03-ATALAYA EN EL PERIODO 2024; DEPARTAMENTO DE UCAYALI,
PROVINCIA DE ATALAYA Y DISTRITO DE RAYMONDI

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.*
- *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 Digitales¹). 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.

¹ 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 RNP². 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.

² La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: www.rnp.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 realizan conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

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

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

Importante

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

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

3.2. GARANTÍAS

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

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

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

Importante

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

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

Importante

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

Advertencia

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

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

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

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

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

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

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

3.5. ADELANTOS

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

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

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

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

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

3.8. PAGOS

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

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

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

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

Advertencia

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

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : DIRECCION RED DE SALUD N° 03 - ATALAYA
RUC N° : 20393127431
Domicilio legal : CALLE LIMA S/N
Correo electrónico: : LOGISTICAREDESALUDATALAYA03@GMAIL.COM

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del **SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL DE LOS DIFERENTES FORMATOS QUE SERAN DISTRIBUIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS JURISDICCION EN LA RED DE SALUD N° 03-ATALAYA EN EL PERIODO 2024; DEPARTAMENTO DE UCAYALI, PROVINCIA DE ATALAYA Y DISTRITO DE RAYMONDI.**

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N° 44-2024-DRSA-ADM el 11 de abril de 2024

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Donaciones y Transferencias.

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 APLICA.

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 105 días, 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 el área de Tesorería, sito Calle ENE S/N Atalaya o depósito en cuenta corriente Banco de la Nación N° 00-513-000-294; la copia de las bases se entregará en la Oficina de Logística, sito Calle ENE S/N Atalaya.

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

- Ley N° 28411 - Ley del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 31953 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024.
- Ley N° 31954 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el ejercicio Fiscal 2024.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado aprobado mediante Decreto Supremo N° 082-2019-EF y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado - Aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF y sus modificatorias mediante Decreto Supremo N° 377-2019-EF, Decreto Supremo N° 168-2020-EF, Decreto Supremo N° 162-2021-EF, decreto Supremo N° 250-2020, Decreto Supremo N° 234-2022-EF, Decreto Supremo N° 308-2022-EF y Decreto Supremo N° 167-2022-EF
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.
- Texto Único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del Acceso al Empleo Decente, Ley MYPE, aprobado por Decreto Supremo N.º 007-2008-TR.
- Directivas y Opiniones del OSCE.
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria, que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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 documentos³, la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- 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 – PIDE⁴ 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.

- Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (**Anexo N°2**)
- 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**)

³ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

⁴ 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)**⁵
- 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 Discapacidad⁶.
- 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”.

⁵ 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.

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

Importante para la Entidad

*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 : 00-513-000294

Banco : BANCO DE NACIÓN

N° CCI⁷ : 018-513-00051300029421

”

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 – PIDE⁸ 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 comunicación⁹. (**Anexo N° 12**).
- Detalle de los precios unitarios del precio ofertado¹⁰.
- Estructura de costos¹¹.

⁷ En caso de transferencia interbancaria.

⁸ 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/>

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

¹⁰ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

¹¹ 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 paquete¹².

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 Haya¹³.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en sito MESA DE PARTES - Calle ENE S/N Atalaya.

¹² Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

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

2.6. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **FORMA PROPORCIONAL DE ACUERDO A LOS ENTREGABLES EN MONEDA NACIONAL.**

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

- Informe del funcionario responsable (COORDINADOR) de la unidad de seguros emitiendo la conformidad por el servicio prestado.
- Recepción de los formatos por el área de almacén.
- Orden de servicio.
- Comprobante de pago que se encuentra autorizada por sunat.
- Carta con la cuenta bancaria CCI.
- Declaración jurada de cumplimiento de los términos de referencia.

Dicha documentación se debe presentar en Mesa de partes de la Dirección Red de Salud N° 03 – ATALAYA.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

FORMATO DE TÉRMINOS DE REFERENCIA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Contratación del servicio de impresiones, encuadernación y empastado de formatos que serán utilizados para las prestaciones de salud de asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS), que serán distribuidos en los establecimientos de Salud de la Jurisdicción de la Red de Salud N°3 Atalaya.

2. DEPENDENCIA SOLICITANTE

Seguro Integral de Salud

3. OBJETO DE LA CONTRATACION

Mejorar la gestión de la información de las prestaciones de salud que son registradas en los diferentes formatos para los usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS), para las instituciones prestadoras de salud (IPRESS) publicadas. Adicionalmente a los formatos en donde se registra las atenciones, también se utiliza los formatos de referencia, contrarreferencia, FUAS, Historias clínicas y recetas.

4. FINALIDAD PÚBLICA

El presente proceso busca atender de manera oportuna la formatearía para los usuarios del SIS, para las 3 Microredes de salud: Raimondi, Tahuania y Sepahua con un total de 29 Puestos de Salud de nivel I-1 y I-2, pertenecientes 18 puestos de salud a la Microred de Raymondi, 6 puestos de salud a la Microred de Tahuania y 5 puestos de salud en la Microred de Sepahua, ya que dentro del sistema de gestión de la información de salud representa un servicio indispensable para el registro de todas las prestaciones brindadas a los usuarios asegurados al seguro integral de salud (SIS).



5. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR

Servicio de impresiones, encuadernación y empastado de formatos que serán utilizados para las prestaciones de salud de asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS), dentro de los cuales se encuentran:

- Formatos Únicos de Atención (FUAS).
- Receta Única de Atención.
- Formatos de Hojas de referencia.
- Formatos de Hojas de Contrarreferencia.
- Receta Única de Atención.
- Formatos de Historias Clínicas.
- Formatos de Exámenes Auxiliares (Laboratorio, RX, Ecografía, materno, odontología, Admisión, etc.).
- Libro de morbilidad.

El uso de la formateríaes para el consumo de las (03) micro redes de salud: Raymondi, Tahuania y Sepahua ámbito de intervención de la Dirección de Red de Salud N°3 Atalaya.

5.1 Descripción del servicio

| Descripción | Unidad de Medida | Cantidad |
|--|------------------|----------|
| Formato 1: Formato Único de Atención para los 18 EE.SS de la Micro Red Raimondi (01 original y 01 copia) Papel autocopiativo. | Block x 100 und | 190,450 |

| | | |
|--|-----------------|--------|
| Formato 2: Formato Único de Atención para los 06 EE.SS de la Micro Red Tahuania (01 original y 01 copia) Papel autocopiativo. | Block x 100 und | 95,000 |
| Formato 3: Formato Único de Atención para los 05 EE.SS de la Micro Red Sepahua (01 original y 01 copia) Papel autocopiativo. | Block x 100 und | 85,000 |
| Formato 4: Formato de Referencia (01 original y 02 copias) Papel autocopiativo. | Block x 50und | 520 |
| Formato 5: Formato de Contrarreferencia (01 original y 02 copias) Papel autocopiativo. | Block x 50und | 225 |
| Formato 6: Receta única de atención papel bulki (01 original) | Block x 50und | 215 |
| Formato 7: Formatos de Historias Clínicas | Paq. 500 hojas | 228 |
| Formato 8: Formatos de Exámenes Auxiliares (Laboratorio, RX, Ecografía, materno, odontología, Admisión, etc.). | Paq. 500 hojas | 227 |
| Libro de morbilidad. | unidad | 3 |

- La numeración se deberá coordinar con el área usuaria (COORDINACION DE LA UNIDAD DE SEGUROS).

❖ **FORMATO 1: Formato único de Atención (para los 18 EE.SS de la Micro Red Raimondi para atenciones regulares).**

Los formatos deberán tener las siguientes características

- Cada juego se compone de 01 original y 01 copia (papel autocopiativo) anverso y reverso.
- Original: papel color blanco A4.
- Copia: papel autocopiativo color Amarillo A4
- Papel de 60 gramos
- Los blocks deberán estar numerados en el formato original y copia. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- La numeración del formato se realizara en color rojo anverso y reverso.
- Los formatos deberán agruparse en block de 100 juegos.

Se ajunta modelo de FUA al presente documento (MODELO DE FUA PARA EE.SS) para atenciones regulares

❖ **FORMATO 2: Formato único de Atención (para los 06 EE.SS de la Micro Red Tahuania para atenciones regulares).**

Los formatos deberán tener las siguientes características

- Cada juego se compone de 01 original y 01 copia (papel autocopiativo) anverso y reverso.
- Original: papel color blanco A4.
- Copia: papel autocopiativo color Amarillo A4
- Papel de 60 gramos
- Los blocks deberán estar numerados en el formato original y copia. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- La numeración del formato se realizara en color rojo anverso y reverso.
- Los formatos deberán agruparse en block de 100 juegos.



Se adjunta modelo de FUA al presente documento (MODELO DE FUA PARA EE.SS) para atenciones regulares.

❖ **FORMATO 3: Formato único de Atención (para los 05 EE.SS de la Micro Red Sepahua para atenciones regulares).**

Los formatos deberán tener las siguientes características

- Cada juego se compone de 01 original y 01 copia (papel autocopiativo) anverso y reverso.
- Original: papel color blanco A4.
- Copia: papel autocopiativo color Amarillo A4
- Papel de 60 gramos
- Los blocks deberán estar numerados en el formato original y copia. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- La numeración del formato se realizara en color rojo anverso y reverso.
- Los formatos deberán agruparse en block de 100 juegos.

Se adjunta modelo de FUA al presente documento (MODELO DE FUA PARA EE.SS) para atenciones regulares.

❖ **FORMATO 4: Formato de Referencia**

- Los formatos en papel autocopiativo y triplicados (1 original + 2 copias).
- Original: papel color blanco.
- Copia: papel color Amarillo o verde.
- Tamaño: A4
- Papel: 60 gramos
- Los formatos se deberán de numerar en el formato original y copias. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- Presentación: blocks de 50 juegos.
- Se adjunta modelo al presente documento.

❖ **FORMATO 5: Formato de Contrarreferencia**

- Los formatos en papel autocopiativo y triplicados (1 original + 2 copias).
- Original: papel color blanco.
- Copia: papel color Amarillo o verde.
- Tamaño: A4
- Papel: 60 gramos
- Los formatos se deberán de numerar en el formato original y copias. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- Presentación: blocks de 50 juegos.
- Se adjunta modelo al presente documento.

❖ **FORMATO 6: Formato de receta única**

- Los formatos No es autocopiativo
- Papel Bulki (01 original)



- Tamaño ½ Oficio
- Papel: 90 gramos
- Numeración: numerado y croquelado. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- Presentación: blocks de 50 juegos.
- Se ajunta modelo al presente documento.

❖ **FORMATO 7: Formatos de Historias Clínicas**

- Los formatos No es autocopiativo
- Papel Bond (01 original)
- Tamaño A4
- Papel: 75 gramos
- Numeración: numerado y croquelado. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- Presentación: paquete de 500 hojas
- Se ajunta modelo al presente documento.

❖ **FORMATO 8: Formatos de Exámenes Auxiliares (Laboratorio, RX, Ecografía, materno, odontología, Admisión)**

- Los formatos No es autocopiativo
- Papel Bond (01 original)
- Tamaño A4
- Papel: 75 gramos
- Numeración: numerado y croquelado. El rango de numeración, será entregado al contratista a la firma de contrato.
- Presentación: paquete de 500 hojas
- Se ajunta modelo al presente documento.



5.2. Presentación de Muestras

Los postores deberán adjuntar en forma obligatoria en la presentación de propuestas, UNA (01) muestra del servicio ofertado por cada formato, debiendo estar estrictamente de acuerdo a las características en los términos de referencia mínimas solicitadas, caso contrario se considera NO ADMITIDA.

Las muestras no serán sometidas a ninguna prueba, la metodología a utilizar para la evaluación se las muestras se determina de la siguiente manera:

- Se tendrá en cuenta la nitidez del formato.
- Se tendrá en cuenta el acabado.
- Se tendrá en cuenta el diseño.
- Los insumos requeridos a utilizarse deben ser ecoamigables lo cual se acreditara con la respectiva declaración o certificado del fabricante para las tintas y con la respectiva certificación ecológica FSC para el papel a usa (papel bulki 90 gramos y papel autocopiativo de 60 gramos), de acuerdo a cada detalle de cada formato.
- Especificaciones técnicas contenidas en la RJ 015-2021/SIS Directiva Administrativa N°001-2021-SIS/GREP-V.01.

5.3. Embalaje y Rotulado

El postor deberá considerar en su propuesta el embalaje y su protección adecuado del producto, a

fin que no se dañe o deterioren durante el transporte y almacenaje para su conservación.

5.4. Garantía Comercial

Declaración jurada en donde el ganador indique que será responsable del periodo de garantía del servicio que ofrece, ya sea por defectos de fabricación, indicara el plazo de validez de la misma, el cual no deberá ser menor a 01 año contados a partir de la fecha de emitida la conformidad por el ara usuaria indicando para el plazo de reposición del servicio con un máximo de 03 días calendarios. La entidad no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos. Pudiendo el postor ofrecer garantías adicionales.

6. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO

6.1. Conformidad: El responsable del requerimiento velara por el fiel cumplimiento del contrato, para lo cual tendrá en cuenta la entrega y recepción del servicio. La conformidad será emitida por el Coordinador de la Unidad de Seguro SIS. La conformidad será emitida en un plazo máximo de diez (10) días de producida la recepción completa.

7. PRESUPUESTO

Afectara la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencia SIS - 4.13

8. PLAZO DE ENTREGA

Entregas parciales de periodicidad mensual a solicitud del área usuaria.



| Entregables | Descripción | Porcentaje |
|--------------------|---|------------|
| Primer Entregable | A los 15 días contados a partir del día siguiente del perfeccionamiento del contrato. | 25% |
| Segundo Entregable | A los 30 días después del primer entregable | 25% |
| Tercer Entregable | A los 30 días después del segundo entregable | 25% |
| Cuarto Entregable | A los 30 días después del tercer entregable | 30% |
| Total | | 100% |

9. LUGAR DE EJECUCIÓN

La ejecución de los servicios de impresión de formatos se presentara en el Almacén de la Direccion de Red de Salud N°3 Atalaya, Jr. Hildebrando Fuentes N° 360.

10. REQUISITOS DEL POSTOR

- Experiencia en el rubro de contratación.
- Declaración jurada de no estar inhabilitado para contratar con el estado.
- Contar con el Registro Nacional de Proveedores Vigente.
- Ficha RUC habilitado y activo
- Tener como actividad principal el objeto de la convocatoria (impresión).

11. FORMA DE EJECUCION

Se realizara la ejecución del servicio de impresión solicitados y establecidos en el contrato.

12. FORMA DE PAGO

La entidad realizara el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista de forma proporcional de acuerdo a los entregables en moneda nacional.

El pago se realizara después de ejecutada la respectiva prestación a favor del contratista dentro de los 15 días calendarios siguientes a la conformidad del servicio, siempre que se verifique las condiciones establecidas en el contrato para ello. La conformidad se emite en un plazo máximo de diez (10) días de producida la recepción de la entrega total. Se efectuara el pago en soles, pago único, para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción de los formatos por el área de almacén. ✓
- Informe del coordinador de la unidad de seguros emitiendo la conformidad por el servicio ✓ prestado.
- Orden de servicio. ✓
- Comprobante de pago que se encuentre autorizada por sunat.
- Carta con la cuenta bancaria CCI.
- Declaración jurada del cumplimiento de los términos de referencia.

13. SISTEMA DE CONTRATACION

Suma Alzada.

14. REQUISITOS DE CALIFICACION

- El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente S/ 120,000.00 (Ciento Veinte Mil con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la contratación, durante los cinco (05) años anteriores al a fecha de la presentación de ofertas que se computan desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago según corresponda.
- Se considera servicios similares a los siguientes: Servicio impresión y/o confección de formatos y formularios en entidades del sector Salud (IPRES).



15. PENALIDADES

En caso que el contratista incumpla las condiciones antes señaladas se le aplicara una penalidad en función a lo establecido en el artículo 161 y 162 penalidades por mora en la ejecución del servicio. Así mismo se ejecutara la garantía de fiel cumplimiento presentada y/o correspondiente resolución del contrato de ser el caso.

Si el contratista incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la orden de servicio, 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= 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días o;



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



- 15.1. **Incumplimiento de Contrato:** Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas

de conformidad con la normativa vigente para el presente año fiscal.

- 15.2. Responsabilidad de vicios ocultos:** La recepción conforme de la prestación por parte de la Entidad no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la Ley de Contrataciones con el Estado y su reglamento. El plazo máximo de responsabilidad de contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la entidad.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN RED DE SALUD 03 / ATALAYA
x 
Lucia Villar Tiburcio
(e) UNIDAD DE SEGUROS

| HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|---|---------------------|-------|------|---|--|--|-----|---|--|------|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|  Ministerio de Salud <small>Perseguir que mandemos Perseguir</small> | | HOJA DE CONTRARREFERENCIA | | | | N° | |  DIRECCIÓN DE RED DE SALUD N° 03 ATALAYA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> | | Día | Mes | Año | | | | Hora <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Hora</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Min</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Seg</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> | | Hora | Min | Seg | | | | Asegurado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | PLANES DE ATENCIÓN SIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">B</td><td style="width: 20px; text-align: center;">C</td><td style="width: 20px; text-align: center;">D</td><td style="width: 20px; text-align: center;">E</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | A | B | C | D | E | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora | Min | Seg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | B | C | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Establecimiento que Contrarrefiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Establecimiento Destino de la Contrarreferencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">CODIGO DE LA AFILIACION AL SIS</td><td style="width: 50%; text-align: center;">N° HISTORIA CLINICA</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | CODIGO DE LA AFILIACION AL SIS | N° HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODIGO DE LA AFILIACION AL SIS | N° HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Edad: Años <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Años</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Meses</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Días</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> | | Años | Meses | Días | | | | Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Meses</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Días</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table> | | Meses | Días | | | Días <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Días</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td></tr></table> | | | | Días | | | | | | | | | | | |
| Años | Meses | Días | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meses | Días | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Días | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | Distrito: | | Departamento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Ingreso <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> | | Día | Mes | Año | | | | Fecha de Egreso <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de Ingreso <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de Egreso <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento y/o procedimientos realizados <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adjuntar informes y reportes de procedimientos <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 70%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">CIE - 10</td><td style="width: 10%; text-align: center;">D</td><td style="width: 10%; text-align: center;">P</td><td style="width: 10%; text-align: center;">R</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | CIE - 10 | D | P | R | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CIE - 10 | D | P | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN DE LA REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De la Comunidad <input type="checkbox"/> | | | De un Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> | | | Autorreferencia <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Justificada <input type="checkbox"/> | | | | | No Justificada <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UPS QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta Ext. <input type="checkbox"/> | | | Emergencia <input type="checkbox"/> | | Apoyo al Dx <input type="checkbox"/> | | Hospitalización <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPECIALIDAD QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pediatria <input type="checkbox"/> | | Medicina <input type="checkbox"/> | | Cirugia <input type="checkbox"/> | | Gineco- Obst. <input type="checkbox"/> | | Lab. <input type="checkbox"/> Dx Imag <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONDICIÓN DEL USUARIO PARA LA CONTRARREFERENCIA | | | | | Nombre: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curado <input type="checkbox"/> | | | | | Deserción <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mejorado <input type="checkbox"/> | | | | | Retiro voluntario <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atendido x Apoyo al Dx <input type="checkbox"/> | | | | | Fallecido <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | N° de colegiatura: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Firma y Sello | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  MINISTERIO DE SALUD Persona que atiende personas Dirección Regional de Salud de Ucayali | | HOJA DE REFERENCIA HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL | |  Dirección de Red de Salud 03 - Atalaya | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. DATOS GENERALES | | Hora <input type="text"/> | | Asegurado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | | Día | Mes | Año | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Tipo: <input type="text"/> | | PLANES DE ATENCIÓN SIS <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> A</td><td><input type="checkbox"/> B</td><td><input type="checkbox"/> C</td><td><input type="checkbox"/> D</td><td><input type="checkbox"/> E</td><td><input type="checkbox"/> F</td></tr></table> | | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> F | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> F | | | | | | | | | | | | | | | |
| Establecimiento de Origen de la Referencia <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Establecimiento Destino de la Referencia <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. IDENTIFICACIÓN DE USUARIO | | <table border="1"><tr><td colspan="2">CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS</td><td colspan="2">N° HISTORIA CLÍNICA</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | | | | CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS | | N° HISTORIA CLÍNICA | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | |
| CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS | | N° HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO PATERNO <input type="text"/> | | APELLIDO MATERNO <input type="text"/> | | NOMBRES <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Edad Años <input type="text"/> | | Meses <input type="text"/> Otros <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: <input type="text"/> | | Distrito: <input type="text"/> | | Departamento <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Examen Físico T° <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> F.R. <input type="text"/> F.C. <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exámenes Auxiliares <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico <table border="1"><tr><td>1) <input type="text"/></td><td colspan="2">CIE - 10</td><td colspan="2">D P R</td></tr><tr><td>2) <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>3) <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | | | | | | 1) <input type="text"/> | CIE - 10 | | D P R | | 2) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 3) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1) <input type="text"/> | CIE - 10 | | D P R | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. DATOS DE LA REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UPS Destino de la Referencia <table border="1"><tr><td>Emergencia <input type="checkbox"/></td><td>Consulta Externa <input type="checkbox"/></td><td>Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/></td></tr></table> | | | | | | Emergencia <input type="checkbox"/> | Consulta Externa <input type="checkbox"/> | Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| Emergencia <input type="checkbox"/> | Consulta Externa <input type="checkbox"/> | Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en que será atendido: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora en que será atendido: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de quien lo atenderá: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre con quien se coordinó la atención: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Especialidad de Destino: <table border="1"><tr><td>Pediatría <input type="checkbox"/></td><td>Medicina <input type="checkbox"/></td><td>Cirugía <input type="checkbox"/></td><td>Gineco-Obst. <input type="checkbox"/></td><td>Lab. <input type="checkbox"/></td><td>Dx. por Imág. <input type="checkbox"/></td><td>Otro <input type="checkbox"/></td></tr></table> | | | | | | Pediatría <input type="checkbox"/> | Medicina <input type="checkbox"/> | Cirugía <input type="checkbox"/> | Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> | Lab. <input type="checkbox"/> | Dx. por Imág. <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Pediatría <input type="checkbox"/> | Medicina <input type="checkbox"/> | Cirugía <input type="checkbox"/> | Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> | Lab. <input type="checkbox"/> | Dx. por Imág. <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado <table border="1"><tr><td>Estable <input type="checkbox"/></td><td>Mal Estado <input type="checkbox"/></td></tr></table> | | | | | | Estable <input type="checkbox"/> | Mal Estado <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Estable <input type="checkbox"/> | Mal Estado <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de la RF | | Respo. del establecimiento | | Personal que acompaña | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre <input type="text"/> | | Nombre <input type="text"/> | | Nombre <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colegiatura <input type="text"/> | | Colegiatura <input type="text"/> | | Colegiatura <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma y Sello <input type="text"/> | | Firma y Sello <input type="text"/> | | Firma y Sello <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha <input type="text"/> | | Hora <input type="text"/> | | Firma y Sello <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Estable</td><td><input type="checkbox"/> Mal Estado</td><td><input type="checkbox"/> Fallecido</td></tr></table> | | | | | | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Mal Estado | <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Mal Estado | <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Oficina de Salud
de las Personas



Dirección de Red de Salud
N° 03 - Atalaya

Red de Salud N° 03 - Atalaya

EE.SS.

