

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

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



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

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

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

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

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

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

**INSTRUCCIONES DE USO:**

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

Elaboradas en enero de 2019

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



## **BASES INTEGRADAS**

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

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°  
039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN**

PRIMERA CONVOCATORIA

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN  
DE FORMATERÍA VARIOS PARA USO  
URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMA- RED  
ASISTENCIAL JUNÍN.**

## DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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



## **SECCIÓN GENERAL**

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

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

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

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

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

### 1.2. CONVOCATORIA

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

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

#### Importante

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

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

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

#### Importante

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

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

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

#### Importante

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

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

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

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

## 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

### Importante

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

## 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

## 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

## 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

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

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

#### 1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

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

#### 1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

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

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

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

##### **Importante**

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

## CAPÍTULO II

### SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

#### Importante

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

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

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

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

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

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

### CAPÍTULO III DEL CONTRATO

#### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

##### Importante

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

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

#### 3.2. GARANTÍAS

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

##### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

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

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación 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 : SEGURO SOCIAL DE SALUD  
RUC N° : 20131257750  
Domicilio legal : AV. INDEPENDENCIA N° 0296-EL TAMBO-HUANCAYO - JUNIN  
Teléfono: : 064-248366  
Correo electrónico: : zenaida.manturano@essalud.gob.pe  
yohny.lobo@essalud.gob.pe  
jjanampa.essalud.junin@gmail.com

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERÍA VARIOS PARA USO URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMARRED ASISTENCIAL JUNÍN.**

ÍTEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U PROCEDIMIENTOS MEDICOS Tamaño A4 en papel bond de 75gr. Impreso en color institucional ambas caras. Blocks x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Blocks x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
3	EVOLUCIÓN MEDICA PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
4	EVOLUCION DE ENFERMERIA PADOMI Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color Institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
5	EVOLUCIÓN TERAPEUTAS PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas BLK 100 caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
6	PARTE DE ATENCIÓN- PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
7	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
8	SERVICIO ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE (ADULTO). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
9	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H. DOWTON (ADULTO MAYOR). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
10	ANOTACIONES DE ENFERMERIA. Tamaño A4 en papel bond de 75gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	500	Block
11	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECANICA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
12	INFORME DE ALTA. Tamaño A4 en papel bond de 55 gr. Impreso en color institucional ( <b>cualquier color</b> ) con auto copiante ( <b>1 copia</b> ) <sup>3</sup> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block

<sup>3</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 11 CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.**

13	HISTORIA DEL RECIÉN NACIDO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
14	ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
15	GRAFICA. Tamaño A4 en pape l bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	300	Block
16	ALTA VOLUNTARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucionale. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
17	BALANCE HIDRICO ADULTO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto	150	Block
18	HISTORIA CLINICA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
19	HISTORIA MEDICA ACTUAL Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
20	EVOLUCION CLINICA Y TRATAMIENTO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	50	Block
21	EPICRISIS. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
22	FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
23	PLAN DE TRABAJO DE ENFERMERIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
24	AUTORIZACION PARA SALIDA DE AMBULANCIA. Tamaño A5 en papel bond de 75 gr EN % HOJA. Impreso en color institucional en una cara, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
25	CENSO DIARIO. Tamaño A5 en pape l bond de 75 gr. Impreso en color institucionale en una cara, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
26	ANEXO 1: DECLARACIÓN PARA VIAJE EN COMISIÓN DE SERVICIOS. Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
27	REGISTRO DE PARTICIPANTES EN CHARLAS EDUCATIVAS: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
28	HISTORIA CLÍNICA- ADULTO: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
29	AVISO DE ACCIDENTES DE TRABAJO: Tamaño A4 en el papel bond de 55 gr. Impreso en color institucional ( <b>1 copia</b> ), block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>4</sup> .	100	Block
30	HOJA DE RUTA DE MOVILIDAD LOCAL. Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, <b>NO AUTOCOPIADO</b> . Block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>5</sup> .	100	Block
31	PARTE DE ATENCIONES DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
32	CARPETA DE ATENCIÓN DE SALUD NIÑO ADOLESCENTE: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
33	PAPELETA DE AUTORIZACIÓN DE PERMISO: Tamaño A4 en el papel bond de 55 gr. Impreso en color institucional, <b>AUTOCOPIANTE CON 02 (DOS) COPIAS</b> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>6</sup> .	500	Block
34	FICHA ODONTOLOGICA- HOSPITAL I TARMA Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional <b>NO AUTOCOPIANTE</b> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>7</sup> .	500	Block
35	SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO. Tamaño 1/2 en papel bond de 55 gr. En % hoja. Impreso en color institucional. <b>AUTOCOPIANTE CON 02 (DOS) COPIAS</b> . Block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>8</sup> .	500	Block

<sup>4</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 02** IMPRESOS S.R.L., **Formulación N° 03** GRAFICA GARATE S.A.C. y **Formulación N° 11** CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

<sup>5</sup> <sup>4</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 02** IMPRESOS S.R.L.

<sup>7</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 02** IMPRESOS S.R.L., **Formulación N° 03** GRAFICA GARATE S.A.C. y **Formulación N° 11** CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

<sup>8</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 01** GRUPO MAVAR E.I.R.L., **Formulación N° 02** IMPRESOS S.R.L., **Formulación N° 03** y **04** GRAFICA GARATE S.A.C. y **Formulación N° 11** CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

36	CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN. Tamaño 1/2 en papel bond de 75 gr. En % hoja. Impreso en color institucional <b>NO AUTO COPIANTE</b> . Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>9</sup> .	100	Block
37	SOLICITUD DE DIETAS. Tamaño 1/2 en papel bond de 55 gr. En % hoja. Impreso en color institucional <b>AUTO COPIANTE CON UNA (01) COPIA</b> . Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>10</sup> .	500	Block
38	CONSTANCIA DE ATENCIÓN. Tamaño 1/2 en papel bond de 75 gr. En % hoja. Impreso en color institucional <b>NO AUTO COPIANTE</b> . Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>11</sup> .	150	Block
39	SALIDA FUERA DE LA INSTITUCIÓN. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>12</sup>	200	Block
40	ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>13</sup> .	200	Block
41	ORDEN DE ALTA. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>14</sup> .	200	Block
42	LA DIABETES SE COMPLICA: Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>COLOR: BLANCO Y NEGRO</b> Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>15</sup>	200	Block
43	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (6 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b> . Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>FULL COLOR. Block x 100 hojas</b> . Según modelo adjunto. <sup>16</sup>	200	Block
44	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (7 - 8 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b> Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>FULL COLOR. Block x 100 hojas</b> . Según modelo adjunto. <sup>17</sup>	200	Block
45	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (9 - 11 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b> Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional l ambas hojas. <b>FULL COLOR. Block x 100 hojas</b> . Según modelo adjunto. <sup>18</sup>	200	Block
46	GUIA BAJAR DE PESO Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
47	INFORME DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
48	REGISTRO DE VACUNAS (NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS) Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (AMBAS CARAS). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
49	REGISTRO DE VACUNAS (ADOLESCENTES, ADULTOS Y GESTANTES) Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (AMBAS CARAS). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
50	ANEXO 3: INFORME DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
51	A050021332NEXO 4: REPORTE MENSUAL DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional l. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
52	ANEXO No 1 FORMATO DE REGISTRO DE FUGAS. <b>Tamaño A4 en papel bond, papel de 75 gr.</b> Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>19</sup>	200	Block
53	REGISTRO DE ATENCIONES y de lado reverso el AREA NIÑO- ESSALUD TARMA. <b>Tamaño A4</b> , en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (ambas caras). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>20</sup>	200	Block

<sup>9 8 9</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 01** GRUPO MAVAR E.I.R.L., **Formulación N° 02** IMPRESOS S.R.L., **Formulación N° 03** y **04** GRAFICA GARATE S.A.C. y **Formulación N° 11** CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

<sup>12 11 12</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 06** GRAFICA GARATE S.A.C.