HISTORIA CLÍNICA GESTANTE - PUÉRPERA

APELLIDOS:

NOMBRES:

COMUNIDAD:

GEST. RIESGO

F.F./H.C.

SEGURO N°

F.N.

DOCUMENTO
DE IDENTIDAD

N° CELULAR

¡CUIDANDO LA SALUD MATERNA NEONATAL!



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

I. DATOS DE AFILIACIÓN

SERVICIO:

FECHA DE INGRESO: DÍA MES: AÑO: HORA: N°DNI/CARNET EXTRANJERÍA

APELLIDOS:

NOMBRES:

EDAD:

TIPO DE SEGURO:

SIS:

SALUDPOL:

SOAT:

OTROS:

N° DE HISTORIA CLÍNICA

N° DE SEGURO :

SEXO:

RAZA O ETNIA:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROCEDENCIA

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

DOMICILIO ACTUAL:

CELULAR:

PADRE, ESPOSO O ACOMPAÑANTE:

DNI:

CELULAR:

DOMICILIO DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE RESPONSABLE:

ALERGIA A MEDICAMENTOS:



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |

1. Motivo de la Consulta

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

II. MOTIVO DE CONSULTA Y/O ATENCIÓN:

III. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Tiempo de Enfermedad: _____
- Signos y Sintomas Principales: _____
- Funciones Biológicas: _____
- Apetito: _____ Sueño: _____ Heces: _____
- Orina: _____ Sed: _____

IV. ANTECEDENTES

- Antecedentes Familiares: _____
- Antecedentes Personales: _____ Alergias: _____
- Antecedentes Gineco-Obstétricos: _____
- Menarquia: _____ IRS: _____ RC: _____
- Poliandria: _____ USO de MAC: _____
- Tiempo de uso de MAC: _____ F.U. PAP: _____ F.U. IVAA: _____
- G _____ P _____ Intervenciones Quirúrgicas _____
- GESTACIÓN ACTUAL: _____ FUM: _____ DUDA: _____
- EG: _____ FPP: _____

| N° | FECHA DE PARTO O ABORTO | VAGINAL / CESAREA | LUGAR | E.G. | PESO | SEXO | LACTANCIA |
|----|----------------------------|-------------------|-------|------|------|------|-----------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

V. EXAMEN CLÍNICO

- FUNCIONES VITALES _____
- P/A _____ PULSO: _____ SAT%: _____ T°: _____ RESP: _____
- PESO PRE GEST: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ CLASIFICACION: _____

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

- ESTADO GENERAL: _____ ESTADO DE HIDRATACIÓN: _____
- ESTADO DE NUTRICIÓN: _____ ESTADO DE CONCIENCIA: _____

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

EXAMEN CLÍNICO REGIONAL

- PIEL Y ANEXOS:
- CABEZA :
- CUELLO :
- APARATO RESPIRATORIO:
- MAMAS :
- AP. CARDIOVASCULAR :
- ABDOMEN:
- EXAMEN OBSTÉTRICO: ____ ÚTERO:
- AU: SPP: FCF1 : FCF2:
- MF: DU: PONDERADO FETAL:
- APARATO URINARIO: PPL: DERECHO: () IZQUIERDO: ()
- A.P. GENITAL: EXTERNO:
-
- PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: PERDIDA DE SANGRADO:
- AP. GENITAL INTERNO: ESPECULOSCOPIA:
- TACTO VAGINAL:
- PELVIMETRÍA:
- MIEMBROS INFERIORES: VARICES: EDEMAS: ROT:

VI. DIAGNÓSTICO

| DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|-------------|---|---|---|--------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

VII. PLAN DE TRABAJO

 SS/LABORATORIO, ECOGRAFÍA, INTERCONSULTAS, REFERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

VIII. TRATAMIENTO

| MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|-------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

HORA DE TERMINO: FECHA DE CITA:

Sello y Firma

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

TAMIZAJE DE VIOLENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Celular: _____ Fecha: ____/____/____ hora de Atención ____:____

Acompañante al control: _____

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

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

| Interpretación | Punto mínimo | Punto máximo |
|---|--------------|---|
| Tamizaje positivo | >15 | 24 |
| Tamizaje negativo | 8 | 15 |
| Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas). | | Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo. |

Resultado: _____

Responsable _____
Sello y firma



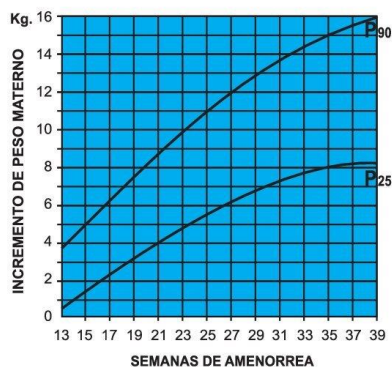
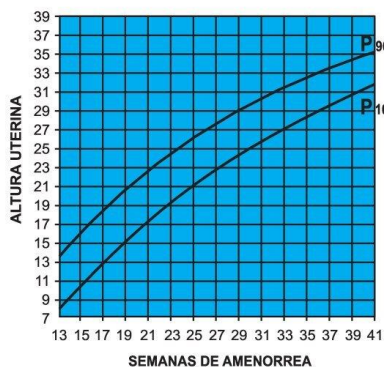
PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

| ATENCIÓNES PRENATALES | ATENCIÓN 1 | ATENCIÓN 2 | ATENCIÓN 3 | ATENCIÓN 4 | ATENCIÓN 5 | ATENCIÓN 6 | ATENCIÓN 7 | ATENCIÓN 8 | ATENCIÓN 9 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Fecha y hora de atención (a/m/dhh:mm) | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : |
| Edad Gest. (semanas) | | | | | | | | | |
| Peso madre (Kg) | | | | | | | | | |
| Temperatura (°C) | | | | | | | | | |
| Presión arter. (mm. Hg) | | | | | | | | | |
| Pulso materno (por min.) | | | | | | | | | |
| Altura Uterina (cm) | | | | | | | | | |
| Situación (L/T/NA) | | | | | | | | | |
| Presentación (C/P/NA) | | | | | | | | | |
| Posición (D/I/NA) | | | | | | | | | |
| F.C.F. (por min. /NA) | | | | | | | | | |
| Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA) | | | | | | | | | |
| Proteinuria Cualitativa (+/++/+++ /NSH) | | | | | | | | | |
| Edema (+/++/+++ /SE) | | | | | | | | | |
| Reflejo Osteotendinoso (0./+/++/+++) | | | | | | | | | |
| Examen de Pezón (Formado/No Form/Sin Exam) | | | | | | | | | |
| Indic. Fierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem) | | | | | | | | | |
| Indic. Calcio | | | | | | | | | |
| Indic. Ac. Fólico | | | | | | | | | |
| Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Imm/VIH/TBC/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| EG de Eco Control (Sem/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA) | | | | | | | | | |
| Cita (a/m/d) | | | | | | | | | |
| Visita domicil. (Si/No/NA) | | | | | | | | | |
| Plan de Parto (control/visita/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Estab. De la atención | | | | | | | | | |
| Responsable de la atención | | | | | | | | | |
| Nro. Formato SIS | | | | | | | | | |

L = Longitudinal T = Transversal C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐

Fecha:

1. _____ / /
2. _____ / /
3. _____ / /

Otras patologías (CIE 10):

- 1:
- 2:

Referencia - Consulta Externa

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

Referencia - Emergencia

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

Referencia - Apoyo al Diagnóst.

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

PSICOPROFILAXIS ☐

ESTIMULACION PRENATAL ☐

PLAN DE PARTO

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

ALOJADA EN CASA DE ESPERA

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

38

INDICACIONES AL ALTA:

.....

.....

.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

.....

.....

.....

Los códigos que se presentan corresponden a la
Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE10)

| | | | |
|-------------------------------------|------|----------------------------------|------|
| ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL | Q00 | KERNICTERUS | P57 |
| ASFIXIA DEL NACIMIENTO | P21 | LABIO LEPORINO | Q36 |
| COAG INTRAVASC DISEM | P60 | MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES | Q50 |
| CONJUNTIVITIS NEONATAL | P391 | MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO | Q20 |
| CONVULSIONES DEL RN | P90 | MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO | Q39 |
| DEFORM CONGENIT CADERA | Q65 | MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO | Q30 |
| DIARREA | A09 | MALFORMACIONES SIST URINARIO | Q60 |
| DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE | Q250 | MEMBRANA HIALINA | P22 |
| EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC | P110 | MENINGITIS | G00 |
| ENCEFALOCEFE | Q01 | NEUMONIA CONGENITA | P23 |
| ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN | P53 | ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE | P38 |
| ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS | P35 | OTRA PATOLOGIA DEL RN | |
| ENFIS INTERSY OTRAS PERINT | P25 | OTRAS AFEC DE PIEL FETO/RN | P83 |
| ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN | P77 | OTRAS AFEC DEL PERIODO PERINAT | P96 |
| ESPIÑA BIFIDA | Q05 | OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN | P74 |
| FETO/RN AFECT X ANEST-ANAL G | P040 | OTRAS APNEAS DEL RN | P284 |
| FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONITIS | P027 | OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN | P37 |
| FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB | P025 | OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES | P54 |
| FETO/RN AFECT X COMPL MATER | P008 | OTRAS MALFORMACIONES | Q99 |
| FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIO | P012 | OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN | P76 |
| FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCEPS | P032 | OTROS TRANST ENDOOR TRANSIT | P72 |
| FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA | P033 | OTROS TRANST HEMATOL PERINAT | P61 |
| FETO/RN AFECT X POLIHIDRAMNIO | P013 | OTROS TRANS PERINAT DIGESTIVOS | P78 |
| FISURA PALADAR | Q024 | OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM. | P15 |
| HEMORRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC. | Q35 | PERDIDA DE SANGRE FETAL | P50 |
| HEMORRA INTRACRAN NO TRAUMAT | P101 | PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS | P92 |
| HEMORRA PULM PERINATAL | P52 | REACC. E INTOXICAC X DROGAS | P93 |
| HEMORRA UMBILICAL DEL RN | P26 | RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL | P05 |
| HERNIA INGUINAL | P51 | RETINOPATIA DEL PREMATURO | H35 |
| HIDROCEFALIA | K40 | SEPSIS BACTERIANA DEL RN | P36 |
| HIDROPE FETAL X ENF HEMOLITICA | Q03 | SIFILIS CONGENITA | A50 |
| HIPOCALCEMIA NEONATAL | P56 | SINDROME DE DOWN | Q90 |
| HIPOGUCEMIA NEONATAL | P711 | SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL | P24 |
| HIPOMAGNESEMIA NEONATAL | P704 | TACUINPEA TRANSITORIA | P221 |
| HIPOTENSION SHOCK | P712 | TETANOS NEONATAL | A33 |
| HIPOTERMIA DEL RN | R57 | TRANS RELAC CON BPN | P07 |
| HIPOTERMIA INTRAUTERINA | P80 | TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO | P08 |
| ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF | P20 | TRANST CARDIOVASC PERINATAL | P29 |
| ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS | P59 | TRANST TONO MUSCULAR RN | P94 |
| ILOE MECONIAL | P58 | TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER | P12 |
| INCOMPATIB ABO FETO/RN | P75 | TRAUMA ESQUELETO AL NACER | P13 |
| INCOMPATIB RH FETO/RN | P551 | TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO | P14 |
| | P550 | | |



Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)

| PATOLOGIA | CODIGOS | PATOLOGIA | CODIGOS |
|---------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| ABORTO COMPLETO | 00295 | HERPES GESTACIONAL | 0254 |
| ABORTO INCOMPLETO | 00290 | HIPERMESIS GRAVIDICA LEVE | 0210 |
| ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL.A.INDUC) | 006 | HIPERMESIS GRAVIDICA-TRANS.METABOL | 0211 |
| ABORTO RETENIDO | 0021 | HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER | 010 |
| ABORTO SEPTICO | 0080 | INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO | 0343 |
| ABORTO TERAPEUTICO | 004 | INFECC DEL TRACTO GENITAL | 0235 |
| AMENAZA DE ABORTO | 0200 | INFECC. BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS | 0411 |
| ANEMIA EN EMB-PART-PUER | 0990 | INFECC. DEL TRACTO URINARIA | 023 |
| ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO | 0340 | INFECC. MAMA ASOCIAD C/PARTO | 091 |
| ANORM.DINAM.DELTDP | 062 | INFECCION PUERPERALES | 086 |
| BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB | R827 | INTENTO FALLIDO DE ABORTO | 007 |
| CANCER CUELLO UTERINO | C53 | INVERSION DEL UTERO | 0712 |
| CANCER DE MAMA | C50 | ISOINMUNIZACION RHESUS | 0360 |
| CARDIOPATIA | Z867 | MALARIA | 850 |
| CITOLOGIA ANORMAL EN CPN | 0282 | MOLA HIDATIFORME | 001 |
| COMP. ANESTES EN PUERPERIO | 098 | MUERTE INTRAUTERINA | 0364 |
| COMP. ANESTES EN TDP/PARTO | 074 | MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF | 095 |
| COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB | 029 | OLIGOHIDRAMNIO | 0410 |
| COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP | 031 | OTRA PATOLOGIA MATERNA | |
| COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO | 022 | OTRAS COMP X TDP/PARTO | 075 |
| COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO | 087 | OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER | 099 |
| DEFUNCION MATERNA TARDIA | 096 | OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP | 066 |
| DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA | 0901 | OTROS TRANS LIQ. AMNIOTICO Y MEMB | 041 |
| DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA | 0900 | PARTO PREMATURO (INCL.AMENAZA) | 060 |
| DEPENDENCIA DE DROGAS | F10 | PLACENTA PREVIA | 044 |
| DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO | 0713 | POLIHIDRAMNIO | 040 |
| DESARRO PERINATAL EN EL PARTO | 070 | PREECLAMPSIA LEVE | 013 |
| DESNUTRICION EN EL EMBARAZO | 025 | PREECLAMPSIA MODERADA | 0140 |
| DESREN PREMAT DE LA PLACENTA | 045 | PREECLAMPSIA SEVERA | 0141 |
| DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO | 024 | PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA | 0149 |
| DISTOCIA DE HOMBROS | 0660 | RADIOLOGIA ANORM EN CPM | 0284 |
| ECLAMPSIA | 015 | RCIU | P05 |
| EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA | 012 | RETEN PLACENTA/MEMB. S/HEMORRAG | 073 |
| EMBARAZO DOBLE | 0300 | RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS | 042 |
| EMBARAZO ECTOPICO | 000 | RUPTURA UTERO EN TDP | 0711 |
| EMBARAZO PROLONGADO | 048 | SEPSIS PUERPERAL | 085 |
| EMBARAZO TRIPLE | 0301 | SIDA | 820 |
| EMBOLIA OBSTETRICA | 088 | SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER | 0981 |
| ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER | 098 | TBC EMB-PART-PUER | 0980 |
| FALSO TRABAJO DE PARTO | 047 | TDP OBSTRU X MAL POSIC. FETAL | 064 |
| FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP | 061 | TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL | 065 |
| GONORREA EMB-PART-PUER | 0982 | TDP PROLONGADPO | 063 |
| HEMATOMA OBST. PELVIS | 0717 | TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL | 069 |
| HEMORR ANTEPARTO NO CLASIF. | 046 | TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET | 068 |
| HEMORR POR ATONIA UTERINA | 0721 | TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL | R730 |
| HEMORR POSTPARTO/RETENC. PLACENTA | 0720 | TRANSITORIOS PLACENTARIOS | 043 |
| HEMORR X ABORTO, ECTOPICO O MOLAR | 0081 | TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO | 0341 |
| HEPATITIS VIRAL | 0984 | ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN | 0283 |

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Sin Dato | RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO | DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA |
| CESÁREA ANTERIOR | PRETÉRMINO | ROTURA UTERINA |
| SUFRIMIENTO FETAL AGUDO | POSTÉRMINO | TOXEMIA (EPH/GESTOSIS) |
| DESproporción FETO-PELVICA | PRESENTACIÓN PODÁLICA | HERPES GENITAL |
| ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD | VARIEDADES POSTERIORES | CONDILOMATOSIS GENITAL |
| PARTO PROLONGADO | SITUACIÓN TRANSVERSA | OTRA ENFERMEDAD MATERNA |
| FRACASO DE INDUCCIÓN | ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | MORTINATO |
| DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC. | SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL | AGOTAMIENTO MATERNO |
| EMBRAZO GEMELAR | PLACENTA PREVIA | OTRA |
| VIH | | |

| MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS | MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS | MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS |
|--------------------|-------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------|
| ANESTESIA LOCAL | BUPIVACAÍNA | ANTIHIPERTENSIVO | ANTAGONISTAS DEL CALCIO | SANGRE | PAQUETE GLOBULAR |
| | LIDOCAÍNA Y SIMILARES | | ATENOLOL | | PLAQUETAS |
| ANESTESIA REGIONAL | BUPIVACAÍNA | | CAPTAPRIL | | PLASMA |
| | LIDOCAÍNA Y SIMILARES | | HIDRALAZINA | ANTICONVULSIONANTE | DIFENILHIDANTONIA |
| | LIDOCAÍNA-BUPIVACAÍNA | | METILDOPA | | SULFATO DE MAGNESIO |
| ANESTESIA GENERAL | ETER | ANTIBIOTICO | NITROPRUSIATO DE SODIO | OTRA MEDICACION | AMINAS SIMPATICOMIMETICAS |
| | HALOTANO | | AMIKACINA | | AMINOFLUNA |
| | KETAMINA CLORHIDRATO | | AMOXICILINA | | ANTIESPASMODICOS |
| | OXIDO NITROSO | | AMPICILINA | | ANTIPOSTAGLANDINAS |
| | TIOPENTAL | | AMPICILINA-GENTAMICINA | | BETA BLOQUEANTES |
| SODICO | ÁCIDO ACETIL SALICILICO | | CEFALOS PORINAS | | BETA MIMETICOS |
| ANALGES. TRANQUIL. | CODEINA | | CEFALOS PORINAS-AMINOGLUCOC. | | BLOQUEANTES MUSCULARES |
| | DIAZEPAN | | CLORANFENICOL | | CARDIOTONICOS |
| | IBUPROFENO | | ERITROMICINA | | CORTICOIDES |
| | METAMIZOL | | GENTAMICINA | | DIURETICOS |
| | MORFINA | | METRONIDAZOL | | HEPARINA |
| | PARACETAMOL | | PENICILINA | | INSULINA |
| | PETIDINA (MEPERIDINA) | | PENICILINA-GENTAMICINA | | PROSTAGLANDINAS |
| OXITOCINA | OXITOCINA | | PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE | | |



PERÚ

Ministerio de Salud

RED DE SALUD CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

Fecha:

Hora:

Peso:

Pulso:

Sat:

Tº

P/A

F.R.:

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

SI

NO

Cefalea

Edemas

Sangrado

Escotomas

Tinitus

Contracciones < 37 s.s.:

Epigastria

Pérdida de LA

Fiebre

Ausencia de Movimientos fetales

Molestias Urinarias

Vómitos Exagerados

Sangrado con mal olor

INTERCONSULTAS

SI

NO

Medicina

Nutrición

Odontología

Inmunización

Psicología

1. Motivo de la Consulta

2. F.B. Apetito: Sed: Sueño: Estado de Animo:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General: Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional: Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: DU: Ponderado Fetal:

Aparato Urinario: PPL Izquierdo :(Si) (No) PPL Derecho:(Si) (No)

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado: Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices Edema: ROT:

6. DIAGNÓSTICO

1.

2.

3.

4.

5.

6.

P

D

R

CIE 10

7. PLAN DE TRABAJO SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS

1.

2.

3.

4.

5.

6.

8. MEDICAMENTO PRESENTACIÓN DOSIS VIA FRECUENCIA DURACION

1.

2.

3.

4.

5.

6.

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Fecha: | | |
| Hora: | | |
| Peso: | | |
| Pulso: | | |
| Sat: | | |
| Tº | | |
| P/A | | |
| F.R.: | | |
| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |
| INTERCONSULTAS | SI | NO |
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

1. Motivo de la Consulta

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | Deposición: | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Herida Post-Operatoria: | | | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | PPL Izquierdo : (Si) (No) | | PPL Derecho: (Si) (No) | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Pérdida de Líquido Amniótico: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | | | |
| Edema: | | | | |
| ROT: | | | | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|-----------------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Nº DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T° | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|--------|-----------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | | | | |
| Deposición: | | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Herida Post-Operatoria: | | | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo :(Si) (No) | | PPL Derecho:(Si) (No) |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | Pérdida de Líquido Amniótico: | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA: :

Firma y Sello del Responsable

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Nº DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T° | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

1. Motivo de la Consulta

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

Tiempo de Enfermedad:

2. F.B. Apetito: Sed: Sueño: Estado de Animo:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: DU: Ponderado Fetal:

Aparato Urinario: PPL Izquierdo : (Si) (No) PPL Derecho: (Si) (No)

Puntos Renouretrales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

6. DIAGNÓSTICO

| | P | D | R | CIE 10 |
|----|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

7. PLAN DE TRABAJO SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

OBSERVACIONES:

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

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| Tº | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|------------------------|------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | | Deposición: | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | Herida Post-Operatoria: | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo: (Si) (No) | PPL Derecho: (Si) (No) | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | Pérdida de Líquido Amniótico: | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf. Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T° | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastria | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|--------|-----------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | | Deposición: | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | Herida Post-Operatoria: | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo :(Si) (No) | | PPL Derecho:(Si) (No) |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | Pérdida de Líquido Amniótico: | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Nº DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| Tº | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

1. Motivo de la Consulta

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

Tiempo de Enfermedad:

2. F.B. Apetito: Sed: Sueño: Estado de Animo:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: DU: Ponderado Fetal:

Aparato Urinario: PPL Izquierdo :(Si) (No) PPL Derecho:(Si) (No)

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado: Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices Edema: ROT:

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



ATENCIÓN:.....

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| Tº | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| | | |
|---------------------------------|----|----|
| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| | | |
|----------------|----|----|
| INTERCONSULTAS | SI | NO |
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | Deposición: | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Herida Post-Operatoria: | | | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | PPL Izquierdo :(Si) (No) | | PPL Derecho:(Si) (No) | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | | | |
| Vagina: | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Pérdida de Líquido Amniótico: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | | | |
| Edema: | | | | |
| ROT: | | | | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO : FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| Tº | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|--------|-----------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | Deposición: | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | Herida Post-Operatoria: | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo :(Si) (No) | | PPL Derecho:(Si) (No) |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Pérdida de Líquido Amniótico: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | | | |
| Edema: | | ROT: | | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA



PERÚ
Ministerio de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T°: | |
| P/A: | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastria | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-------------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | | Deposición: | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | Herida Post-Operatoria: | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo :(Si) (No) | PPL Derecho:(Si) (No) | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Pérdida de Líquido Amniótico: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

HORA DE TERMINO : FECHA DE CITA :

| | | | |
|------------------------|--|-------------------------------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | Firma y Sello del Responsable | |
| | | | |
| N° DE HISTORIA CLINICA | | | |



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T° | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastria | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|--------|-----------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | | | | |
| Deposición: | | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Herida Post-Operatoria: | | | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | | PPL Izquierdo :(Si) (No) | | PPL Derecho:(Si) (No) |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | Pérdida de Líquido Amniótico: | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Nº DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T°: | |
| P/A: | |
| F.R.: | |

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

| | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

INTERCONSULTAS

| | SI | NO |
|--------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

1. Motivo de la Consulta

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

Tiempo de Enfermedad:

| | | | | |
|---------|----------|------|--------|------------------|
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
|---------|----------|------|--------|------------------|

| | |
|-----------|-------------|
| 3. Orina: | Deposición: |
|-----------|-------------|

4. Estado General:

| |
|-----------------------|
| Estado de Conciencia: |
|-----------------------|

5. Examen Clínico Regional:

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------|-------|
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Herida Post-Operatoria: | | | | |
| Útero: | AU: | SPP: | FCF1: | FCF2: |
| MF: | DU: | Ponderado Fetal: | | |
| Aparato Urinario: | PPL Izquierdo :(Si) (No) | PPL Derecho:(Si) (No) | | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | | | |
| Vagina: | | | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Pérdida de Líquido Amniótico: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| Pelvimetría: | | | | |
| Miembros Inf: Varices | | | | |
| Edema: | | | | |
| ROT: | | | | |

6. DIAGNÓSTICO

| | P | D | R | CIE 10 |
|----|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

7. PLAN DE TRABAJO SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Nº DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA PUERPERIO

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| Tº | |
| P/A | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

| | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------------------|--------|------------------|
| 1. Motivo de la Consulta | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tiempo de Enfermedad: | | | | |
| 2. F.B. | Apetito: | Sed: | Sueño: | Estado de Animo: |
| 3. Orina: | Deposición: | | | |
| 4. Estado General: | | | | |
| Estado de Conciencia: | | | | |
| 5. Examen Clínico Regional: | | | | |
| Piel y Mucosas: | | | | |
| Aparato Respiratorio: | | | | |
| Aparato Cardiovascular: | | | | |
| Mamas: | | | | |
| Abdomen: | | Herida Post-Operatoria: | | |
| Útero: | AU: | | | |
| Aparato Urinario: | | | | |
| PPL Izquierdo : (Si) (No) | | PPL Derecho: (Si) (No) | | |
| Puntos Renoureterales: | | | | |
| Aparato Genital: | | Vagina: | | |
| Pérdida de Sangrado: | | | | |
| Flujo Vaginal: | | Olor: | | |
| Tacto Vaginal: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Miembros Inf. Varices | | Edema: | ROT: | |

| 6. DIAGNÓSTICO | P | D | R | CIE 10 |
|----------------|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| 7. PLAN DE TRABAJO | SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS |
|--------------------|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

| | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

HISTORIA CLÍNICA PUERPERIO

ATENCIÓN:

| | |
|--------|--|
| Fecha: | |
| Hora: | |
| Peso: | |
| Pulso: | |
| Sat: | |
| T°: | |
| P/A: | |
| F.R.: | |

| SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Cefalea | | |
| Edemas | | |
| Sangrado | | |
| Escotomas | | |
| Tinnitus | | |
| Contracciones < 37 s.s.: | | |
| Epigastralgia | | |
| Pérdida de LA | | |
| Fiebre | | |
| Ausencia de Movimientos fetales | | |
| Molestias Urinarias | | |
| Vómitos Exagerados | | |
| Sangrado con mal olor | | |

| INTERCONSULTAS | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Medicina | | |
| Nutrición | | |
| Odontología | | |
| Inmunización | | |
| Psicología | | |

1. Motivo de la Consulta

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

Tiempo de Enfermedad:

2. F.B. Apetito: Sed: Sueño: Estado de Animo:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

| |
|--|
| Piel y Mucosas: |
| Aparato Respiratorio: |
| Aparato Cardiovascular: |
| Mamas: |
| Abdomen: Herida Post-Operatoria: |
| Útero: AU: |
| Aparato Urinario: PPL Izquierdo :(Si) (No) PPL Derecho:(Si) (No) |
| Puntos Renouretrales: |
| Aparato Genital: Vagina: |
| Pérdida de Sangrado: : |
| Flujo Vaginal: Olor: |
| Tacto Vaginal: |
| |
| |
| Miembros Inf: Varices Edema: ROT: |

6. DIAGNÓSTICO

| | P | D | R | CIE 10 |
|----|---|---|---|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

7. PLAN DE TRABAJO SS/ LABORATORIO, ECOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |

| 8. MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS | VIA | FRECUENCIA | DURACION |
|----------------|--------------|-------|-----|------------|----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

OBSERVACIONES:

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

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F.R. : | |
| IMC | |

Anamnesis:
signos y síntomas:
Piel y mucosas:
Tórax:
Examen físico:
Mamas:
Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:
.....
.....

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 02 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F.R. : | |
| IMC | |

Anamnesis:
signos y síntomas:
Piel y mucosas:
Tórax:
Examen físico:
Mamas:
Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:
.....
.....

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 03 |
|---------|----|
| Fecha : | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC : | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 04 |
|---------|----|
| Fecha : | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC : | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE NUTRICIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|--------|----|
| Fecha: | |
| Edad: | |
| Talla: | |
| Peso: | |
| P/A: | |
| T°: | |
| P: | |
| F.R.: | |
| IMC: | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 02 |
|--------|----|
| Fecha: | |
| Edad: | |
| Talla: | |
| Peso: | |
| P/A: | |
| T°: | |
| P: | |
| F.R.: | |
| IMC: | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE NUTRICIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 03 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

.....

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 04 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC | |

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

AU: FCF: MF: DU: SITUAC/PRES/POSIC:

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

.....

Consejería nutricional: () N° dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA:/...../.....

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE PSICOLOGÍA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC : | |
| FPP : | |
| EG : | |

Motivo de Consulta:

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

Dx.: CIE-10
..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :
RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

.....
.....

CITA: / /

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|---------|----|
| Fecha: | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F R. : | |
| IMC : | |
| FPP : | |
| EG : | |

Motivo de Consulta:

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

Dx.: CIE-10
..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :
RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

.....
.....

CITA: / /

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE PSICOLOGÍA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|---------|----|
| Fecha : | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F.R. : | |
| IMC : | |
| FPP : | |
| EG : | |

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

.....

.....

CITA: / /

.....
Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

| N° | 01 |
|---------|----|
| Fecha : | |
| Edad : | |
| Talla : | |
| Peso : | |
| P / A : | |
| T° : | |
| P : | |
| F.R. : | |
| IMC : | |
| FPP : | |
| EG : | |

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

.....

.....

CITA: / /

.....
Firma y Sello



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

VISITA DOMICILIARIA N°

FECHA Y HORA:

DIRECCIÓN::

| MOTIVO DE VISITA | ACCIONES REALIZADAS |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| | |
| A QUIEN SE ENCONTRÓ EN EL DOMICILIO: | |
| COMPROMISOS: | RECOMENDACIONES: |
| | |
| FIRMA DEL PACIENTE | FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL |

VISITA DOMICILIARIA N°

FECHA Y HORA:

DIRECCIÓN::

| MOTIVO DE VISITA | ACCIONES REALIZADAS |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| | |
| A QUIEN SE ENCONTRÓ EN EL DOMICILIO: | |
| COMPROMISOS: | RECOMENDACIONES: |
| | |
| FIRMA DEL PACIENTE | FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL |

| | |
|----------------------|------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | N° DE HISTORIA CLINICA |
|----------------------|------------------------|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

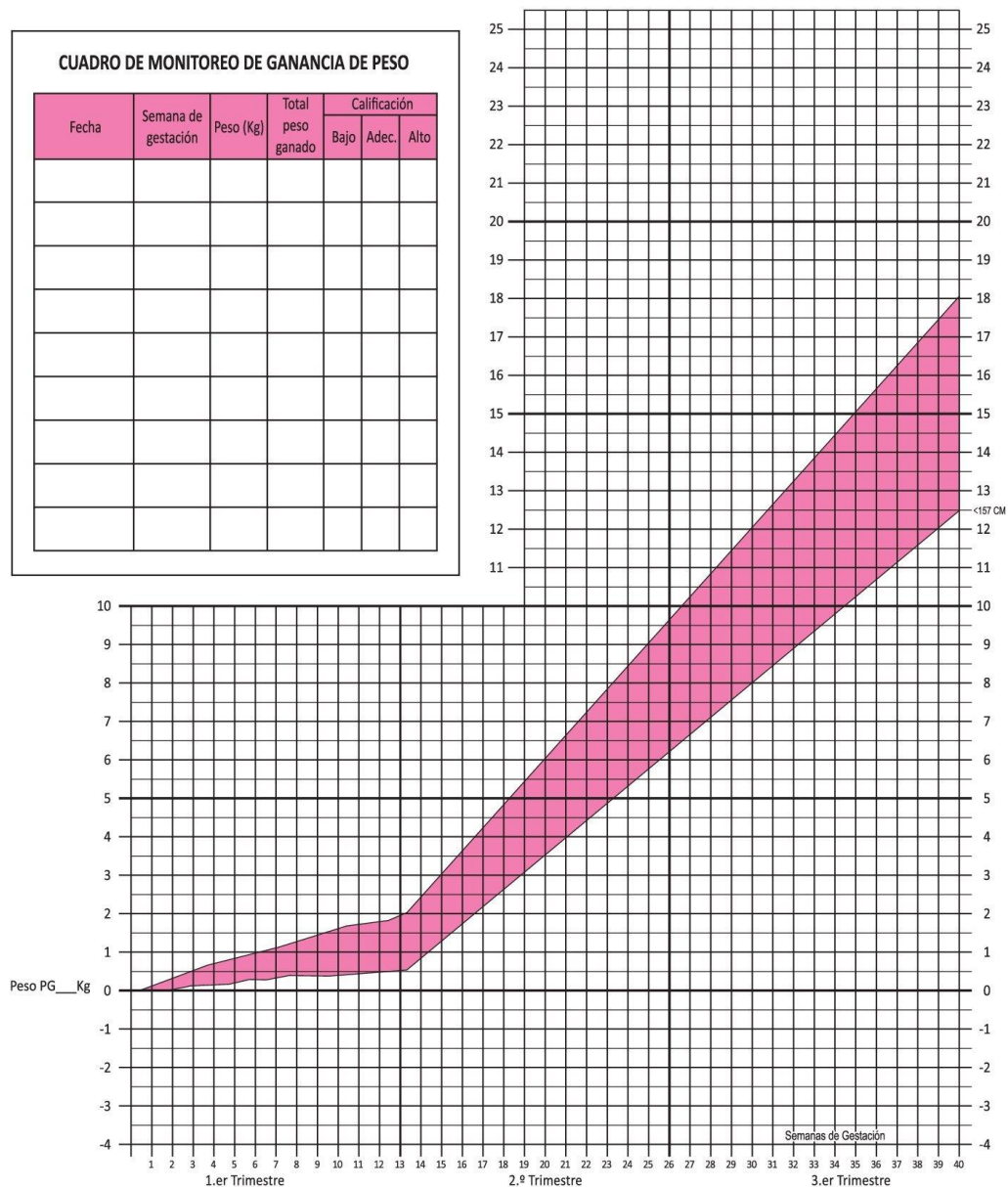
FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON DELGADEZ IMC PG < 18,5 Kg/m²



Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____
Edad _____ Fecha probable de parto ____/____/____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

| Fecha | Semana de gestación | Peso (Kg) | Total peso ganado | Calificación | | |
|-------|---------------------|-----------|-------------------|--------------|-------|------|
| | | | | Bajo | Adec. | Alto |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, D.C.: The National Academies Press.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA



PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD CORONEL PORTILLO

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON SOBREPESO

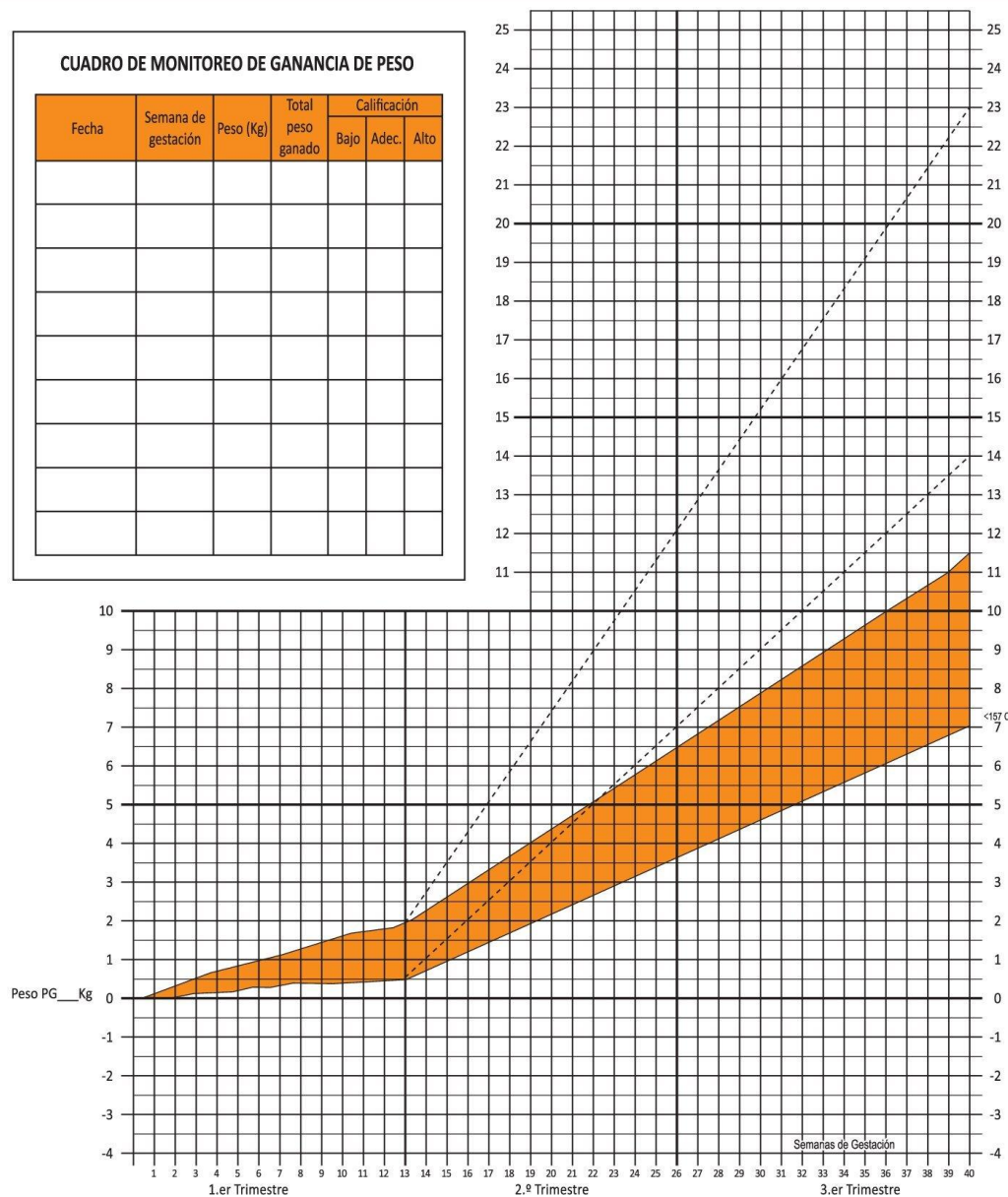
IMC PG < 25,0 < 30,0 Kg/m²



Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____
Edad _____ Fecha probable de parto ____/____/____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

| Fecha | Semana de gestación | Peso (Kg) | Total peso ganado | Calificación | | |
|-------|---------------------|-----------|-------------------|--------------|-------|------|
| | | | | Bajo | Adec. | Alto |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, D.C.: The National Academies Press.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA



PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD CORONEL PORTILLO

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES NORMALES

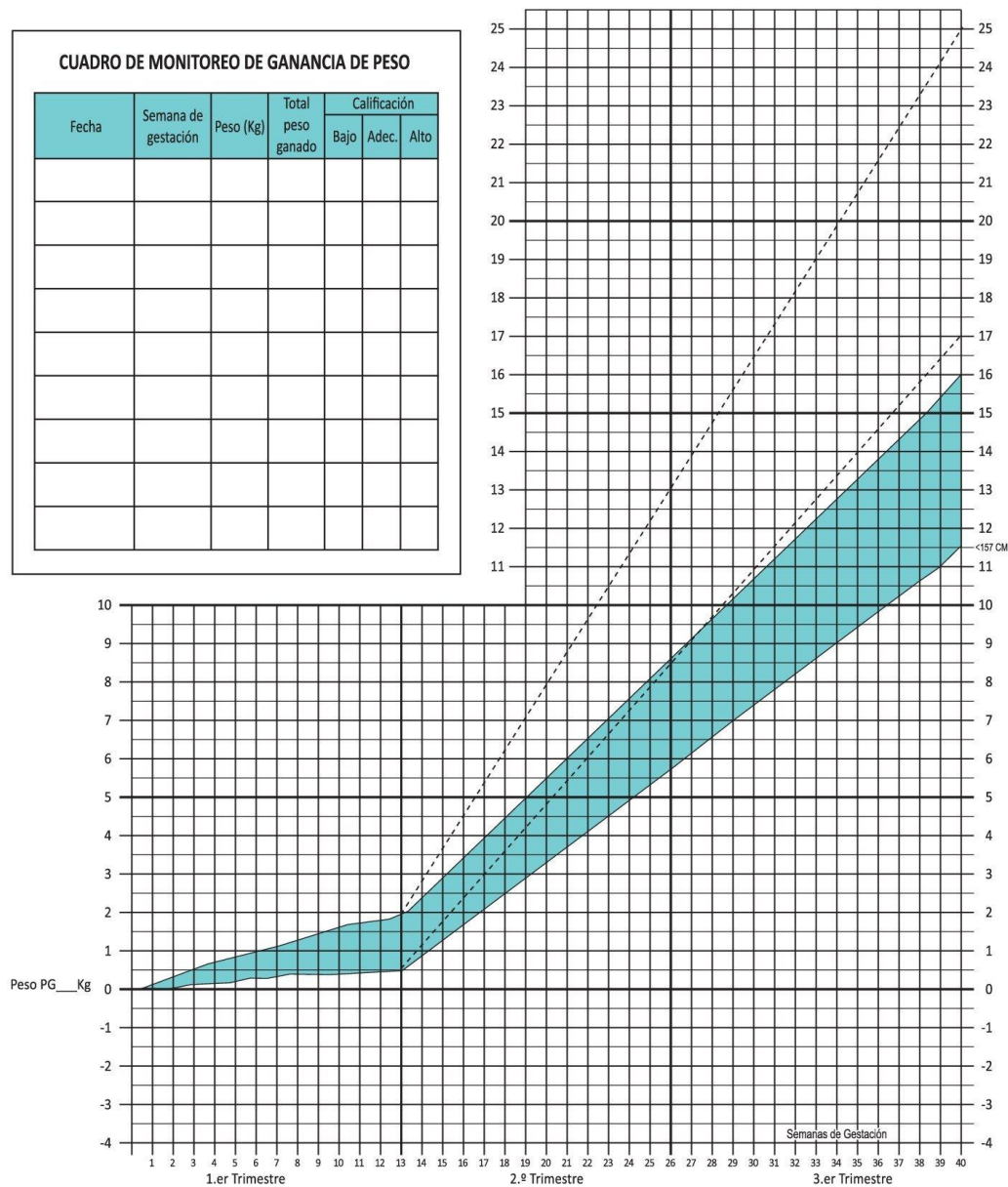
IMC PG < 18,5 < 25,0 Kg/m²



Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____
Edad _____ Fecha probable de parto ____/____/____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

| Fecha | Semana de gestación | Peso (Kg) | Total peso ganado | Calificación | | |
|-------|---------------------|-----------|-------------------|--------------|-------|------|
| | | | | Bajo | Adec. | Alto |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, D.C.: The National Academies Press.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES OBESAS