<sup>13 14 15 16</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 07** GRAFICA GARATE S.A.C

<sup>17</sup> Se aclara en atención a la **Formulación N° 08** GRAFICA GARATE S.A.C

<sup>18</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 09** GRAFICA GARATE S.A.C

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N° 002, con número: 0158-OA- GRAJ-2023 el 02 de noviembre del 2023.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS DIRETAMENTE RECAUDADOS

#### 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 30 días calendarios en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

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

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar **S/. 10.80 (diez con 80/100 Soles)** en la Unidad de Tesorería de la Red Asistencial Junín, ubicado en la Av. Independencia N° 296 El Tambo – Huancayo, de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 horas, o depósito en la Cuenta Corriente de EsSalud del Banco Continental N° 0011-0235-010000-3218 y recabar las bases en la Unidad de Programación y Adquisiciones de la Entidad, en el domicilio y hora señalados anteriormente.

#### 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° 31638 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023.
- Ley N° 31639 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023.
- Ley N° 31640 - Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2022.
- Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, en adelante la Ley.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en adelante el Reglamento.
- Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Código Civil.
- Ley N° 27066 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.

- Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Supremo N° 010-2010-TR, Aprueban el Texto Único de Procedimientos
- Administrativos del Seguro Social de Salud – EsSalud.
- Directivas OSCE.

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



## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### Importante

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

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>21</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

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

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

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

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

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>22</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

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

<sup>21</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>22</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

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

- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (**Anexo N° 4**)<sup>23</sup>
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (**Anexo N° 5**)
- g) El precio de la oferta en **soles**. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.

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

**Importante**

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

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

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

**2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad<sup>24</sup>.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. (**Anexo N° 11**)

**Advertencia**

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

**2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

El recurso de apelación se presenta ante la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, sito Av. Independencia N° 276- El Tambo – Huancayo – Junín.

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 : 191-0208161-0-036  
Banco : Banco de Crédito del Perú  
N° CCI<sup>25</sup> : 00219100020816103658

<sup>23</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

<sup>24</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>25</sup> En caso de transferencia interbancaria.

## 2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>26</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>27</sup>. (**Anexo N° 12**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>28</sup>.
- j) Estructura de costos<sup>29</sup>.
- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete<sup>30</sup>.

### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE,*

<sup>26</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>27</sup> En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

<sup>28</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>29</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

<sup>30</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.

- En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

#### Importante

- Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.
- De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>31</sup>.
- La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.

## 2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la notificación de la orden de servicios. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en mesa de partes ubicada en la Av. Independencia 296 - El tambo – Huancayo, en el horario de 08:00 a 16:00 horas. **(NIT 2588-2023-0104)**.

## 2.6. FORMA DE PAGO

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

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

- Recepción de la formatearía deberá entregarse en el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín.
- Documento del Hospital I Tarma, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Orden de compra (Original y/o copia).

Dicha documentación se debe presentar en el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín, sito Av. Odría s/n Hualhuas- Tarma.

<sup>31</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

## 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

#### ANEXO N° 004

#### PARA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS FORMATO DE TERMINOS DE REFERENCIA

#### SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERÍA (VARIOS) PARA USO URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMA - RED ASISTENCIAL JUNÍN.

#### 1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERIA (VARIOS) PARA USO FRECUENTE  
EN EL HOSPITAL I TARMA - RED ASISTENCIALJUNIN.

#### 2. FINALIDAD DE PÚBLICA:

Los formatos para el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín, son indispensables para atención oportuna de los pacientes que acuden a los diferentes servicios del Hospital I Tarma.



#### 3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN:

**3.1. Objetivo General:** realizar un control adecuado y evidenciar las atenciones brindadas para el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín.

**3.2. Objetivo Especifico:** contar con la impresión de formatearía que evidencien la atención a los pacientes en el Hospital I Tarma de la red asistencial Junín.

#### 4. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR:

Se adjuntan los diseños y modelos de los formatos para el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín.

Los formatos se realizarán en una sola entrega.