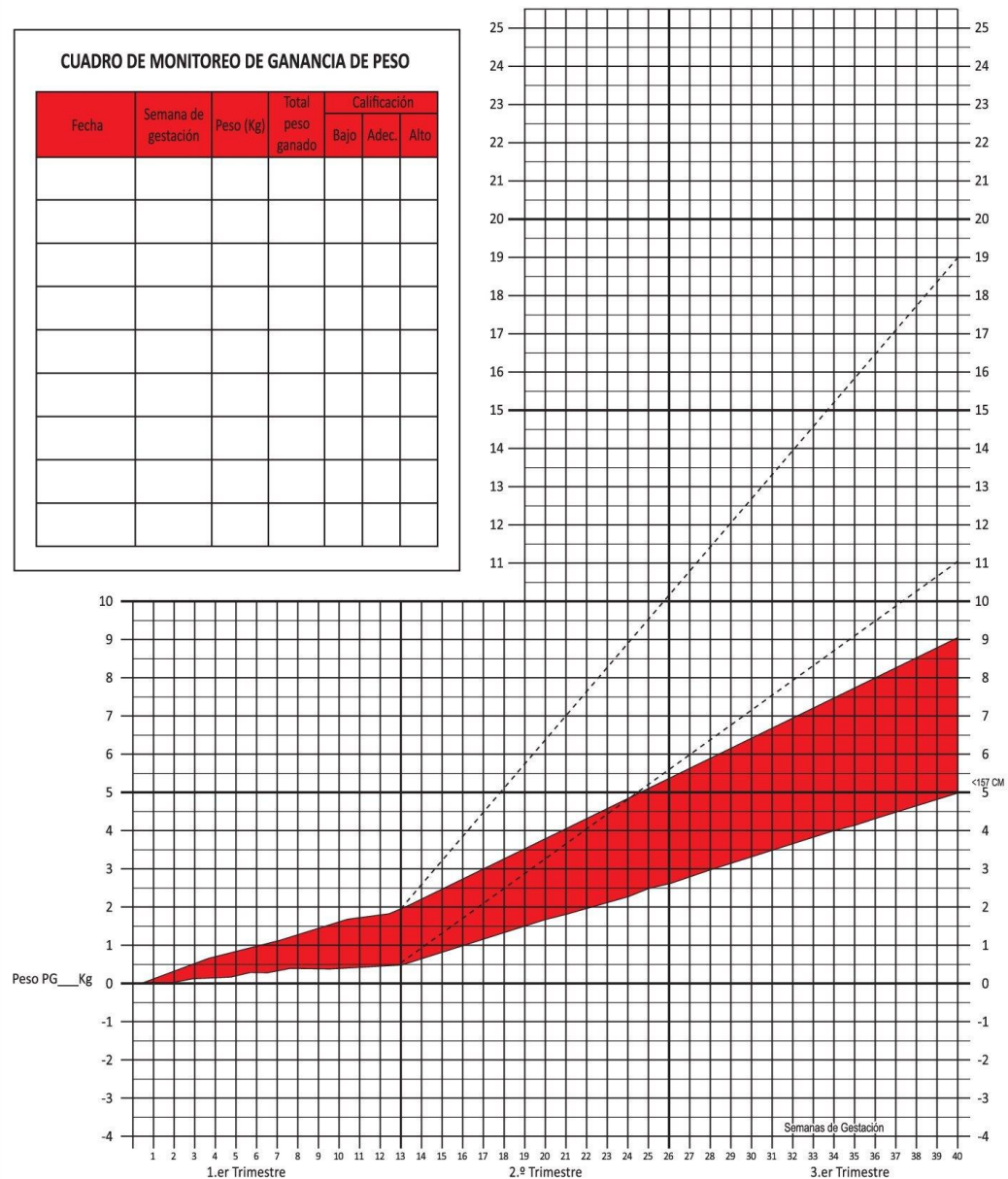
IMC PG > 30,0 Kg/m²



Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____
Edad _____ Fecha probable de parto ____/____/____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

| Fecha | Semana de gestación | Peso (Kg) | Total peso ganado | Calificación | | |
|-------|---------------------|-----------|-------------------|--------------|-------|------|
| | | | | Bajo | Adec. | Alto |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, D.C.: The National Academies Press.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

H.C.: _____

Fecha: _____

Hora: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Gestante: ☐ SI ☐ NO

CÓDIGO SIS: _____ N° DNI: _____ PROCEDENCIA: _____

Ocupación: _____ ACOMPAÑANTE: _____

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ T°: _____ P.A.: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: _____

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Labios: Normal () Alterada ()
Carrillos: Normal () Alterada ()
Paladar: Normal () Alterada ()
Encía: Normal () Alterada ()
Lengua: Normal () Alterada ()
ATM: Asintomáticos () sintomáticos ()
Oclusión: Normal () Alterada ()
Piso de boca: Normal () Alterada ()

Observaciones: _____

| Uso de cepillo dental | Habitual | Ocasional | Nunca |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Experiencia de caries | Menor a 2 superficies cariadas | 2 a 6 superficies cariadas | Menor a 6 superficies cariadas |
| Consumo de azúcares | Hasta 3v/día | 4v/día | Mayor a 4 veces/día |
| Estado de higiene (Índice IHO-S) | Buena 0 a 1,2 | Regular 1,3 a 2 | Mala 3,1 a 6 |
| Índice CPOD/ceod | 0,0 a 2,6 | 2,7 a 4,4 | 4,5 - 6,5 |
| Riesgo de caries | BAJO | MODERADO | ALTO |

| ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) ** | Placa blanda * | Piezas | Placa Calcificada |
|--|----------------|--------|-------------------|
| | | 1,6 | |
| | | 1,1 | |
| | | 2,6 | |
| | | 3,6 | |
| | | 3,1 | |
| | | 4,6 | |
| ÍNDICE DE PB Y PC | | | |
| ÍNDICE DE HO-S | | | |

*aplica a grupo niño

** a partir de adolescentes

ÍNDICE CPOD / ceod

| CARIADO | PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA | OBTURADO | TOTAL | ÍNDICE CPOD |
|---------|-----------------------------|----------|-------|-------------|
| | | | | |

Hora de Término: _____

Fecha de Próxima Cita: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

N° DE HISTORIA CLÍNICA

APELLIDOS Y NOMBRES:



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-------------------------------|
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |
| EDAD: _____ | PESO: _____ | TALLA: _____ | Tº: _____ | PA: _____ | Fecha: _____ |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: _____ | | | | | |
| DIAGNOSTICO / CIE-10: _____ | | | | | |
| TRATAMIENTO/CDT: _____ | | | | | |
| | | | | | Firma y sello del Profesional |

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



ANÁLISIS DE LABORATORIO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| | | | |
|----------------------|--|------------------------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | N° DE HISTORIA CLINICA | |
|----------------------|--|------------------------|--|



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

DX POR IMAGENES / ECOGRAFÍAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA

CROQUIS DE CASA DE LA GESTANTE

📞 N° de Celular de Esposo:

📞 N° de Celular de Mamá:

📞 N° de Celular de Papá:

📞 N° de Celular de hermanos:

📞 N° de Celular de Vecinos:



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

FUAS MATERNO

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLINICA



ESPERANDO MI PARTO

No olvidemos que toda Madre nos brinda:



- Cariño
- Alimentación
- Educación
- Protección

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO



DOLOR ABDOMINAL



VÓMITOS



DOLOR DE CABEZA



HINCHAZÓN DE PIES



FIEBRE



SANGRADO VAGINAL



CONVULSIÓN

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL BEBE



SENTADO



TRANSVERSO



GEMELAR

RIESGOS DURANTE EL PARTO



SANGRADO



PÉRDIDA DE LÍQUIDO



SALIDA DEL CORDÓN



SALIDA DE PIES O MANO

RIESGOS DESPUÉS DEL PARTO



DOLOR DE CABEZA



PLACENTA NO CAE POR MÁS DE 20 MINUTOS Y EXISTE SANGRADO



FIEBRE

RIESGOS PARA EL RECIÉN NACIDO



BEBÉ NO MAMA



BEBÉ AMARILLO



BEBÉ MUY FRÍO



BEBÉ CON CALENTURA

Hombre y mujer, organicen su parto, para asegurar la salud de la madre y del bebé por nacer.





ESPERANDO MI PARTO



NOMBRE DE LA GESTANTE: _____
 EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ DIRECCIÓN DE REFERENCIA: _____
 GRUPO SANGUINEO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: ____ / ____ / 20____
 ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRORED: _____
 TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

| N° | FECHA | 1° ENTREVISTA (I TRIMESTRE) | 2° ENTREVISTA (II TRIMESTRE) | 3° ENTREVISTA (III TRIMESTRE) |
|----|---|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1 | EDAD GESTACIONAL | | | |
| 2 | ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO? | HOSPITAL | | |
| | | C.S. | | |
| | | P.S. | | |
| | | DOMICILIO | | |
| 3 | ¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO? | | | |
| 4 | ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ? | ECHADA | | |
| | | CUCLILLAS | | |
| | | ASHUTURADA | | |
| | | OTRO | | |
| 5 | ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA? | CARRO | | |
| | | ACÉMILA | | |
| | | CAMILLA | | |
| | | OTRO | | |
| 6 | ¿QUÉ TIEMPO TARDARÁ EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? | | | |
| 7 | ¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O EMERGENCIA? | | | |
| 8 | ¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA? | | | |
| 9 | ¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA O A LA CASA DE ESPERA OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? | | | |
| 10 | ¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA? | SI (FECHA) | | |
| | | NO | | |
| 11 | FIRMA DE LA GESTANTE | | | |
| 12 | FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR | | | |
| 13 | FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA | | | |



¿QUÉ PERSONAS ACOMPAÑARÍAN O ACUDIRÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO EN CASO DE EMERGENCIA?

| NOMBRE | PARENTESCO | DONARÍA SANGRE SI FUESE NECESARIO (SI) (NO) | DNI | FIRMA |
|--------|------------|---|-----|-------|
| | | | | |
| | | | | |

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

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

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

NOTA: Este plan debe aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias para tener Plan de Parto Final, en el tercer Trimestre



CARNÉ DE CONTROL
MATERNO PERINATAL

Establecimiento: _____

APELLIDOS Y NOMBRES

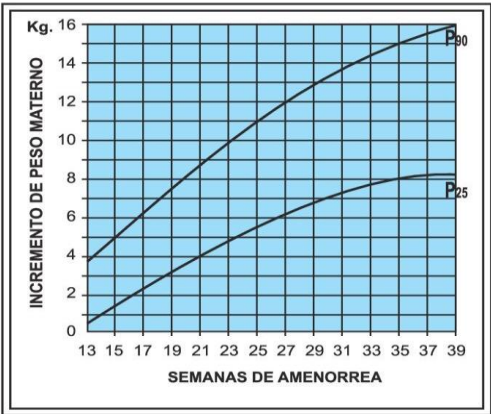
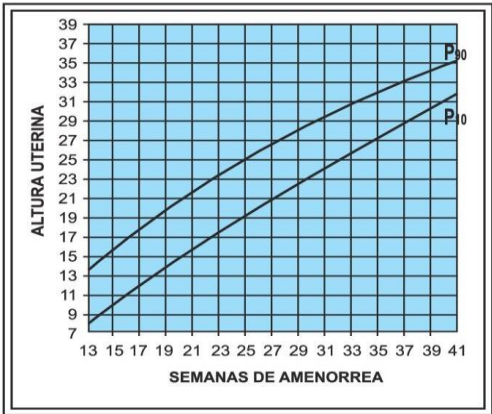
N° HC

CITA DE CONTROL DE GESTANTE

| AÑO | MES | DÍA |
|-----|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CITA DE CONTROL PUERPERA

| AÑO | MES | DÍA |
|-----|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

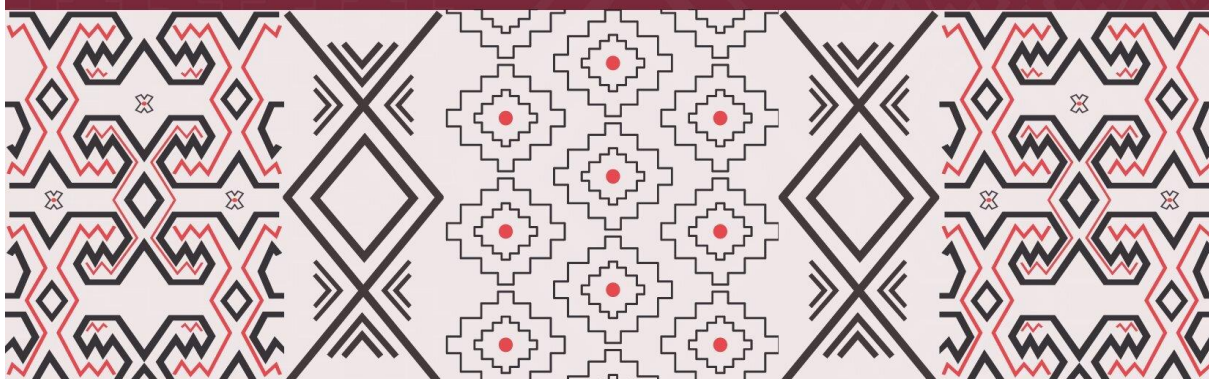



| ATENCIÓNES PRENATALES | ATENCIÓN 1 | ATENCIÓN 2 | ATENCIÓN 3 | ATENCIÓN 4 | ATENCIÓN 5 | ATENCIÓN 6 | ATENCIÓN 7 | ATENCIÓN 8 | ATENCIÓN 9 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Fecha y hora de atención (a/m/dhh:mm) | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : |
| Edad Gest. (semanas) | | | | | | | | | |
| Peso madre (Kg) | | | | | | | | | |
| Temperatura (°C) | | | | | | | | | |
| Presión arter. (mm. Hg) | | | | | | | | | |
| Pulso materno (por min.) | | | | | | | | | |
| Altura Uterina (cm) | | | | | | | | | |
| Situación (L/T/NA) | | | | | | | | | |
| Presentación (C/P/NA) | | | | | | | | | |
| Posición (D/I/NA) | | | | | | | | | |
| F.C.F. (por min. /NA) | | | | | | | | | |
| Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA) | | | | | | | | | |
| Proteinuria Cualitativa (+/++/+++ /NSH) | | | | | | | | | |
| Edema (+/++/+++ /SE) | | | | | | | | | |
| Reflejo Osteotendinoso (0.+/++/+++) | | | | | | | | | |
| Examen de Pezón (Formado/No Form/Sin Exam) | | | | | | | | | |
| Indic. Hierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem) | | | | | | | | | |
| Indic. Calcio | | | | | | | | | |
| Indic. Ac. Fólico | | | | | | | | | |
| Orient.Consej. (PF/ITS/Nut./Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| EG de Eco Control (Sem/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA) | | | | | | | | | |
| Cita (a/m/d) | | | | | | | | | |
| Visita domicil. (Si/No/NA) | | | | | | | | | |
| Plan de Parto (control/visita/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Estab. De la atención | | | | | | | | | |
| Responsable de la atención | | | | | | | | | |
| Nro. Formato SIS | | | | | | | | | |

L = Longitudinal T = Transversal C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



¡CUIDANDO LA SALUD MATERNA NEONATAL!





CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD DEL ADOLESCENTE

FICHA FAMILIAR

N° HISTORIA CLÍNICA

Nombre del adolescente

Fecha de nacimiento

DM

Nombre de la Madre

PM

Nombre del Padre

DM

Ocupación social y sector RH

Teléfono

Dirección del domicilio

Referencia del domicilio

Lugar de Atención

Institución Educativa



| PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|
| EDAD DEL ADOLESCENTE | 12 años | | | 13 años | | | 14 años | | | 15 años | | | 16 años | | | 17 años | | |
| SESIONES | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º |
| Evaluación del estado nutricional | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación física postural | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación del desarrollo psicosocial y de habilidades sociales | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación de factores de riesgo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación de factores de protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación del desarrollo sexual (tanier) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tematiza de violencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descarte de enfermedades no transmisibles | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención odontológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suplementación con hierro y ácido fólico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consejería integral | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención y seguimiento de morbilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención y seguimiento de la salud sexual y reproductiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visto familiar integral | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PARQUEAR CON UNO X EN EL QUE NÚMERO DE SESIÓN SE APLICÓ LA INTERVENCIÓN

IMUNIZACIONES

Vacuna Difteria-tétanos (Prevención de la Difteria y Tétanos)

1º Dosis (A los 2 meses de la 1da dosis) 3º Dosis (A los 4 meses de la 2da dosis)

Vacuna Influenza (contra la Influenza A (H1N1 y H3N2) y cepa de Influenza tipo B)

12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años

Vacuna Hib (contra la Hepatitis B) de 16 a 59 años de edad, que no hayan recibido ni completado el esquema de vacunación

1º Dosis 2º Dosis (A los 2 meses de la 1da dosis) 3º Dosis (A los 4 meses de la 2da dosis)

Vacuna AHA (contra la Hepatitis A)

De 2 a 59 años de edad, que no haya recibido la vacuna a los 15 meses de edad

Única dosis

Otros...

| EDAD | 1º SESIÓN | 2º SESIÓN | 3º SESIÓN |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| 12 años | | | |
| 13 años | | | |
| 14 años | | | |
| 15 años | | | |
| 16 años | | | |
| 17 años | | | |

Recuerda:

LAVAR LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE MANIPULAR LOS ALIMENTOS

CEPILLAR LAS DIENTES 2 VECES AL DÍA Y VISITAR AL ODONTÓLOGO 2 VECES AL AÑO

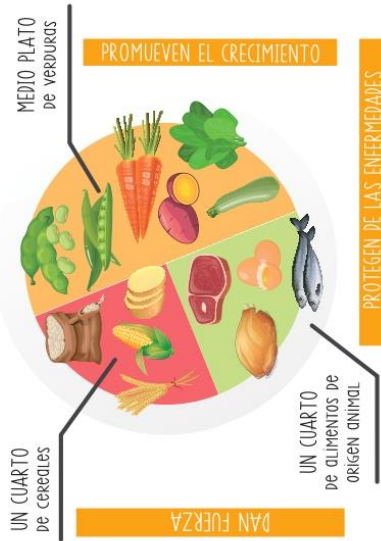
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA POR LO MENOS 30 MIN AL DÍA

CONVERSAR Y ESCUCHAR A TUS HIJOS

Para más información llama gratis al 113 SALUD

SALUD NUTRICIONAL

Porción recomendada en almuerzo y cena



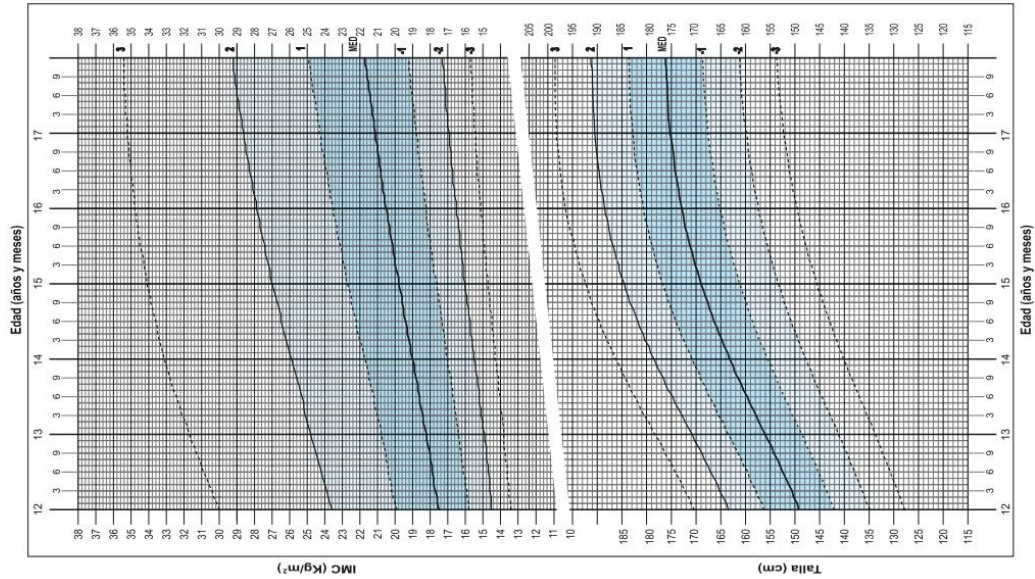
Recomendaciones

- Evitar el consumo de alimentos procesados
- Disminuir el consumo de sal y azúcar
- Beber 2 litros de agua al día
- Evitar consumo de alcohol y tabaco
- No te automediques

Cuida tu salud mental, bucal, física, sexual y reproductiva

GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

Varones (12a<18 años) índice de masa corporal/ edad y talla/ edad mediana y desviación estándar.



PARTICIPACIÓN EN TALLERES

Registrar la fecha, firmar y sellar en cada casillero correspondiente

| Prevención del embarazo en el adolescente | Prevención de infecciones de transmisión sexual | Prevención de sobrepeso/ obesidad |
|---|---|-----------------------------------|
| Programa familias fuertes amor y límites | Crianza positiva | Masculinidades |
| Habilidades sociales | Otros | Otros |

DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES

| ÁREAS | 1er Control | 2do Control | 3er Control | 4to Control | 5to Control | 6to Control |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Asertividad | | | | | | |
| Comunicación | | | | | | |
| Autoestima | | | | | | |
| Toma de Decisiones | | | | | | |
| Puntaje total | | | | | | |

Proporcionar información completa y de acuerdo a su realidad, adelantarse a sus inquietudes

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL- ESTADIOS DE TANNER.

| | |
|--|---|
| | ESTADIO 1 Sin vello púbico. Testículos, partes infantiles |
| | ESTADIO 2 Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y abultada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene. |
| | ESTADIO 3 Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro. |
| | ESTADIO 4 Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto no cubre los muslos. |
| | ESTADIO 5 Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos. |

ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCANO

IMUNIZACIONES

Vacuna Difteria-tétanos (Prevención de la Difteria y Tétanos)

1º dosis 2º dosis (A los 2 meses de la 1ra dosis) 3º dosis (A los 6 meses de la 2da dosis)

Vacuna Influenza (contra la Influenza A (H1N1 y H3N2) y cerva de Influenza tipo B)

12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años

Vacuna HPV (contra la Herpesvirus B) de 11 a 59 años de edad, que no hayan recibido ni completado el esquema de vacunación

1º dosis 2º dosis (A los 6 meses de la 1ra dosis) 3º dosis (A los 12 meses de la 2da dosis)

Vacuna AHA (contra la rubeola, Artralgia y Aftas) de 15 años de edad y adolescentes de 15 años de edad, excluida la vacuna a los 15 meses de edad

Única dosis

Otros...

11 años (3 veces al año)

| EDAD | 1º SESIÓN | 2º SESIÓN | 3º SESIÓN |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| 12 años | | | |
| 13 años | | | |
| 14 años | | | |
| 15 años | | | |
| 16 años | | | |
| 17 años | | | |

Recuerda:

Lavarte las manos antes y después de manipular los alimentos

Cepillarte los dientes 2 veces al día y visitar al odontólogo 2 veces al año

Realizar actividad física por lo menos 30 min al día

Conversar y escuchar a tus hijos

Para más información llama gratis al 113 SALUD

| PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|---------|----|----|
| EDAD DEL ADOLESCENTE | 12 años | | | 13 años | | | 14 años | | | 15 años | | | 16 años | | | 17 años | | |
| | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º | 1º | 2º | 3º |
| SESIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación del estado nutricional | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación física postural | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación del desarrollo psicológico y de habilidades sociales | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación de factores de riesgo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación de factores de protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación del desarrollo sexual (tanner) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamizaje de violencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descarte de enfermedades no transmisibles | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención odontológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suplementación con hierro y ácido fólico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consejería integral | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención y seguimiento de morbilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención y seguimiento de la salud sexual y reproductiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visita familiar integral | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Marque con una X en que número de sesión se aplicó la intervención

PERU Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE

FICHA FAMILIAR

N° HISTORIA CLÍNICA

Nombre del adolescente

Fecha de nacimiento

DNI

Nombre de la madre

DNI

Nombre del padre

DNI

Cuadro sanguíneo y factor RH

Teléfono

Dirección del domicilio

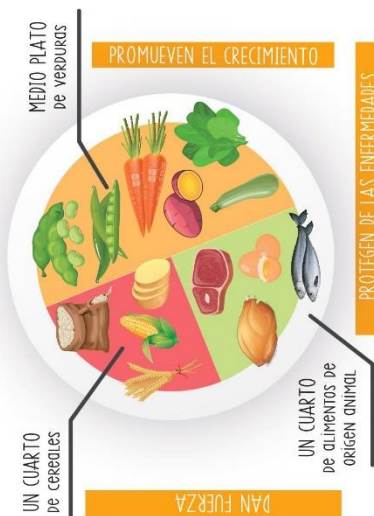
Referencia del domicilio

Lugar de Atención

Institución Educativa

SALUD NUTRICIONAL

Porción recomendada en almuerzo y cena



Recomendaciones

Evitar el consumo de alimentos procesados

Disminuir el consumo de sal y azúcar

Beber 2 litros de agua al día

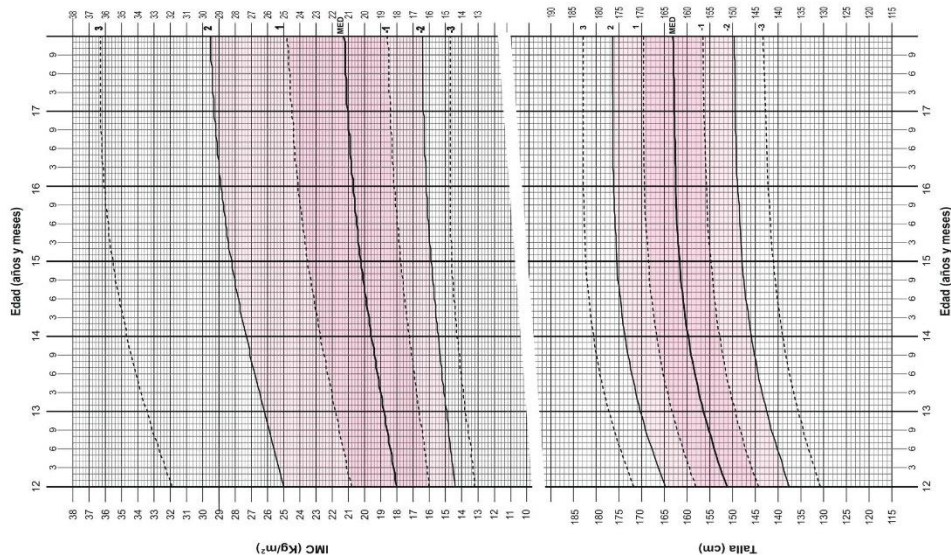
Evitar consumo de alcohol y tabaco

No te automediques

Cuida tu salud mental, bucal, física, sexual y reproductiva

GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

Mujeres (2a < 18 años) Índice de masa corporal/edad y talla/edad mediana y desviación estándar.



SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO

Recibir una tableta de hierro y ácido fólico por semana durante 3 meses continuos cada año.

| EDAD MESES | 12 AÑOS | 13 AÑOS | 14 AÑOS | 15 AÑOS | 16 AÑOS | 17 AÑOS |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Suplementación | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. | 1er. 2do. 3er. 4to. 5to. 6to. 7mo. 8vo. 9to. 10to. 11to. 12to. 13to. 14to. 15to. 16to. 17to. 18to. 19to. 20to. 21to. 22to. 23to. 24to. 25to. 26to. 27to. 28to. 29to. 30to. 31to. 32to. 33to. 34to. 35to. 36to. 37to. 38to. 39to. 40to. 41to. 42to. 43to. 44to. 45to. 46to. 47to. 48to. 49to. 50to. 51to. 52to. 53to. 54to. 55to. 56to. 57to. 58to. 59to. 60to. 61to. 62to. 63to. 64to. 65to. 66to. 67to. 68to. 69to. 70to. 71to. 72to. 73to. 74to. 75to. 76to. 77to. 78to. 79to. 80to. 81to. 82to. 83to. 84to. 85to. 86to. 87to. 88to. 89to. 90to. 91to. 92to. 93to. 94to. 95to. 96to. 97to. 98to. 99to. 100to. |
| Toma sus medicamentos de hierro y ácido fólico | | | | | | |
| Fecha de toma de Hemoglobina | | | | | | |
| Resultado | | | | | | |

DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES

| ÁREAS | 1er. Control | 2do. Control | 3er. Control | 4to. Control | 5to. Control | 6to. Control |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Asertividad | | | | | | |
| Comunicación | | | | | | |
| Autoestima | | | | | | |
| Toma de Decisiones | | | | | | |
| Puntaje Total | | | | | | |

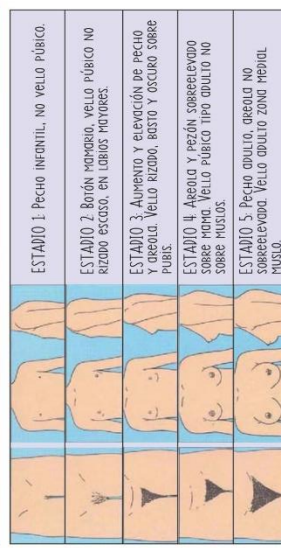
Proporcionar información completa y de acuerdo a su realidad, adelantarse a sus inquietudes

PARTICIPACIÓN EN TALLERES

Registrar la fecha, firmar y sellar en cada casillero correspondiente

| Prevenición de embarazo en el adolescente | Prevenición de infecciones de transmisión sexual | Prevenición de sobrepeso/ obesidad |
|---|--|------------------------------------|
| Programa con roles fuertes amor y límites | Cuando positiva | Masculinidades |
| Habilidades sociales | Otros | Otros |

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADIOS DE TANNER



DIETA HIPOGLÚCIDA
(1500 Kcal)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

H.C. _____ P. ACTUAL: _____ P. OBJETIVO: _____ FECHA: _____

| ALIMENTOS | CANTIDAD/DÍA | TIPO DE ALIMENTO | FORMA DE PREPARAR |
|-------------|------------------------------------|---|---|
| LECHE | 2 Tazas | Fresca sin nata, Evaporada, en polvo, yogurt. | Bebidas, con té, anís, manzanilla, sopas. |
| QUESO | 1 tajada grande | Fresco, requesón. 60 g (no mantecoso) | Al natural, en pan o como ingrediente. |
| HUEVO | 1 unidad | Entero () Clara () | Pasado, duro, escalfado, como ingrediente de preparaciones, frito () |
| CARNE | 2 trozos | Magras (sin grasa): res, ave, pescado, cordero, cuy, conejo, menudencia, (hígado, mondongo, sangrecita, molleja, etc) Mariscos: machas, choros (), almejas. | Molido, al vapor, sancochado, a la plancha, al horno, guisado, estofado, frito. |
| PAN | 2 unidades | Blanco, integral, galleta de soda | Molde, francés, tolette, sin miga. |
| VERDURAS | 2 tazas | Acelgas, espinacas, calabazas, zapallo, caigua, zapallo italiano, col china, col, espinaca, coliflor, pacchoy, apio, pepinillo, rabanito, tomate, lechuga, zapallo, frijol chino. | Caldos, sopas, guisados, ensaladas, al horno, saltado. |
| | 1 taza | Nabo, berenjena, vainita, zanahoria, arverja, poro, cebolla, beterraga, brócoli, espárragos. | |
| FRUTAS | 3 unidades o porciones | Naranja, lima, melón, sandía, maracuya, mandarina, papaya, pepino, toronja, fresa, tumbo, durazno, aguaje, ciruelas, chirimoya, granada, granadilla, pera, piña, tuna, manzana chica. | natural |
| CEREALES | 3 cucharadas o 1/2 taza (cocidos). | Arroz, fideos, avena, quinua, trigo pelado, sémola, kiwicha, cebada, etc. | En guisos, acompañando sopas. |
| MENESTRAS | 4 a 6 cucharadas. | Lentejas, pallares, frijoles, arverjita seca, etc. | Sancochado, guiso, al horno, ensaladas, puré. |
| TUBERCULOS | 1 uni. mediana | Papa, camote, yuca, oca, olluco, maca, platano verde. | En sopa, guiso, etc. |
| GRASAS | 3 cucharitas | Mantiquilla, margarina, aceite vegetal. | Para sazonar o como ingrediente de preparaciones |
| AZUCAR | 2 cucharaditas | Azúcar, miel de abeja. | Para endulzar cualquier preparación. |
| CONDIMENTOS | | Limón, vinagre, anís, canela, vainilla, pimienta, comino, palillo. | Para sazonar. |

formatos exámenes auxiliares 2-imágenes-0

INDICACIONES GENERALES

1. Está permitido el consumo de: agua, infusiones (té, anís, hierbabuena, manzanilla, cedrón, toronjil, agua mineral).
2. Los alimentos deben ser medidos al ras utilizando una taza (250 cc), una cucharadita de té equivale a 5 cc, una cucharada de sopa equivale a 15 cc.
3. No excederse de las cantidades indicadas.
4. Corte los alimentos en trozos chicos, coma despacio, mastique bien.
5. Del buen cumplimiento de su régimen dependerá su salud.
6. Consulte al nutricionista.
7. Realice actividad física.

ESQUEMA DIETÉTICO

DESAYUNO:

| | |
|-------|------------|
| LECHE | 1 TAZA. |
| PAN | 2 UNIDADES |
| HUEVO | _____ |

ALMUERZO

| | |
|-----------------|------------------|
| CALDO SIN GRASA | 1 PLATO |
| VERDURAS | 1 TAZA |
| CARNE | _____ |
| TUBERCULOS | 1 UNIDAD MEDIANA |
| FRUTA | 1 PORCIÓN |
| CEREALES | 1/2 - 2/3 TAZA |

CENA

| | |
|------------------|------------|
| SOPA DE VERDURAS | 1 PLATO |
| VERDURAS | 1 TAZA |
| CARNE | _____ |
| FRUTA | 1 PORCIÓN. |
| LECHE | 1 TAZA. |



SERVICIO DE NUTRICIÓN
HOSP. INTERCULTURAL DE ATALAYA



9/12

HISTORIA NUTRICIONAL

Servicio: _____ Cama: _____ HCL: _____ Fecha de ingreso: ____/____/____
Nombre: _____ Sexo: _____ DNI: _____
Fecha Nac: _____ Edad: _____ Piezas dentarias: _____ Antecedentes Pat: _____
Dx. Médico: _____

CRIBADO NUTRICIONAL: Riesgo de desnutrición SI _____ NO _____

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA:

| P.ACT | PC | TALLA | IMC | PB | P.AB | PCT | PCB | %PCT | %CMB |
|-------|----|-------|-----|----|------|-----|-----|------|------|
| | | | | | | | | | |

Obs:.....

EVALUACIÓN CLÍNICA:

| Cabello | Cara | Ojos | Piel | Boca | Uñas |
|---------|------|------|------|------|------|
| | | | | | |

EVALUACIÓN DIETÉTICA:

Apetito _____ Alergias/
Intolerancias _____
Deposiciones: _____ Frecuencia: _____
Fiatos: _____ Consistencia: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

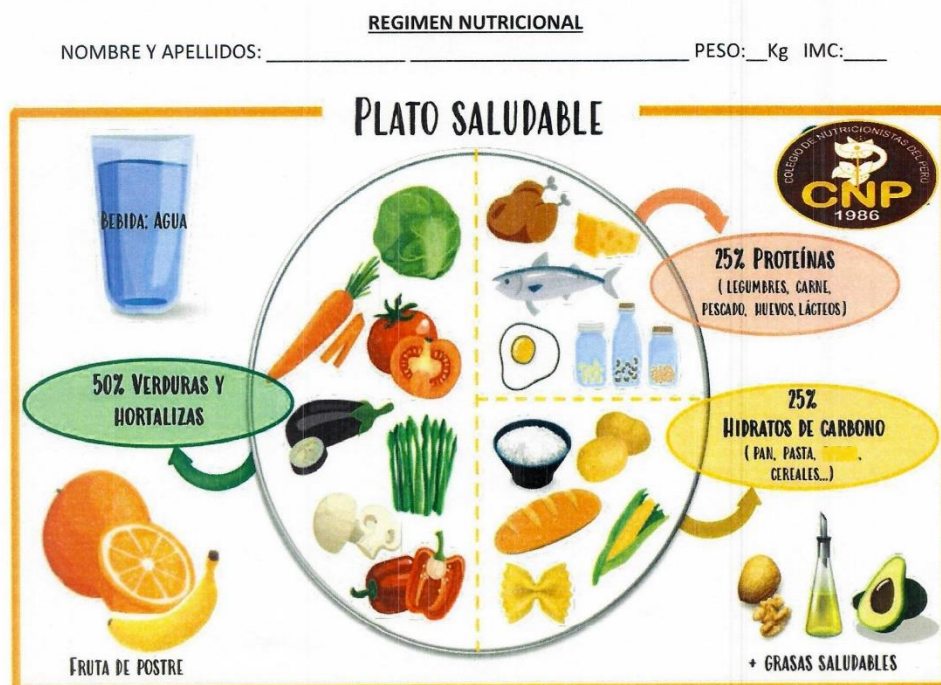
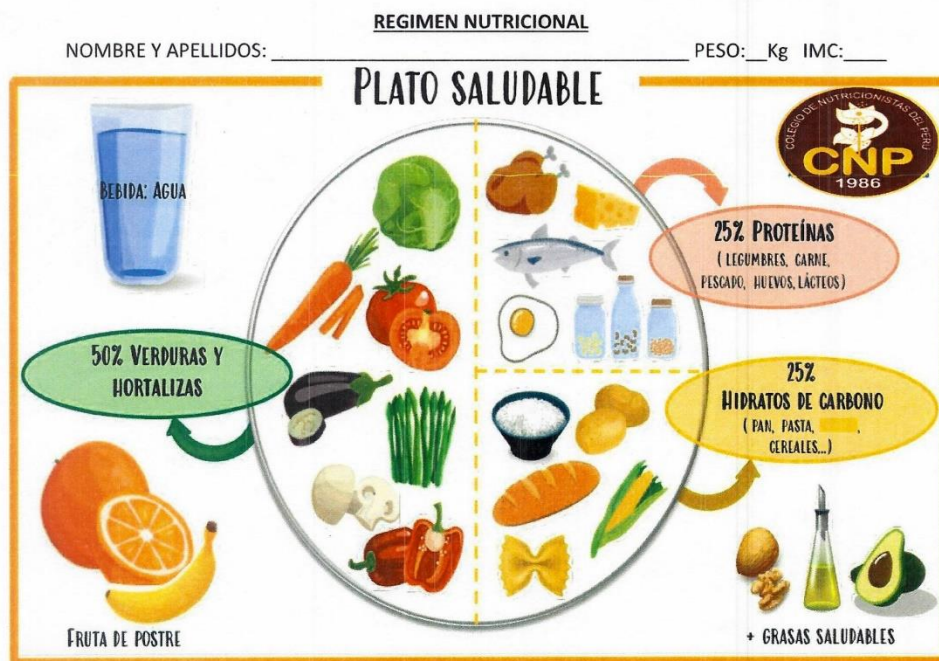
| FECHA | | / | / |
|-------|----------------|-----|-----|
| RET | | Kg. | Día |
| | Energía (Kcal) | | |
| | CHO (g.) | | |
| | LIP (g.) | | |
| | PROT (g.) | | |

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

| FECHA | | | |
|----------------|--|--|--|
| TIPO DE DIETA: | | | |
| APORTE KCAL | | | |
| APORTE PROT. | | | |
| CONSUMO % | | | |

MONITOREO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

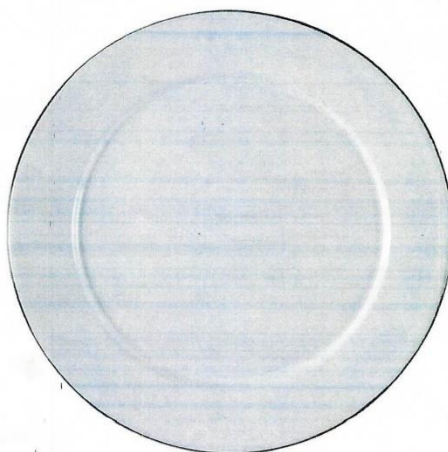
| FEC HA | OBSERVACIONES | FIRMA Y SELLO |
|-----------|---------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



9/2

| ENERGÉTICOS | CONSTRUCTORES | REGULADORES |
|---|--|---|
| RECOMENDADOS: <ul style="list-style-type: none"> - PAPA, YUCA, CAMOTE. - BETERRAGA, PLATANO. - OLLUCO - PALTA, ACEITUNA, FRUTOS SECOS, ACEITE, MANTEQUILLA. SE DEBE CONTROLAR SU CONSUMO: <ul style="list-style-type: none"> - ARROZ. - PASTAS. - PAN. SE DEBEN REDUCIR Y/O ELIMINAR GASEOSAS, REFRESCOS (EN CAJA), MERMELADA, AZUCAR, MANJAR, CHANCACA, MIEL, GALLETAS, PRODUCTOS ULTRAPROCESADOS | CARNES <ul style="list-style-type: none"> - BLANCAS (POLLO). - ROJAS (RES). - PESCADOS. - MONTE. VÍSCERAS <ul style="list-style-type: none"> - HÍGADO. - BOFE. - BAZO. - CORAZÓN. - SANGRE. LÁCTEOS <ul style="list-style-type: none"> - LECHE. - YOGURT. - QUESO. HUEVO | <ul style="list-style-type: none"> - FRUTAS Y VERDURAS. LAVAR Y DESINFECTAR |

PLATO SALUDABLE



Diario de entrenamiento y dieta

1
2

DESAYUNO

ENTRE HORAS

3
4

COMIDA

CENA

5

ENTRENAMIENTO

Clases COLECTIVAS

PESO Y MEDICIONES

PESO

% GRASA CORPORAL

% MASA GRASA

% AGUA

ÍNDICE GRASA VISCERAL

EDAD METABÓLICA

NOTAS

86



5/2



CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL 2002 (NRS)

| CRIBADO INICIAL | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿ÍNDICE DE MASA CORPORAL MENOR A 20? | | |
| ¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? | | |
| ¿REDUCCIÓN DE LA INGESTA EN LA ÚLTIMA SEMANA? | | |
| ¿ENFERMEDAD GRAVE? | | |

SI LA RESPUESTA A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS ES "SI", DEBE DE PASAR AL CRIBADO COMPLETO

| ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL | | SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD | |
|--|---|--|---|
| NORMAL | 0 | REQUERIMIENTOS NORMALES | 0 |
| PERDIDA DE PESO >5% EN 3 MESES Ó INGESTA DE < 50 - 75% DE LAS NECESIDADES EN LA SEMANA PRECEDENTE. | 1 | FRACTURA DE CADERA. PACIENTES CRÓNICOS CON COMPLICACIONES AGUDAS: HEMODIALISIS, DIABETES, CIRROSIS, EPOC, ONCOLOGÍA. | 1 |
| PERDIDA DE PESO >5% EN 2 MESES Ó ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE 18.5 - 20.5 Kg/m ² + ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL O INGESTA DEL 25 - 50% DE LAS NECESIDADES EN LA SEMANA PRECEDENTE. | 2 | CIRUGÍA MAYOR ABDOMINAL, ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL, INFECCIONES SEVERAS, NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. | 2 |
| PERDIDA DE PESO >5% EN 1 MES (>15% EN 3 MESES) O +ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE <18.5 Kg/m ² + ALTERACION DEL ESTADO GENERAL O INGESTA DE 0 - 25%DE LAS NECESIDADES EN LA SEMANA PRECEDENTE. | 3 | TRAUMATISMO CRANEOCEFÁLICO, TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA, PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (APACHE>10) | 3 |
| PUNTOS | | PUNTOS | |

TOTAL PUNTOS

AÑADIR UN PUNTO SI LA EDAD ES >70 AÑOS

SI LA PUNTUACIÓN TOTAL ES ≥3, PACIENTE CON DESNUTRICIÓN O RIESGO
DE PRESENTARLA.