N°	CÓDIGO SAP	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
01	050020194	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U PROCEDIMIENTOS MEDICOS Tamaño A4 en papel bond de 75gr. Impreso en color institucional ambas caras. Blocks x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
02	050022129	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Blocks x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
03	050020753	EVOLUCIÓN MEDICA PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
04	050020748	EVOLUCION DE ENFERMERIA PADOMI Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color Institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
05	050020756	EVOLUCIÓN TERAPEUTAS PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block de 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
06	050021245	PARTE DE ATENCIÓN- PADOMI. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
07	050022402	ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MACDEMS. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
08	050022398	SERVICIO ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE (ADULTO). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
09	050022400	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H. DOWTON (ADULTO MAYOR). Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
10	050020044	ANOTACIONES DE ENFERMERIA. Tamaño A4 en papel bond de 75gr. Impreso en color institucional ambas	500	Block



N°	CÓDIGO SAP	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.		
11	050022129	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	50	Block
12	050022228	INFORME DE ALTA. Tamaño A4 en papel de 55 gr. Impreso en color institucional (cualquier color) con auto copiante (1 copia) <sup>1</sup> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
13	050020675	HISTORIA DEL RECIÉN NACIDO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
14	050020042	ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
15	050020630	GRÁFICA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	300	Block
16	050021196	ALTA VOLUNTARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
17	050020081	BALANCE HÍDRICO ADULTO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
18	050021979	HISTORIA CLÍNICA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
19	050020676	HISTORIA MÉDICA ACTUAL. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	150	Block
20	050020746	EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	50	Block
21	050020336	EPICRISIS. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
22	030105407	FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
23	050020612	PLAN DE TRABAJO DE ENFERMERÍA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas caras. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
24	050020069	AUTORIZACIÓN PARA SALIDA DE AMBULANCIA. Tamaño A5 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional en una cara, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
25	050020145	CENSO DIARIO. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional en una cara, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
26	050020303	ANEXO 1: DECLARACIÓN PARA VIAJE EN COMISIÓN DE SERVICIOS. Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
27	050030370	REGISTRO DE PARTICIPANTES EN CHARLAS EDUCATIVAS. Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
28	050020641	HISTORIA CLÍNICA- ADULTO: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
29	050020078	AVISO DE ACCIDENTES DE TRABAJO: Tamaño A4 en el papel de 55 gr. Impreso en color institucional AUTOCOPIANTE original y 1 copia, block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>2</sup> .	100	Block
30	050022020	HOJA DE RUTA DE MOVILIDAD LOCAL. Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. <b>NO AUTOCOPIADO</b> . Block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO</b> . Según modelo adjunto <sup>3</sup> .	150	Block
31	050021245	PARTE DE ATENCIONES DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
32	050020469	CARTERA DE ATENCIÓN DE SALUD NIÑO ADOLESCENTE: Tamaño A4 en el papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional, block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	100	Block
33	050021234	PAPELETA DE AUTORIZACIÓN DE PERMISO: Tamaño A4 en el papel bond de 55 gr. Impreso en color institucional, <b>AUTOCOPIANTE CON 02 (DOS) COPIAS</b> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>4</sup> .	500	Block
34	050020547	FICHA ODONTOLÓGICA- HOSPITAL I TARMA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional <b>NO AUTOCOPIANTE</b> . Block x 100 hojas. Según modelo adjunto <sup>5</sup> .	500	Block
35	050021609	SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO. Tamaño 1/2 en papel A4 de 55 gr. Impreso en color institucional. <b>AUTOCOPIANTE CON 02 (DOS) COPIAS</b> .	500	Block

<sup>1</sup> Se incluye en atención a la Formulación N° 11 CORPORACIÓN GRÁFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

<sup>2</sup> Se incluye en atención a la Formulación N° 02 IMPRESOS S.R.L., Formulación N° 03 GRÁFICA GARATE S.A.C. y Formulación N° 11 CORPORACIÓN GRÁFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.

<sup>3</sup> Se incluye en atención a la Formulación N° 02 IMPRESOS S.R.L.

<sup>5</sup> Se incluye en atención a la Formulación N° 02 IMPRESOS S.R.L., Formulación N° 03 GRÁFICA GARATE S.A.C. y Formulación N° 11 CORPORACIÓN GRÁFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.





N°	CÓDIGO SAP	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		Block x 100 hojas. <b>NO ENUMERADO.</b> Según modelo adjunto. <sup>6</sup>		
36	050020214	CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN. Tamaño 1/2 hoja de A4 papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional <b>NO AUTO COPIANTE.</b> Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO.</b> Según modelo adjunto. <sup>7</sup>	100	Block
37	050020285	SOLICITUD DE DIETAS. Tamaño 1/2 hoja de A4 de 55 gr. En % hoja. Impreso en color institucional <b>AUTO COPIANTE CON UNA (01) COPIA.</b> Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO.</b> Según modelo adjunto. <sup>8</sup>	500	Block
38	050020211	CONSTANCIA DE ATENCION. Tamaño 1/2 en hoja de A4 de 75 gr. Impreso en color institucional <b>NO AUTO COPIANTE.</b> Block x 100 hojas. <b>NO NUMERADO.</b> Según modelo adjunto. <sup>9</sup>	150	Block
39	050021552	SALIDA FUERA DE LA INSTITUCION. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>10</sup>	250	Block
40	050021205	ORDEN DE HOSPITALIZACION. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>11</sup>	200	Block
41	050021196	ORDEN DE ALTA. Tamaño 1/4 en A4 u oficio de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>12</sup>	200	Block
42	050020523	LA DIABETES SE COMPLICA: Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>COLOR: BLANCO Y NEGRO</b> Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>13</sup>	200	Block
43	050022360	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (6 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</b> Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>COLOR INSTITUCIONAL EN DIFERENTES TONALIDADES. Block x 100 hojas.</b> Según modelo adjunto. <sup>14</sup>	200	Block
44	050022360	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (7 - 8 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</b> Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>COLOR INSTITUCIONAL EN DIFERENTES TONALIDADES. Block x 100 hojas.</b> Según modelo adjunto. <sup>15</sup>	200	Block
45	050022360	GUIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (9 - 11 meses) y de lado reverso el <b>CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</b> Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. <b>COLOR INSTITUCIONAL EN DIFERENTES TONALIDADES. Block x 100 hojas.</b> Según modelo adjunto. <sup>16</sup>	200	Block
46	050020677	GUIA BAJAR DE PESO Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional ambas hojas. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
47	050021990	INFORME DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
48	050021498	REGISTRO DE VACUNAS (NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS) Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (AMBAS CARAS). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
49	050021499	REGISTRO DE VACUNAS (ADOLESCENTES, ADULTOS Y GESTANTES) Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (AMBAS CARAS). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
50	050020985	ANEXO 3: INFORME DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
51	050021332	ANEXO 4: REPORTE MENSUAL DE VISITA DOMICILIARIA. Tamaño A4 en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto.	200	Block
52	050030370	ANEXO No 1 FORMATO DE REGISTRO DE FUGAS. <b>Tamaño A4 en papel bond, papel de 75 gr.</b> Impreso en color institucional. Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>17</sup>	200	Block
53	050021466	REGISTRO DE ATENCIONES AREA NIÑO- ESSALUD TARMA. <b>Tamaño A4,</b> en papel bond de 75 gr. Impreso en color institucional (ambas caras). Block x 100 hojas. Según modelo adjunto. <sup>18</sup>	300	Block



<sup>6</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 01 GRUPO MAVAR E.I.R.L., Formulación N° 02 IMPRESOS S.R.L., Formulación N° 03 y 04 GRAFICA GARATE S.A.C. y Formulación N° 11 CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.**

<sup>7,8,9</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 01 GRUPO MAVAR E.I.R.L., Formulación N° 02 IMPRESOS S.R.L., Formulación N° 03 y 04 GRAFICA GARATE S.A.C. y Formulación N° 11 CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.**

<sup>10,11,12</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 06 GRAFICA GARATE S.A.C.**

<sup>13,14,15,16</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 07 GRAFICA GARATE S.A.C.**

<sup>17</sup> Se aclara en atención a la **Formulación N° 08 GRAFICA GARATE S.A.C.**

<sup>18</sup> Se incluye en atención a la **Formulación N° 09 GRAFICA GARATE S.A.C.**



**5. CARACTERÍSTICAS DE LOS BIENES Y CONDICIONES:**

Se adjuntan los diseños y modelos de los formatos para el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín.

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

El proveedor deberá proporcionar los formatos requeridos, sin manchas y sin arrugas.