RIESGO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

| | | |
|------------------|--|--|
| | | |
| CRITERIOS TIPO A | IMC<16 Kg/m ² | |
| | PERDIDA INVOLUNTARIA DE PESO CORPORAL >15% EN LOS ULTIMOS 3 A 6 MESES. | |
| | MUY POBRE INGESTA O NPO >DE 10 DÍAS. | |
| | NIVELES SÉRICOS BAJOS DE Mg, P04 o K ANTES DE ALIMENTARSE. | |
| CRITERIOS TIPO B | IMC<18.5 Kg/m ² | |
| | PERDIDA INVOLUNTARIA DE PESO CORPORAL >10% EN LOS ULTIMOS 3 A 6 MESES. | |
| | MUY POBRE INGESTA O NPO >DE 5 DÍAS. | |
| | Hx DE ALCOHOLISMO O ABUSO DE DROGAS, INSULINA, DIURÉTICOS, QT. | |

| | |
|-----------------|--|
| RIESGO | CRITERIOS |
| NINGUNO | NINGUNO |
| BAJO | UN CRITERIO TIPO "B" |
| ALTO | 1 CRITERIO TIPO "A" O 2 CRITERIOS TIPO "B" |
| MUY ALTO | 1 DE LOS SIGUIENTES FACTORES: a. IMC < 14 Kg/m² b. PERDIDA DE PESO > 20% PC c. INANICIÓN > 15 DÍAS. |

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO EN EL AREA DE ADMISIÓN

HISTORIA CLÍNICA:

APELLIDOS:

NOMBRES:

N° DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

DATOS DE LA MAMÁ:

DATOS DEL PAPÁ:

OTRO FAMILIAR:

CELULAR:

GRUPO FACTOR:

DEL SERVICIO:



INTERCONSULTA

CAMA:
H.C. N°:

- ☐ C. Externo
☐ Emergencia
☐ Hospitalización

PACIENTE:

SOLICITAMOS:

Edad: Sexo: M ☐ F ☐

- ☐ OPINIÓN
☐ DIAGNÓSTICO
☐ TRATAMIENTO
☐ REFERENCIA

REGULACIONES DEL HOSPITAL. Sírvase contestar los resultados de la INTER CONSULTA antes de 24 horas.

FECHA: _____ HORA: _____ P.M. PEDIDO DE CONSULTA A: _____

MOTIVO DE INTER CONSULTA Y RESUMEN CLÍNICA:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: a) _____
b) _____
c) _____

Responsable de la Atención

RESPUESTA DE INTER CONSULTA

FECHA:

HORA:

1. Procedimientos y Exámenes Efectuados 2. Diagnóstico 3. Pronóstico 4. Recomendaciones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

[illegible][illegible]

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO |
|--------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

[illegible]

Fecha de Próxima cita:

Firma de Responsable de Atención



NOTAS DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION CENTRO
SALUD ATALAYA

| SISTEMA ALERGA | | | | | |
|-------------------|------|-------------------|----------|--|---------------------|
| FECHA | HORA | | | | FIRMA DEL ENFERMERO |
| | | | | | |
| APELLIDO PATERNO: | | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES: | | |
| SERVICIO: | | N° CAMA: | | | |



EXAMENES COMPLEMENTARIOS HOSPITALIZACIÓN CENTRO SALUD ATALAYA

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

Y ASI SUCEсивAMENTE

PEGUE EL 2do RESULTADO CON LA PARTE SUPERIOR DE ESTA LINEA

PEGUE EL 1er RESULTADO CON LA PARTE SUPERIOR DE ESTA LINEA

| | | |
|-------------------|-------------------|----------|
| APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES: |
| SERVICIO: | | N° CAMA: |



HOSPITAL ATALAYA



AUTORIZACIÓN PARA OPERACIÓN

1.- Por el presente documento autorizo al médico tratante.

2.- Para que practique en: _____

3.- Una intervención quirúrgica: _____
y/o que puedan derivarse de la anterior y concepto de riesgo que ella puedan originarse, así como las posibilidades de secuelas de las que he sido debidamente informado, así mismo autorizo la administración del anestésico que sea conveniente al criterio del anestesiólogo: transfusión de sangre o plasma y a la medicación que se considere necesario a juicio de los médicos tratantes, disponer de cualquier tejido u órgano que sea extirpado como resultado de la operación. En fe, la cual firmo en presencia de un testigo.

ATALAYA, _____ de _____ del 20 _____

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

N° DNI: _____

Domicilio: _____

- 1.- Nombre del Médico: _____
2. Mi persona o la de mi menor hija (o) o la de mi esposa (o), según el caso (indíquese el nombre completo de la persona que se opera)
- 3.- Nombre de la Operación: _____
- 4.- Firma del paciente si esta no pudiera firmar lo hará su cónyuge, padre, tutor o familia cercano
- 5.- Parentesco con el paciente,
Nombre, firma, domicilio, etc, del testigo.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

N.H.CL.

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
DIRECCIÓN DE RED DE SALUD ATALAYA



SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

PARA.....HORA.....EDAD.....
SERVICIO.....CAMA.....H.CL.N.....
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE.....
DIAGNOSTICO.....
OPERACIÓN.....
CIRUJANO.....
AYUDANTE.....
ANESTESIOLOGO(A).....ANESTESIA.....
TIEMPO PROBABLE QUE EMPLEARA EN SALA DE OPERACIONES.....
CANTIDAD DE SANGRE EN DEPOSITO.....
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH.....
OTROS DATOS DE INTERES CLINICO Y DE LABORATORIO.....

.....
V°B°

.....
FIRMA DEL MEDICO

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo.....
habiendo recibido consejería e Información del VIH- SIDA y la prueba rápida, autorizo se
me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH/ SIDA.

Me comprometo a regresar para recibir mi consejería y recoger mis resultados.

Firma del consejero

Firma del paciente
DNI:

FECHA:

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo.....
habiendo recibido consejería e Información del VIH- SIDA y la prueba rápida, autorizo se
me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH/ SIDA.

Me comprometo a regresar para recibir mi consejería y recoger mis resultados.

Firma del consejero

Firma del paciente
DNI:

FECHA:

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo.....
habiendo recibido consejería e Información del VIH- SIDA y la prueba rápida, autorizo se
me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH/ SIDA.

Me comprometo a regresar para recibir mi consejería y recoger mis resultados.

Firma del consejero

Firma del paciente
DNI:

FECHA:

CENTRO DE SALUD ATALAYA
LABORATORIO

DIRECCIÓN DE RED
DE SALUD N° 03-ATALAYA

PACIENTE _____
H CL _____
FECHA _____

| | |
|-----------------------------|--|
| AGLUTINACIÓN | |
| HEMATOCRITO | |
| HEMOGRAMA COMPLETO | |
| R.P.R | |
| H.I.V. | |
| EXAMEN DIRECTO DE SECRECIÓN | |
| GRAM DE SECRECIONES | |
| COLESTEROL TOTAL | |
| TRIGLICÉRIDOS | |
| GLUCOSA | |
| PAQUETE PERINATAL | |
| EXAMEN COMPLETO DE ORINA | |
| TEST HELECHO | |
| PREGNOSTICON EN SANGRE | |
| AMILASA | |
| ALBUMINA | |
| PROTEINA C REACTIVA | |
| BILIRRUBINA TOTAL | |
| BILIRRUBINA DIRECTA | |
| FOSFATASA ALCALINA | |
| ANTIGENO PROSTATICO | |
| GRUPO SANGUINEO FACTOR RH. | |
| HEPATITIS A | |
| HEPATITIS B | |
| EXAMEN SIMPLE DE HECES | |
| GOTA GRUESA | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| HEPATITIS C | |
| FACTOR REUMATOIDEO | |
| BACILOSCOPIA (BK) | |
| REACCIÓN INFLAMATORIA EN HECES | |
| REACCIÓN INFLAMATORIA EN HECES | |
| RASPADOS DE HERIDA DE LESIONAMIENTO | |
| EXTRAC. DE SANGRE P TRANSFUS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| BATERIA DE PREECLAMPSIA | |
| UREA | |
| CREATININA | |
| TGO | |
| TGP | |
| RECuento de PLAQUETAS | |
| PROTEINA CUALITATIVA | |
| TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRIA | |
| DESHIDROGENASA LACTICA | |
| PROTEINAS TOTALES | |
| ACIDO URICO | |
| | |
| | |



PERÚ

Ministerio de Salud



EE.UU.





Folder Identificación



HISTORIA CLÍNICA DEL ADOLESCENTE (12-17 AÑOS)

APELLIDOS:

NOMBRES:

COMUNIDAD:

DNI:

F/N:

SEGURO N°

EE/H.C.



PERÚ

Ministerio de Salud





@DiresaUcayali

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1 ERA SESIÓN

2da SESIÓN

3 ERA SESIÓN

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

4ta SESIÓN

5ta SESIÓN

6ta SESIÓN

7ta SESIÓN

8ta SESIÓN

9ta SESIÓN

10ta SESIÓN

11ta SESIÓN

12ta SESIÓN

13ta SESIÓN

14ta SESIÓN

15ta SESIÓN

16ta SESIÓN

17ta SESIÓN

18ta SESIÓN

19ta SESIÓN

20ta SESIÓN

21ta SESIÓN

22ta SESIÓN

23ta SESIÓN

24ta SESIÓN

25ta SESIÓN

26ta SESIÓN

27ta SESIÓN

28ta SESIÓN

29ta SESIÓN

30ta SESIÓN

31ta SESIÓN

32ta SESIÓN

33ta SESIÓN

34ta SESIÓN

35ta SESIÓN

36ta SESIÓN

37ta SESIÓN

38ta SESIÓN

39ta SESIÓN

40ta SESIÓN

41ta SESIÓN

42ta SESIÓN

43ta SESIÓN

44ta SESIÓN

45ta SESIÓN

46ta SESIÓN

47ta SESIÓN

48ta SESIÓN

49ta SESIÓN

50ta SESIÓN

51ta SESIÓN

52ta SESIÓN

53ta SESIÓN

54ta SESIÓN

55ta SESIÓN

56ta SESIÓN

57ta SESIÓN

58ta SESIÓN

59ta SESIÓN

60ta SESIÓN

61ta SESIÓN

62ta SESIÓN

63ta SESIÓN

64ta SESIÓN

65ta SESIÓN

66ta SESIÓN

67ta SESIÓN

68ta SESIÓN

69ta SESIÓN

70ta SESIÓN

71ta SESIÓN

72ta SESIÓN

73ta SESIÓN

74ta SESIÓN

75ta SESIÓN

76ta SESIÓN

77ta SESIÓN

78ta SESIÓN

79ta SESIÓN

80ta SESIÓN

81ta SESIÓN

82ta SESIÓN

83ta SESIÓN

84ta SESIÓN

85ta SESIÓN

86ta SESIÓN

87ta SESIÓN

88ta SESIÓN

89ta SESIÓN

90ta SESIÓN

91ta SESIÓN

92ta SESIÓN

93ta SESIÓN

94ta SESIÓN

95ta SESIÓN

96ta SESIÓN

97ta SESIÓN

98ta SESIÓN

99ta SESIÓN

100ta SESIÓN

101ta SESIÓN

102ta SESIÓN

103ta SESIÓN

104ta SESIÓN

105ta SESIÓN

106ta SESIÓN

107ta SESIÓN

108ta SESIÓN

109ta SESIÓN

110ta SESIÓN

111ta SESIÓN

112ta SESIÓN

113ta SESIÓN

114ta SESIÓN

115ta SESIÓN

116ta SESIÓN

117ta SESIÓN

118ta SESIÓN

119ta SESIÓN

120ta SESIÓN

121ta SESIÓN

122ta SESIÓN

123ta SESIÓN

124ta SESIÓN

125ta SESIÓN

126ta SESIÓN

127ta SESIÓN

128ta SESIÓN

129ta SESIÓN

130ta SESIÓN

131ta SESIÓN

132ta SESIÓN

133ta SESIÓN

134ta SESIÓN

135ta SESIÓN

136ta SESIÓN

137ta SESIÓN

138ta SESIÓN

139ta SESIÓN

140ta SESIÓN

141ta SESIÓN

142ta SESIÓN

143ta SESIÓN

144ta SESIÓN

145ta SESIÓN

146ta SESIÓN

147ta SESIÓN

148ta SESIÓN

149ta SESIÓN

150ta SESIÓN

151ta SESIÓN

152ta SESIÓN

153ta SESIÓN

154ta SESIÓN

155ta SESIÓN

156ta SESIÓN

157ta SESIÓN

158ta SESIÓN

159ta SESIÓN

160ta SESIÓN

161ta SESIÓN

162ta SESIÓN

163ta SESIÓN

164ta SESIÓN

165ta SESIÓN

166ta SESIÓN

167ta SESIÓN

168ta SESIÓN

169ta SESIÓN

170ta SESIÓN

171ta SESIÓN

172ta SESIÓN

173ta SESIÓN

174ta SESIÓN

175ta SESIÓN

176ta SESIÓN

177ta SESIÓN

178ta SESIÓN

179ta SESIÓN

180ta SESIÓN

181ta SESIÓN

182ta SESIÓN

183ta SESIÓN

184ta SESIÓN

185ta SESIÓN

186ta SESIÓN

187ta SESIÓN

188ta SESIÓN

189ta SESIÓN

190ta SESIÓN

191ta SESIÓN

192ta SESIÓN

193ta SESIÓN

194ta SESIÓN

195ta SESIÓN

196ta SESIÓN

197ta SESIÓN

198ta SESIÓN

199ta SESIÓN

200ta SESIÓN

201ta SESIÓN

202ta SESIÓN

203ta SESIÓN

204ta SESIÓN

205ta SESIÓN

206ta SESIÓN

207ta SESIÓN

208ta SESIÓN

209ta SESIÓN

210ta SESIÓN

211ta SESIÓN

212ta SESIÓN

213ta SESIÓN

214ta SESIÓN

215ta SESIÓN

216ta SESIÓN

217ta SESIÓN

218ta SESIÓN

219ta SESIÓN

220ta SESIÓN

221ta SESIÓN

222ta SESIÓN

223ta SESIÓN

224ta SESIÓN

225ta SESIÓN

226ta SESIÓN

227ta SESIÓN

228ta SESIÓN

229ta SESIÓN

230ta SESIÓN

231ta SESIÓN

232ta SESIÓN

233ta SESIÓN

234ta SESIÓN

235ta SESIÓN

236ta SESIÓN

237ta SESIÓN

238ta SESIÓN

239ta SESIÓN

240ta SESIÓN

241ta SESIÓN

242ta SESIÓN

243ta SESIÓN

244ta SESIÓN

245ta SESIÓN

246ta SESIÓN

247ta SESIÓN

248ta SESIÓN

249ta SESIÓN

250ta SESIÓN

251ta SESIÓN

252ta SESIÓN

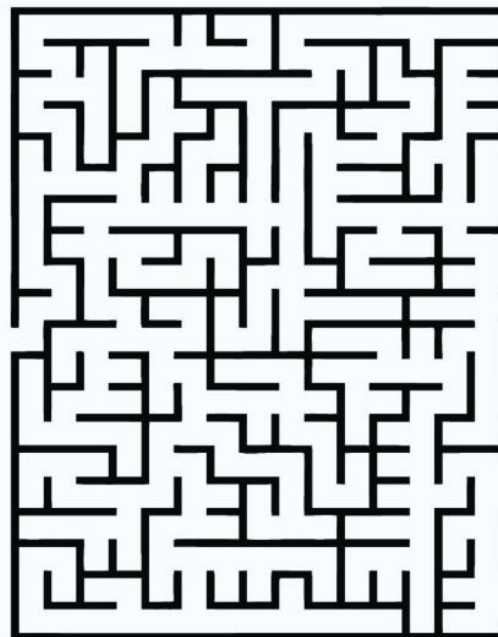
2

| FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE | | | | | | | | | | 1 |
|--|-------|---|--|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | | | |
| N° de Historia Clínica | | N° Afiliación SIS u otro Seguro: | | | | | | | | |
| Apellidos | | Sexo: | | M | F | Etnia | | | | |
| Nombres | | Cel: | | | | F. de Nac | | | | |
| Dirección /Referencia Madre, Padre o adulto referente | | Integrantes de familia | | | | Edad | DNI | | | |
| | | | | | | | | | | |
| PROBLEMAS CRONICOS | | | | | | OBSERVACIONES | | | | |
| N° | FECHA | PROBLEMAS AGUDOS | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
| N° | FECHA | PROBLEMAS AGUDOS | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
| N° | FECHA | PRESTACIONES DE salud | | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
| 1 | | EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL | | | | | | | | |
| 2 | | EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA | | | | | | | | |
| 3 | | EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL | | | | | | | | |
| 4 | | EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE HABILIDADES SOCIALES (CIA) | | | | | | | | |
| 6 | | IDENTIFICA CON DE FACTORES DE RIESGO DE PROTECCIÓN | | | | | | | | |
| | | EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER) | | | | | | | | |
| 7 | | TAMIZAJE DE VIOLENCIA | | | | | | | | |
| 8 | | DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | | | | | | | | |
| 9 | | ATENCIÓN ODONTOLÓGICA | | | | | | | | |
| 10 | | INMUNIZACIONES | | | | | | | | |

[illegible]

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 11 | CONSEJERÍA INTEGRAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 12 | ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 13 | ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 14 | VISITA FAMILIAR INTEGRAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 15 | TALLERES | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 16 | TEMAS EDUCATIVOS | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Encuentra la salida

[illegible]

[illegible][illegible]

3-b

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE











| SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES-SEGUIMIENTO DE RIESGOS | | | | | | | | | | FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Habilidades Sociales | Asertividad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Comunicación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autoestima | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Toma de decisiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tamizaje Violencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación | Tamizaje Alcohol | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cuestionario C/IA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PSC | Niño adolescente | | Padre | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pareja / enamorado (a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Relaciones sexuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conducta sexual de riesgo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dos o más parejas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sexo sin protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RS con personas del mismo sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RS con personas del otro sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Uso de método anticonceptivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Especificar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orientación y consejería en ITS - VIH | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orientación y consejería de cáncer de mama y cuello uterino | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tamizaje de VIH | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tamizaje de Sífilis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamizaje de Hepatid B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| APELLIDOS Y NOMBRES | | Nº |
|---------------------|--|----|
|---------------------|--|----|

TEST DE TANNER

Escalas de Tanner en niñas.

11

| | | |
|---|---|--|
|  |  | Estadio 1. Pecho infantil. no vello púbico. |
|  |  | Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores. |
|  |  | Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre púbis. |
|  |  | Estadio 4. Areola y pezón sobre elevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos. |
|  |  | Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobre elevada. Vello adulto zona medial muslo. |

RESULTADOS:

| | |
|---------|----|
| ESTADIO | Nº |
| | |

TEST DE TANNER

Escalas de Tanner en niños.

The diagrams are arranged vertically in a column. Each diagram is enclosed in a blue rectangular frame. They illustrate the following stages:

- Diagram 1 (Top):** Shows a small, simple phallus with a small, rounded glans and a short, thin shaft.
- Diagram 2:** Shows a slightly larger phallus with a more defined glans and a slightly longer shaft.
- Diagram 3:** Shows a phallus with a more pronounced glans and a longer, thicker shaft.
- Diagram 4 (Bottom):** Shows a fully developed phallus with a large, dark, textured glans and a thick, long shaft.