**7. REQUISITOS DEL PROVEEDOR**

El proveedor debe contar con registro nacional de proveedores, cumplir con los requerimientos técnicos y control de calidad para la confección e impresión de los formatos.

**El proveedor realizara el diseño de todos los formatos teniendo en cuenta los modelos en físico entregados a la División de Adquisiciones y coordinación con el Área Usuaria, dentro del plazo requerido del servicio<sup>19</sup>.**

**8. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA**

La formatearía deberá entregarse en el Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín, ubicado en la Av. Odría s/n Hualhuas (Tarma) o Almacén Central de la Red Asistencial de Junín ubicado en la Av. Independencia N° 296- el Tambo- Huancayo, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de la firma del contrato o la emisión de la orden de servicio, lo que ocurra primero.

**9. ENTREGABLE**

UN SOLO ENTREGABLE.

**10. CONFIDENCIALIDAD**

Si como parte de la prestación, el proveedor pudiera tomar conocimiento de información (oral o escrita) de EsSalud, esta información debe mantenerse reservada, por lo tanto, el proveedor y todo su personal debe mantener la confidencialidad de la misma. El compromiso de confidencialidad se prolonga indefinidamente aun después de terminada la contratación y se hace extensivo al personal del proveedor aun cuando ellos hayan dejado de tener vínculo laboral con este.

**11. FORMA DE PAGO**

El pago por la contratación del requerimiento se realizará dentro del plazo de quince (15) días calendario de emitida la conformidad por el área usuaria luego de la entrega del material solicitado.

**12. PENALIDAD**

En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto de la contratación, se aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente formula:

$$\text{PENALIDAD DÍA} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

C.- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general y consultorías F = 0.40

D.- Para plazos mayores a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general y consultorías F = 0.25

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponde, al contrato o ítem que debió ejecutarse, o, en caso que estos involucren obligaciones de ejecución

<sup>19</sup> Se incluye en atención a la Formulación N° 10 CORPORACION GRAFICA MI PERU COLOR E.I.R.L.



periódica, a la prestación parcial que fuera materia de retraso.

Para efectos del cálculo de la penalidad diaria se considera el monto del contrato vigente el proveedor incurre en aplicación de penalidad cuando:

- a) No cumple con entregar el bien, prestar el servicio o presentar el entregable, según corresponda en el plazo de previsto en la orden de servicio y/o compra.
- b) Cuando se hubiera otorgado un plazo de ampliación y este no se hubiera cumplido.

Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso injustificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.



### 13. OTRAS PENALIDADES

Ninguna

### 14. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El proveedor es responsable por la calidad del bien ofrecido y por los vicios ocultos de prestación ofrecida por un plazo de 1 año contado a partir de la conformidad otorgada.

### 15. CONFORMIDAD

A conformidad referida a la contratación del servicio será emitida por la unidad de administración del Hospital I Tarma de la Red Asistencial Junín, en un plazo máximo de diez (10) días de producida la recepción.

### 16. ANEXOS

Se adjuntan los diseños y modelos.

#### 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:*

### 17. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<b>Requisitos:</b>
	El postor debe contar con: Actividad económica principal de la contratación (Servicio de impresiones en General)
	<b>Importante</b>
	<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>
	<b>Acreditación:</b>
	Copia simple de la inscripción al Registro Único del Contribuyente, que lo autoriza para realizar actividades comerciales con el objeto de la convocatoria.
	<b>Importante</b>
	<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>



**C EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a **S/ 50,000.00 (cincuenta 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.

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/ 12,500.00 (doce mil quinientos 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.

Se consideran servicios similares a los siguientes: **Servicio de impresión de formatos en general.**

Acreditación:

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

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

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

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

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

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

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

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

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

<sup>20</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

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

(...)

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

**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".*

  
Lic. Enf. Zenaida D. Manturano Velásquez  
C.E.P. 41336  
JEFATURA DE ENFERMERIA  
Hospital I Tarma  


**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.*





## SOLICITUD DE DIETAS

FECHA:

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CAMA	SERVICIOS				TIPO DE DIETAS	D	A	C	OBSERVA CIONES
		med	onp	p/	Hps 2d					

PERSONAL DE GUARDIA:

ENFERMERÍA: .....