RESULTADOS:

| ESTADIO | Nº | |
|---------|----|--|
| | | |

PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL

Queremos hacerle algunas preguntas relacionadas al consumo de alcohol. Por favor le pedimos que conteste con sinceridad.

| | Nunca | 1 vez al mes o menos | 2 a 4 veces al mes | 2 a 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
|---|-------|-----------------------|--------------------|-------------------------|---------------------------|
| ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas? | 1 6 2 | 3 6 4 | 5 6 | 7, 8 6 9 | 10 6 más |
| ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe? | | | | | |
| | Nunca | Menos de 1 vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? | | | | | |

Fuente: AUDIT C versión corta de 3 ítems

El AUDIT-C se califica en una escala de 0 a 12 puntos (puntuajes de 0 indican ningún uso de alcohol). En hombres, una puntuación de 4 o más es considerada significativa ("positiva"); en mujeres, se considera significativa una puntuación de 3 o más. Un puntaje significativo ("positivo") indica que la persona está en riesgo elevado de consumo perjudicial o abusivo o dependencia de alcohol.

ESCALA DE SSI (BECK)

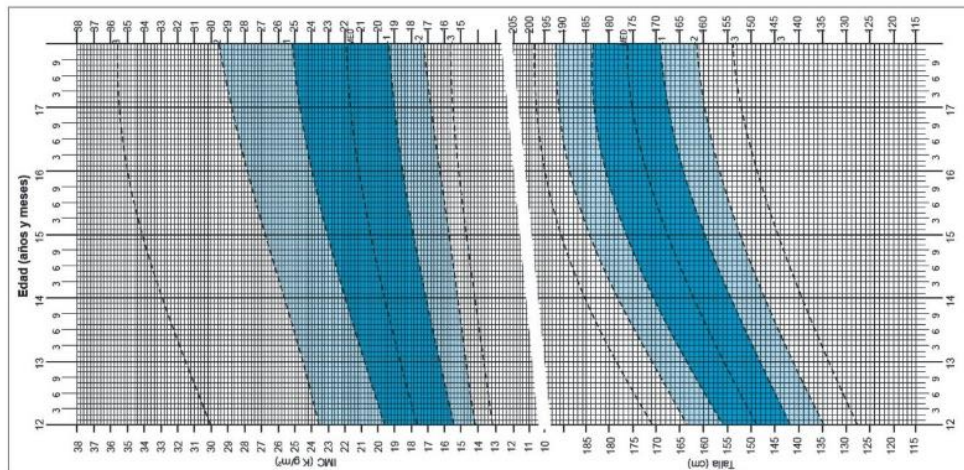
NOMBRE Y APELLIDOS EDAD F/N


GRADO Y SECCIÓN DNI Nº D e CELULAR

DIRECCIÓN REFERENCIA

Marque con Un aspa (x) la alternativa que creas conveniente: SI o NO.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Tienes deseos de morir? | | |
| 2. ¿Tienes razones para querer morir? | | |
| 3. ¿Sientes que tu vida ha perdido sentido? | | |
| 4. ¿Te sientes útil en esta vida? | | |
| 5. ¿Crees que la muerte trae Alivio a los sufrimientos? | | |
| 6. ¿Has tenido pensamientos de terminar con tu vida? | | |
| 7. ¿Has tenido de deseos de acabar con tu vida? | | |
| 8. ¿Tienes pensamientos suicidas con frecuencia? | | |
| 9. ¿Logras resistir a esos pensamientos? | | |
| 10. ¿Has pensado en algún método específico? | | |
| 11. ¿El método es accesible a ti? | | |
| 12. ¿Has comentado con alguien algún método de suicidio? | | |
| 13. ¿Has realizado algún intento de suicidio? | | |
| 14. ¿Pensarías en llevar a cabo algún intento de suicidio? | | |
| 15. ¿Tienes posibilidades para ser feliz en el futuro? | | |
| 16. ¿Sientes que tienes control sobre tu vida? | | |
| 17. ¿Pierdes las esperanzas cuando te pasa algo? | | |
| 18. ¿Plenasas que tu familia rara vez te toma en cuenta? | | |





☐ CENA
☐ ALMUERZO
☐ REFRIGERIO

HÁBITOS ALIMENTICIOS (MARCAR SI O NO)

Nº comidas al día: DESAYUNO ☐ ALMUERZO ☐ CENA ☐

| ALIMENTOS | 20..... | 20..... | ESTANDAR |
|--|---------|---------|-------------|
| Fecha | | | |
| Leche, queso y yogur | | | Duro |
| Carnes, pollo, hígado, pescado y otros | | | Duro |
| Verduras y legumbres | | | 3 u/men |
| Arroz, pasta, cereales | | | 2 a 3 veces |
| Cereales, tubérculos y derivados | | | 5 veces |
| Frutas y verduras | | | Exporados |
| Frutas y bocadillo | | | |

Explicar: D (duro), D (hígado 3-4), V (verduras), S (seminal)

| Año | DIAGNOSTICO NUTRICIONAL | | | | | ORIENTACIÓN NUTRICIONAL | |
|-------|-------------------------|-------|-----|-----|-----|-------------------------|----|
| | Peso | Talla | IMC | T/E | T/A | SI | NO |
| 20... | | | | | | | |
| 20... | | | | | | | |
| 20... | | | | | | | |

| TRANSACCIONES DE LA ALIMENTACIÓN (TA) | | 20 | 20 |
|---------------------------------------|--|----|----|
| 1. | Alimentos después de la comida? | SI | NO |
| 2. | Sientes náusea después del comer? | SI | NO |
| 3. | Comest. Inapropiadamente? | SI | NO |
| 4. | Te sientes pesada, incómoda con la comida? | SI | NO |
| 5. | ¿Tienes de hacer dieta o dejar de comer? | SI | NO |
| 6. | La comida débil o insuficiente del comer? | SI | NO |

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007
MUJERES (12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar

Edad (años y meses)

[illegible]

| 6. ¿La frecuencia varía después de comer? | | SI | NO | SI | NO |
|---|-------------|--|----|----|----|
| Isleño: Anorexia | 1, 2, 4 y 5 | Más de 3 veces con respuesta positiva = Presunción de Anorexia | | | |
| Isleño: Bulimia | 2, 3 y 6 | Más de 2 veces con respuesta positiva = Presunción de Bulimia | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE


[illegible][illegible]

| RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA | | N° 660100 | |
|--|------------------|----------------------|--|
| Nombres y Apellidos | | Edad | |
| Código del asegurado | | DNI | |
| USUARIO | ATENCIÓN | ESPECIALIDAD MÉDICA | |
| Demanda | Consulta Externa | Medicina | |
| SIS | Emergencia | Cirugía | |
| Intervención Sanitaria | Odontología | Gineco - Obstetricia | |
| Otros | Otros | Pediatría | |
| Historia Clínica: | | Otros | |
| Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) | | (CIE - 10) | |
| Rp. Producto farmacéutico o insumo (Obligatorio DCI o equivalente para insumo) Concentración Forma Farmacéutica Cantidad | | | |
| Sello/Firma/Col. Profesional | | Fecha de Atención | |
| Valido hasta | | | |

| RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA | | N° 660100 | |
|--------------------------------|-------|-------------------|------------|
| INDICACIONES | | | |
| Nombres y Apellidos | | | |
| Producto farmacéutico o insumo | Dosis | Vía | Frecuencia |
| Duración | | | |
| Sello/Firma/Col. Profesional | | Fecha de Atención | |
| Valido hasta | | | |

| RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA | | N° 660100 | |
|--|------------------|----------------------|--|
| Nombres y Apellidos | | Edad | |
| Código del asegurado | | DNI | |
| USUARIO | ATENCIÓN | ESPECIALIDAD MÉDICA | |
| Demanda | Consulta Externa | Medicina | |
| SIS | Emergencia | Cirugía | |
| Intervención Sanitaria | Odontología | Gineco - Obstetricia | |
| Otros | Otros | Pediatría | |
| Historia Clínica: | | Otros | |
| Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) | | (CIE - 10) | |
| Rp. Producto farmacéutico o insumo (Obligatorio DCI o equivalente para insumo) Concentración Forma Farmacéutica Cantidad | | | |
| Sello/Firma/Col. Profesional | | Fecha de Atención | |
| Valido hasta | | | |

| RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA | | N° 660100 | |
|--------------------------------|-------|-------------------|------------|
| INDICACIONES | | | |
| Nombres y Apellidos | | | |
| Producto farmacéutico o insumo | Dosis | Vía | Frecuencia |
| Duración | | | |
| Sello/Firma/Col. Profesional | | Fecha de Atención | |
| Valido hasta | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------|--|-------------------|--------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------------------|--|
|  | | PERÚ | | Ministerio de Salud | | Seguro Integral de Salud | | ACA VA EL AÑO | | |
| FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE FORMATO | | | | | | | | | | |
| ACA VA EN CODIGO RENAES | | X | | X | | X | | ACA VA EL | | |
| DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO RENAES DEL EE.SS. | | | | NOMBRE DEL EE.SS. QUE REALIZA LA ATENCIÓN | | | | | | |
| X | | | | X | | | | | | |
| ACA VA EN CODIGO RENAES SIN CEROS A LA IZQUIERDA | | | | ACA VA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | | | | | |
| PERSONAL QUE ATIENDE | | DE LA IPRESS | | ATENCION | | REFERENCIA REALIZADA POR | | | | |
| ITINERANTE | | | | AMBULATORIA | | CÓD. RENAES | | NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE | | |
| OFERTA FLEXIBLE | | | | REFERENCIA | | | | N° HOJA DE REFERENCIA | | |
| | | | | EXTRAMURAL | | | | | | |
| DEL ASEGURADO / USUARIO | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | CÓDIGO DE ASEGURADO SIS | | ASEGURADO DE OTRA IAFAS | | | | | | |
| TDI | | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | DRESA/ OTROS | | NÚMERO | | INSTITUCIÓN | | |
| | | | | | | | | COD. SEGURO | | |
| APELLIDO PATERNO | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | |
| PRIMER NOMBRE | | | | | OTROS NOMBRES | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| SEXO | | FECHA | | DÍA | | MES | | AÑO | | |
| MASCULINO | | FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO | | | | | | | | |
| FEMENINO | | | | | | | | | | |
| SALUD MATERNA | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | |
| GESTANTE | | | | | | | | | | |
| PUERPERA | | FECHA DE FALLECIMIENTO | | | | | | | | |
| DE LA ATENCIÓN | | | | | | | | | | |
| FECHA DE ATENCIÓN | | | HORA | | UPS | | CÓD. PRESTA. | | CÓD. PRESTACIÓN OPCIONALES | |
| DÍA | | | MES | | AÑO | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| REPORTE VINCULADO | | | CÓD. DE AUTORIZACIÓN | | N° FUA A VINCULAR | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO PRESTACIONAL | | | | | | | | | | |
| ATENCIÓN DIRECTA | | COB EXTRAORDINARIA | | CARTA DE GARANTÍA | | TRASLADO | | SEPELIO | | |
| | | N° Autorización | | N° Autorización | | | | NATIMUERTO | | |
| | | Monto S/. | | Monto S/. | | | | OBITO | | |
| | | | | | | | | OTRO | | |
| DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO | | | | | | | | | | |
| ALTA | | CITA | | HOSPITALIZACIÓN | | REFERIDO | | CONTRA RREFERIDO | | |
| | | | | | | EMERGENCIA | | FALLECIDO | | |
| | | | | | | CONSULTA EXTERNA | | CORTE ADMINIS | | |
| | | | | | | APOYO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
| CÓDIGO RENAES DEL EE.SS. | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL EE.SS. AL QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE | | | | | | | | | | |
| N° HOJA DE REFER / CONTRARR. | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS | | | | | | | | | | |
| PESO (Kg) | | TALLA (cm) | | P.A. (mmHg) | | VACUNAS N° DE DOSIS | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| DE LA GESTANTE | | DEL RECEN NACIDO | | GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR | | EVALUACIÓN INTEGRAL | | | | |
| CPN (N°) | | EDAD GEST RN (SEM) | | CRED N° | | ADULTO MAYOR | | | | |
| EDAD GEST | | APGAR 1° 5° | | R.N. PREMATURO | | TAMPAJE DE SALUD MENTAL | | | | |
| ALTURA UTERINA | | Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min) | | BAJO PESO AL NACER | | PROFILAXIS OCULAR | | | | |
| PARTO VERTICAL | | ADMINIST. OXITOCINA (puerperio inmediato) | | ENFER. CONGENTA / SEQUELA AL NACER | | SI NO | | | | |
| CONTROL PUERP (N°) | | LACTANCIA MAT. EXCLUSIVA | | ADM. SUPLEM. MICRONUTR. | | | | | | |
| PSICOPROFILAXIS | | ADMINIST. VITAMINA K | | N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT. | | | | | | |
| | | | | IMC (Kg/Mts²) | | | | | | |
| DIAGNÓSTICOS | | | | | | | | | | |
| N° | | DESCRIPCIÓN | | | | INGRESO | | EGRESO | | |
| | | | | | | TIPO DE DX | | CIE - 10 | | |
| 1 | | | | | | P D R | | D R | | |
| 2 | | | | | | P D R | | D R | | |
| 3 | | | | | | P D R | | D R | | |
| 4 | | | | | | P D R | | D R | | |
| 5 | | | | | | P D R | | D R | | |
| N° DE DNI | | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | | | N° DE COLEGIATURA | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | ESPECIALIDAD | | N° RNE | | EGRESADO | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO | | | | | | | | | | |
| FIRMA ASEGURADO APODERADO | | | | | | | | | | |
| APODERADO NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | | | | | | |
| DNI O CE DEL APODERADO | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | | | | | | | | | |
| DEL REGISTRO CORRECTO Y LA DIGITACION ADECUADA Y OPORTUNA DEPENDERA EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A SU ESTABLECIMIE | | | | | | | | | | |
| HUELLA DIGITAL Asegurado / Usuario / Apoderado | | | | | | | | | | |



PERÚ

Ministerio de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

No. HC

☐ = significa ALERTA

☐ = requiere seguimiento continuo

FILIACION Y ANTECEDENTES

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: ☐ No Aplica ☐ Referencia **Tipo de seguro:** _____

DNI (L.E.) N° Fecha de Nac. _____ Código Afiliación SIS:

Dirección: _____ Ocupación: _____ Edad: ☐ <15 ☐ >35

Localidad: _____ Cod. Sector: _____ Estudios: ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Superior no Univ. **Años Aprobados** ☐

Departamento: _____ Provincia: _____ Estado Civil: ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐ Otro

Distrito: _____ Estado Civil: ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐ Otro

Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padre RN: _____ Celular: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: ☐ Abortos: ☐ Partos: ☐ Cesáreas: ☐ Nacidos Vivos: ☐ Nacidos Muertos: ☐ Viven: ☐ Muerto - 1ra Semana: ☐ Después - 1ra Semana: ☐

0 ó + 3 ☐ < 2500 g ☐ Múltiple ☐ < 37 sem. ☐

RN de Mayor peso: g

Gestación Anterior

Fecha: ____/____/____ Per. Inter-genésico: ☐ Si ☐ No **Lactancia Materna** ☐ < 1mes/No hubo ☐ < 6 meses ☐ 6 meses o más ☐ No Aplica ☐

Terminación ☐ Si fue aborto: ☐ Tipo de Aborto: ☐ Parto Vaginal ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Aborto moral ☐ No Aplica ☐

Captada: Si ☐ No ☐ **Remitida x Ag. Comuni** Si ☐ No ☐

Antecedentes Familiares

Ninguno ☐ Malaria ☐ Alergias ☐ Hipertensión Arterial ☐ Enf. Hipertens. Emb. ☐ Hipotiroidismo ☐ Epilepsia ☐ Neoplasia ☐ Diabetes ☐ TBC Pulmonar ☐ Enferm. Congénitas ☐ Otros ☐ Emb. Múltiples ☐

Antecedentes Personales

Ninguno ☐ Aborto habitual/recurrente ☐ Alergia a medicamentos ☐ Violencia ☐ Asma Bronquial ☐ Cardiopatía ☐ Cirugía Pélv. Uterina ☐ Diabetes ☐ Eclampsia ☐ Enferm. Congénitas ☐ Enferm. Infecciosas ☐ Epilepsia ☐ Hemorra. Postparto ☐ Hipertensión Arterial ☐ Coca ☐ Infertilidad ☐ Neoplasias ☐ Otras Drogas ☐ Parto prolong. ☐ Preeclampsia ☐ Prematuridad ☐ Reten. Placenta ☐ Tabaco ☐ TBC Pulmonar ☐ Transtorn. Mentales ☐ VIH/SIDA ☐ Otros ☐

Vac. Previas

Rubeola ☐ si ☐ No ☐ Hepatitis B ☐ si ☐ No ☐ Papiloma Virus ☐ si ☐ No ☐

Peso y Talla

Peso Habitual: Kg. Talla: Cm. I.M.C. %

Antitétanica

N° Dosis: Sin Dosis ☐ No Aplica ☐

Tipo de Sangre

Grupo: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh: ☐ Rh (+) ☐ Rh (-) Sen Desc ☐ Rh (-) No Sen ☐ Rh (-) Sen

Fuma

N° de cigarrillos/día:

Droga

Si ☐ No ☐

DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha última menstruación

FUM: ____/____/____ Duda: ☐ Si ☐ No

E.G. (Ecografía) ☐ Sem. Fecha: ____/____/____ No Aplica ☐

Fecha Probable de Parto: ____/____/____

Hospitalización

Hospitalización: ☐ Si ☐ No Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____ CIE 10:

Emergencia

Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____ CIE 10:

Vacuna COVID

1ª DOSIS: _____ 2ª DOSIS: _____ 3ª DOSIS: _____

Violencia / Género

Ficha Tamizaje: Si ☐ No ☐ Violencia: Si ☐ No ☐ Fecha: ____/____/____

Examen Físico

Clínico: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐ **Mamas:** Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐ **Cuello Uterino:** Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐ **Pelvis:** Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐ **Odont.:** Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐

Examen de Laboratorio

Hemoglobina 1: ☐ Hg (%) ☐ No se Hizo ☐ Fecha: ____/____/____ **Hemoglobina 2:** ☐ **Hemogl. Al Alta:** ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐

Glicemia 1: ☐ **Glicemia 2:** ☐ Tolerancia Glucosa: ☐ **Hepatitis B 1:** ☐ **Hepatitis B 2:** ☐ No Reactivo ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐

VDRL/RPR 1: ☐ **VDRL/RPR 2:** ☐ TPHA/VDRL (RPR REACTIVO) ☐ Prueba Rápida 1: ☐ DE VIH ☐ Prueba Rápida 2: ☐ DE VIH ☐ ELISA 1: ☐ ELISA 2: ☐ Prueba Rápida 1: ☐ De Sífilis ☐ Prueba Rápida 2: ☐

IFI/Western Blot: ☐ **HTLV I:** ☐ **TORCH:** ☐ **Gota Gruesa:** ☐ **Fluorec. Malaria:** ☐ **Ex. Comp Orina 1:** ☐ **Ex. Comp Orina 2:** ☐ **Bacteriuria:** ☐ **Nitritos:** ☐ **Urocultivo:** ☐ **BK en Espuito:** ☐ **Listeria:** ☐

PAP: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐ **Colposcopia:** ☐ **IVAA:** ☐

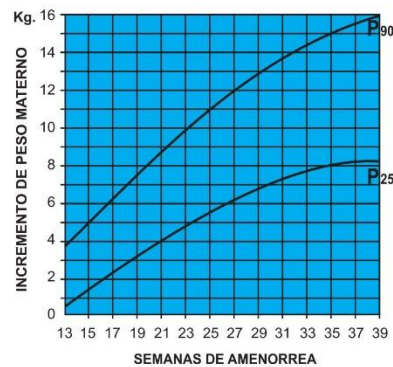
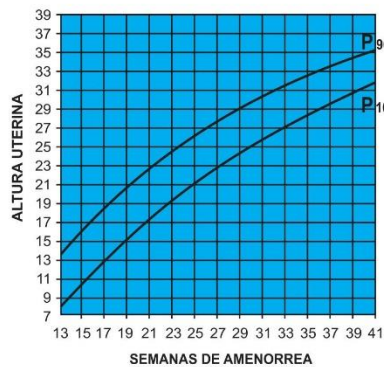


PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD CORONEL PORTILLO

| ATENCIÓNES PRENATALES | ATENCIÓN 1 | ATENCIÓN 2 | ATENCIÓN 3 | ATENCIÓN 4 | ATENCIÓN 5 | ATENCIÓN 6 | ATENCIÓN 7 | ATENCIÓN 8 | ATENCIÓN 9 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Fecha y hora de atención (a/m/dhh:mm) | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : |
| Edad Gest. (semanas) | | | | | | | | | |
| Peso madre (Kg) | | | | | | | | | |
| Temperatura (°C) | | | | | | | | | |
| Presión arter. (mm. Hg) | | | | | | | | | |
| Pulso materno (por min.) | | | | | | | | | |
| Altura Uterina (cm) | | | | | | | | | |
| Situación (L/T/NA) | | | | | | | | | |
| Presentación (C/P/NA) | | | | | | | | | |
| Posición (D/I/NA) | | | | | | | | | |
| F.C.F. (por min. /NA) | | | | | | | | | |
| Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA) | | | | | | | | | |
| Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/NSH) | | | | | | | | | |
| Edema (+/+/+/+/SE) | | | | | | | | | |
| Reflejo Osteotendinoso (0./+/+/+/+) | | | | | | | | | |
| Examen de Pezón (Formado/No Form/Sin Exam) | | | | | | | | | |
| Indic. Fierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem) | | | | | | | | | |
| Indic. Calcio | | | | | | | | | |
| Indic. Ac. Fólico | | | | | | | | | |
| Orient. Consejo. (PF/ITS/Nut/Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| EG de Eco Control (Sem/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA) | | | | | | | | | |
| Cita (a/m/d) | | | | | | | | | |
| Visita domicil. (Si/No/NA) | | | | | | | | | |
| Plan de Parto (control/visita/No se hizo/NA) | | | | | | | | | |
| Estab. De la atención | | | | | | | | | |
| Responsable de la atención | | | | | | | | | |
| Nro. Formato SIS | | | | | | | | | |

L = Longitudinal T = Transversal C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐

Fecha: / /

1. / /
2. / /
3. / /

Otras patologías (CIE 10):

- 1:
- 2:

Referencia - Consulta Externa

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

Referencia - Emergencia

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

Referencia - Apoyo al Diagnóstico

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha / /

Establ. Trasl:

PSICOPROFILAXIS ☐

ESTIMULACION PRENATAL ☐

PLAN DE PARTO

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

ALOJADA EN CASA DE ESPERA

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐



PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

| | | | |
|---------------|--|-------------------------------------|--|
| Estado | | | |
| HCMP: | Atención Prenatal <input type="checkbox"/> | Aborto <input type="checkbox"/> | Parto <input type="checkbox"/> |
| | Producto de la concepción | Hijo Único <input type="checkbox"/> | Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> |
| | | Orden | Aborto <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|---|---|-------------|---|--|---|---|-----------------------------|
| Ingreso al establecimiento por parto | | | | Fecha y Hora: ____/____/____ : ____:____ | | | |
| REFERENCIA AL INGRESO | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | FREC. RESP. | <input type="checkbox"/> Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> | SITUACIÓN POSICIÓN | Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> | TAMAÑO FETAL | ACORDE |
| | No Aplica <input type="checkbox"/> | TEMP. | | | | No <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| PULSO MATERNO | <input type="text"/> | PESO | <input type="text"/> Kg | PRESENTACIÓN | ALTURA | | |
| PRESION ARTERIAL | <input type="text"/> / <input type="text"/> | E.G. | <input type="text"/> | Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> | UTERINA | <input type="text"/> Cm | F.C.F. <input type="text"/> |
| (Sistólica / Diastólica) | | | | | | Fecha y RUPTURA: ____/____/____ : ____:____ | |

| | | | |
|------------------------------------|---|--------------------|---|
| Signos y Síntomas de Alerta | | | |
| Anasarca | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ematuria | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Cianosis | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hipot. ortostática | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Escotomas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ictericia | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Epigastralgia | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Petequias | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dolor hipocond. der. | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Proteinuria | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Terminación - Fecha: ____/____/____ | | | |
| TERMINACIÓN | POSIC. | PARTO | PARTO CON |
| P. Espontaneo <input type="checkbox"/> | GESTANTE | GRAMA | ACOMPAÑANTE |
| Forceps <input type="checkbox"/> | Horizontal <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Vacuum <input type="checkbox"/> | Vertical <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cesárea efectiva <input type="checkbox"/> | No Aplica <input type="checkbox"/> | No Aplica <input type="checkbox"/> | No Aplica <input type="checkbox"/> |
| Cesárea Emerg. <input type="checkbox"/> | | | |
| DURACIÓN | | INTRAUTERINA | EPISIOTOMIA |
| Normal <input type="checkbox"/> | | No hubo <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Prolongado <input type="checkbox"/> | | Embarazo <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Precipitado <input type="checkbox"/> | | Durante parto <input type="checkbox"/> | No Aplica <input type="checkbox"/> |
| No Aplica <input type="checkbox"/> | | Momento Desconocido <input type="checkbox"/> | |
| DESGARROS | | ALUMBRAMIENTO | PLACENTA |
| No hubo <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | Activo <input type="checkbox"/> | Completa <input type="checkbox"/> |
| II <input type="checkbox"/> | III/IV <input type="checkbox"/> | Espontáneo <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/> |
| No Aplica <input type="checkbox"/> | Manual <input type="checkbox"/> | Retenida <input type="checkbox"/> | Tardía <input type="checkbox"/> |
| | | | LIGADURA CORDÓN |
| | | | Precoz <input type="checkbox"/> |
| | | | Temprana <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------------------------|---|---------|--|
| Recién Nacido | | | |
| Sexo | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> | Peso | <input type="text"/> g |
| | | P. Cef. | <input type="text"/> mm |
| | | Temp. | <input type="text"/> C |
| Talla | <input type="text"/> mm | | |
| Edad por Ex. Físico: | <input type="checkbox"/> Sem <input type="checkbox"/> <37 <input type="checkbox"/> >42 | APGAR: | 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> |
| Peso por Edad Gestacional: | Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> | 1' | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | 5' | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|
| Examen Físico | | | |
| Normal <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | S. Luética | RN <input type="checkbox"/> |
| Anormal <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | VDRL/RPR | <input type="checkbox"/> |
| Examen VIH | | Necropsia | |
| No reactivo <input type="checkbox"/> | Reactivo <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> | |
| No se hizo <input type="checkbox"/> | No aplica <input type="checkbox"/> | | |
| Alojamiento Conunto | | Contacto Piel a Piel | LME |
| Si <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| No aplica <input type="checkbox"/> | No aplica <input type="checkbox"/> | No aplica <input type="checkbox"/> | No aplica <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Tipos de sangre | | | |
| Grupo | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> | No se hizo <input type="checkbox"/> | |
| Rh | Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> | No se hizo <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso Materno | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |
| Dx. Fallecim.: | | | |
| Dx. Traslado: | | | |
| Establ. Trasl.: | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Reingreso RN | | | |
| Fecha | Reingreso | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Diagnost.: | Fecha egreso: | | |
| Egreso Sano <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Aplica <input type="checkbox"/> |
| Traslado <input type="checkbox"/> | Fallece <input type="checkbox"/> | | |

INDICACIONES AL ALTA:

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

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

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

Los códigos que se presentan corresponden a la
Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE10)

| | | | |
|-------------------------------------|------|----------------------------------|------|
| ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL | Q00 | KERNICTERUS | P57 |
| ASFIXIA DEL NACIMIENTO | P21 | LABIO LEPORINO | Q36 |
| COAG INTRAVASC DISEM | P60 | MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES | Q50 |
| CONJUNTIVITIS NEONATAL | P391 | MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO | Q20 |
| CONVULSIONES DEL RN | P90 | MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO | Q39 |
| DEFORM CONGENIT CADERA | Q65 | MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO | Q30 |
| DIARREA | A09 | MALFORMACIONES SIST URINARIO | Q60 |
| DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE | Q250 | MEMBRANA HIALINA | P22 |
| EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC | P110 | MENINGITIS | G00 |
| ENCEFALOCEFE | Q01 | NEUMONIA CONGENITA | P23 |
| ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN | P53 | ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE | P38 |
| ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS | P35 | OTRA PATOLOGIA DEL RN | P38 |
| ENFIS INTERSY OTRAS PERINT | P25 | OTRAS AFEC DEL PERIODO PERINAT | P83 |
| ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN | P77 | OTRAS AFEC DEL PERIODO PERINAT | P96 |
| ESPIÑA BIFIDA | Q05 | OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN | P74 |
| FETO/RN AFECT X ANEST-ANAL G | P040 | OTRAS APNEAS DEL RN | P284 |
| FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONITIS | P027 | OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN | P37 |
| FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB | P025 | OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES | P54 |
| FETO/RN AFECT X COMPL MATER | P008 | OTRAS MALFORMACIONES | Q99 |
| FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIO | P012 | OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN | P76 |
| FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCEPS | P032 | OTROS TRANS ENDORR TRANSIT | P72 |
| FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA | P033 | OTROS TRANS HEMATOL PERINAT | P61 |
| FETO/RN AFECT X POLIHIDRAMNIO | P013 | OTROS TRANS PERINAT DIGESTIVOS | P78 |
| FETO/RN AFECT X PROLAP CORD UMB | P024 | OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM. | P15 |
| FISURA PALADAR | Q35 | PERDIDA DE SANGRE FETAL | P50 |
| HEMORRRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC. | P101 | PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS | P92 |
| HEMORRRA INTRACRAN NO TRAUMAT | P52 | REACC. E INTOXICAC X DROGAS | P93 |
| HEMORRRA PULM PERINAT | P26 | RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL | P05 |
| HEMORRRA UMBILICAL DEL RN | P51 | RETINOPATIA DEL PREMATURO | H35 |
| HERNIA INGUINAL | K40 | SEPSIS BACTERIANA DEL RN | P36 |
| HIDROCEFALIA | Q03 | SIFILIS CONGENITA | A50 |
| HIDROPES FETAL X ENF HEMOLITICA | P56 | SINDROME DE DOWN | Q90 |
| HIPOCALCEMIA NEONATAL | P711 | SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL | P24 |
| HIPOGLICEMIA NEONATAL | P704 | TAQUIPNEA TRANSITORIA | P221 |
| HIPOMAGNESEMIA NEONATAL | P712 | TETANOS NEONATAL | A33 |
| HIPOTENSION SHOCK | R57 | TRANS RELAC CON BPN | P07 |
| HIPOTERMIA DEL RN | P80 | TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO | P08 |
| HIPOXIA INTRAUTERINA | P20 | TRANS CARDIOVASC PERINATAL | P29 |
| ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF | P59 | TRANS TONO MUSCULAR RN | P94 |
| ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS | P58 | TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER | P12 |
| ILEO MECONIAL | P75 | TRAUMA ESQUELETO AL NACER | P13 |
| INCOMPATIB ABO FETO/RN | P551 | TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO | P14 |
| INCOMPATIB RH FETO/RN | P550 | | |

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)

| PATOLOGIA | CODIGOS | PATOLOGIA | CODIGOS |
|---------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| ABORTO COMPLETO | 00295 | HERPES GESTACIONAL | 0264 |
| ABORTO INCOMPLETO | 00290 | HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE | 0210 |
| ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL.A INDUC) | 006 | HIPEREMESIS GRAVIDICA-TRANS.METABOL | 0211 |
| ABORTO RETENIDO | 0021 | HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER | 010 |
| ABORTO SEPTICO | 0080 | INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO | 0343 |
| ABORTO TERAPEUTICO | 004 | INFECC DEL TRACTO GENITAL | 0235 |
| AMEAZA DE ABORTO | 0200 | INFECC. BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS | 0411 |
| ANEMIA EN EMB-PART-PUER | 0990 | INFECC. DEL TRACTO URINARIA | 023 |
| ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO | 0340 | INFECC. MAMA ASOCIAD C/PARTO | 091 |
| ANORM.DINAM.DELTDP | 062 | INFECCION PUERPERALES | 086 |
| BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB | R827 | INTENTO FALLIDO DE ABORTO | 007 |
| CANCER CUELLO UTERINO | C53 | INVERSION DEL UTERO | 0712 |
| CANCER DE MAMA | C50 | ISOINMUNIZACION RHESUS | 0360 |
| CARDIOPATIA | Z867 | MALARIA | B50 |
| CITOLOGIA ANORMAL EN CPN | 0282 | MOLA HIDATIFORME | 001 |
| COMP. ANESTES EN PUERPERIO | 098 | MUERTE INTRAUTERINA | 0364 |
| COMP. ANESTES EN TDP/PARTO | 074 | MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF | 095 |
| COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB | 029 | OLIGOHIDRAMNIO | 0410 |
| COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP | 031 | OTRA PATOLOGIA MATERNA | 075 |
| COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO | 022 | OTRAS COMP X TDP PARTO | 099 |
| COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO | 087 | OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER | 099 |
| DEFUNCION MATERNA TARDIA | 096 | OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP | 066 |
| DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA | 0901 | OTROS TRANS LIQ. AMNIOTICO Y MEMB | 041 |
| DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA | 0900 | PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA) | 060 |
| DEPENDENCIA DE DROGAS | F10 | PLACENTA PREVIA | 044 |
| DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO | 0713 | POLIHIDRAMNIO | 040 |
| DESGARRO PERINATAL EN EL PARTO | 070 | PREECLAMPSIA LEVE | 013 |
| DESNUTRICION EN EL EMBARAZO | 025 | PREECLAMPSIA MODERADA | 0140 |
| DESREN PREMAT DE LA PLACENTA | 045 | PREECLAMPSIA SEVERA | 0141 |
| DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO | 024 | PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA | 0149 |
| DISTOCIA DE HOMBROS | 0660 | RADIOLOGIA ANORM EN CPM | 0284 |
| ECLAMPSIA | 015 | RCIU | P05 |
| EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA | 012 | RETEN PLACENTA/MEMB. S/HEMORRAG | 073 |
| EMBARAZO DOBLE | 0300 | RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS | 042 |
| EMBARAZO ECTOPICO | 000 | RUPTURA UTERO EN TDP | 0711 |
| EMBARAZO PROLONGADO | 048 | SEPSIS PUERPERAL | 085 |
| EMBARAZO TRIPLE | 0301 | SIDA | B20 |
| EMBOLIA OBSTETRICA | 088 | SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER | 0981 |
| ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER | 098 | TBC EMB-PART-PUER | 0980 |
| FALSO TRABAJO DE PARTO | 047 | TDP OBSTRU X MAL POSIC. FETAL | 064 |
| FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP | 061 | TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL | 065 |
| GONORREA EMB-PART-PUER | 0982 | TDP PROLONGADPO | 063 |
| HEMATOMA OBST. PELVIS | 0717 | TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL | 069 |
| HEMORR ANTEPARTO NO CLASIF. | 046 | TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET | 068 |
| HEMORR POR ATONIA UTERINA | 0721 | TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL | R730 |
| HEMORR POSTPARTO/RETENC. PLACENTA | 0720 | TRANSORNOS PLACENTARIOS | 043 |
| HEMORR X ABORTO, ECTOPICO O MOLAR | 0081 | TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO | 0341 |
| HEPATITIS VIRAL | 0984 | ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN | 0283 |

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Sin dato | RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO | DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA |
| CESÁREA ANTERIOR | PRETÉRMINO | ROTURA UTERINA |
| SUFIMIENTO FETAL AGUDO | POSTÉRMINO | TOXEMIA (EPH/GESTOSIS) |
| DESproporción FETO-PELVICA | PRESENTACIÓN PODÁLICA | HERPES GENITAL |
| ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD | VARIEDADES POSTERIORES | CONDILOMATOSIS GENITAL |
| PARTO PROLONGADO | SITUACIÓN TRANSVERSA | OTRA ENFERMEDAD MATERNA |
| FRACASO DE INDUCCIÓN | ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | MORTINATO |
| DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC. | SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL | AGOTAMIENTO MATERNO |
| EMBRAZO GEMELAR | PLACENTA PREVIA | OTRA |
| VIIH | | |

| MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS | MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS | MEDICACIÓN | MEDICAMENTOS |
|--------------------|-------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|
| ANESTESIA LOCAL | BUPIVACAÍNA | ANTIHIPERTENSIVO | ANTAGONISTAS DEL CALCIO | SANGRE | PAQUETE GLOBULAR |
| ANESTESIA REGIONAL | LIDOCAÍNA Y SIMILARES | | ATENOLOL | | PLAQUETAS |
| | BUPIVACAÍNA | | CAPTOPRIL | ANTICONSULSIONANTE | PLASMA |
| | LIDOCAÍNA Y SIMILARES | | HIDRALAZINA | | DIFENILHIDANTONIA |
| ANESTESIA GENERAL | LIDOCAÍNA-BUPIVACAÍNA | | METILDOPA | | SULFATO DE MAGNESIO |
| | ETER | ANTIBIOTICO | NITROPRUSIATO DE SODIO | OTRA MEDICACION | AMINAS SIMPATCOMIMETICAS |
| | HALOTANO | | AMIKACINA | | AMINOFILINA |
| | KETAMINA CLORHIDRATO | | AMOXICILINA | | ANTIESPASMODICOS |
| | OXIDO NITROSO | | AMPICILINA | | ANTIPIROSTAGLANDINAS |
| SODICO | TIOPENTAL | | AMPICILINA-GENTAMICINA | | BETA BLOQUEANTES |
| ANALGES. TRANQUIL | ÁCIDO ACETIL SALICILICO | | CEFALOS PORINAS | | BETA MIMETICOS |
| | CODEINA | | CEFALOS PORINAS-AMINOGLUCOC. | | BLOQUEANTES MUSCULARES |
| | DIAZEPAN | | CLORANFENICOL | | CARDIOTONICOS |
| | IBUPRUFENO | | ERITROVICINA | | CORTICOIDES |
| | METAMIZOL | | GENTAMICINA | | DIURETICOS |
| | MORFINA | | METRONIDAZOL | | HEPARINA |
| | PARACETAMOL | | PENICILINA | | INSULINA |
| | PETIDINA (MEPERIDINA) | | PENICILINA-GENTAMICINA | | PROSTAGLANDINAS |
| OXITOCINA | OXITOCINA | | PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE | | |

Importante

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

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

| | |
|------------|--|
| A | CAPACIDAD LEGAL |
| | HABILITACIÓN |
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El proveedor deberá contar Registro Único de contribuyente (R.U.C) Activo y habido - El postor deberá contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) rubro de servicios. |
| | <p>Importante</p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia de Registro Único de Contribuyente (R.U.C) Activo y habido. - Copia Registro Nacional de Proveedores (RNP) rubro servicios. <p>Importante</p> <p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p> |
| B | CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL |
| B.1 | EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO |
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La empresa deberá contar con una (1) maquina offset para las impresiones. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> <p>Importante</p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p> |
| B.2 | INFRAESTRUCTURA ESTRATÉGICA |
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La empresa deberá tener una o más oficinas en el Distrito Fiscal correspondiente al servicio que postula. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.</p> |

| | |
|----------|---|
| | <p>Importante</p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p> |
| C | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD |
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente S/ 120,000.00 (Ciento Veinte mil con 00/100 soles), 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 S/ 30,000.00 (Treinta mil con 00/100 soles), 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: SERVICIO DE IMPRESIÓN Y/O CONFECCIÓN E FORMATOS Y FORMULARIOS EN ENTIDADES DEL SECTOR SALUD (IPRRS).</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 pago¹⁴, 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 Anexo N° 8 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</p> |

¹⁴ Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:**

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

(...)

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

presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

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

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

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

Importante

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

Importante

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

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

| FACTOR DE EVALUACIÓN | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN |
|--|--|
| A. PRECIO | |
| <u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor. <u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6). | <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_i= Puntaje de la oferta a evaluar O_i=Precio i O_m= Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p>[100] puntos</p> |

Importante

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

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 PAGO¹⁵

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

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

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el

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

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 ACCESORIAS¹⁶

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

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

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

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

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

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

Importante

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

Importante

Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesoría 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 CONTROVERSIAS¹⁷

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 Digitales¹⁸.

¹⁷ 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).

¹⁸ 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 ¹⁹ | 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 servicios²⁰

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.

¹⁹ 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.

²⁰ 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 ²¹ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado 2 | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ²² | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado ... | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ²³ | | 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:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.

²¹ 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.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

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 servicios²⁴

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.

²⁴ 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] [%]²⁵

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²⁶

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%²⁷

²⁵ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁶ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁷ 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 |
|--------------|----------|-----------------|--------------|
| | | | |
| TOTAL | | | |

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 |
|--------------|--------------|
| | |
| TOTAL | |

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

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

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:

OFERTA A PRECIOS UNITARIOS DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

| CONCEPTO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | COSTO |
|--|----------|-----------------|-------|
| | | | |
| Monto del componente a precios unitarios | | | |

OFERTA A SUMA ALZADA DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

| CONCEPTO | PRECIO TOTAL |
|------------------------------------|--------------|
| | |
| Monto del componente a suma alzada | |

| | |
|--------------------------|--|
| Monto total de la oferta | |
|--------------------------|--|

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 en su oferta los precios unitarios de los componentes previstos para este sistema en el presente anexo y por un monto fijo integral de los componentes previstos a suma alzada.*
- *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 las disposiciones, según corresponda. Una vez culminada la elaboración de las bases, las notas que no se incorporen deben ser eliminadas

Importante para la Entidad

En caso de la prestación de servicios bajo el sistema en base a porcentajes 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]

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

| CONCEPTO | OFERTA |
|-----------------------------------|--------|
| Porcentaje ofertado ²⁸ | % |
| Monto Total Ofertado | |

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 las disposiciones, según corresponda. Una vez culminada la elaboración de las bases, las notas que no se incorporen deben ser eliminadas

²⁸ De conformidad con la Opinión N° 202-2016/DTN, corresponde al porcentaje del monto total a cobrar o recuperar.

Importante para la Entidad

En caso de la prestación de servicios bajo el sistema en base a honorario fijo y comisión de éxito 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 | MONTO |
|--------------------------------------|-------|
| (A) Honorario Fijo | |
| (B) Comisión de éxito ²⁹ | |
| Precio de la Oferta (A) + (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 las disposiciones, según corresponda. Una vez culminada la elaboración de las bases, las notas que no se incorporen deben ser eliminadas

²⁹ De conformidad con la Opinión N° 011-2017/DTN “El postor formula su oferta contemplando un monto fijo y un monto adicional como incentivo que debe pagársele en caso consiga el resultado esperado”.

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 empresa³⁰ 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.

³⁰ 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.-

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

³¹ 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.

³² 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.

³³ 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”.

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

³⁵ 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.

³⁶ Consignar en la moneda establecida en las bases.

| Nº | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP ³¹ | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ³² | EXPERIENCIA PROVENIENTE ³³ DE: | MONEDA | IMPORTE ³⁴ | TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁵ | MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁶ |
|-------|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 11

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

Señores

[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.