TEC. ENFERMERÍA: .....

MÉDICO: .....

MÉDICO GUARDIA DIURNA: .....



## SALIDA FUERA DE LA INSTITUCIÓN

Servidor (a): .....

Área de Unidad de Sección: .....

Salud ☐ Particular ☐ de: .....

Compensación ☐ Comisión de Serv. ☐ a: .....

Firma Jefe Inmediato

Firma Interesado (a)

V°B° Control Personal

Huancayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_



### ORDEN DE ALTA

<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
NOMBRE Y APELLIDO	

Seguro N° \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Ingreso: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Salida: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico



FECHA: 16

### SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO

Yo, \_\_\_\_\_ Solicito cambio de turno con \_\_\_\_\_

Quien trabajará por mí el día \_\_\_\_\_ Turno de \_\_\_\_\_

yo trabajaré por el (la), el día \_\_\_\_\_ Turno de \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante  
Tarjeta N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante  
Tarjeta N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
V°B° Jefe de Servicio

\_\_\_\_\_  
V°B° Jefe de Personal

NOTA: Los cambios son solamente una vez al mes y se pagan dentro del mes.



15

## CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN

### HACE CONSTAR:

Que, el paciente Sr.(a): \_\_\_\_\_  
 Identificado con C.S. N° \_\_\_\_\_ L.E.: \_\_\_\_\_  
 se encuentra hospitalizado en este Nosocomio en el Servicio de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Cama N° \_\_\_\_\_  
 de fecha: \_\_\_\_\_

Se Expide el presente a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huancayo, \_\_\_\_\_

GDJ-FR-169-99

Asistente Social



13

### CONSTANCIA DE ATENCIÓN

EL HOSPITAL BASE HUANCAYO DE LA RED ASISTENCIAL JUNÍN, HACE CONSTAR:

Que, el paciente Sr. (a) (ita): \_\_\_\_\_

Con N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Ha sido atendido en el nosocomio en el servicio de \_\_\_\_\_ el día: \_\_\_\_\_

Con Dx: \_\_\_\_\_

Se expide el presente a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

No es válido para tramites legales

Huancayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profesional de salud





### ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

Del servicio de: \_\_\_\_\_

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

Al servicio de: \_\_\_\_\_

Seguro N°: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

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

MÉDICO



DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 015 -GG-ESSALUD-2015  
"NORMAS PARA LA GESTIÓN DE LA OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

Formato N° 2a- Consentimiento Informado para Cirugía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

RED: ..... IPRESS: ..... Nro. Acto Médico: .....

Yo, ..... ; identificado (a) con DNI/Pasaporte  
N° ....., en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la) paciente)  
..... con Historia Clínica N° ....., autorizo al (los) médico (s): Dr. (a)  
..... a practicar el procedimiento médico quirúrgico  
siguiente: .....

Que consiste en: .....

1. Sobre la naturaleza, el propósito los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias; de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico quirúrgico hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; o imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de ESSALUD como este, según nivel de atención, son instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico que seré(a) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: día ....., mes: ..... año: ..... Hora: ..... AM/PM.

Firma del Paciente / Padre / Madre / Representante Legal con DNI/ Pasaporte / Carné  
FFAA/Carne de Extranjería N° ..... ; que autoriza el procedimiento médico-  
quirúrgico:

Observaciones: .....

79



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS  
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI/Pasaporte/  
Carné de las FFAA/ Carné de Extranjería N° \_\_\_\_\_, en mi condición de paciente  
(Padre, Madre, Representante Legal del (de la) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, autorizo al (los) médicos).

Dr.(a) \_\_\_\_\_

y Dr. (a) \_\_\_\_\_ a practicar el procedimiento médico  
quirúrgico siguiente: \_\_\_\_\_

Que consiste en: \_\_\_\_\_

Habiendo sido informado y recibido explicación de los siguiente:

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad: ó imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que considere necesarias, todas las cuales ha sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que ajuicio del (de los) médico (s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado ó diferente al arriba recomendada. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el (los) procedimiento (s) complementario (s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal desalud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico a que seré(á) sometido(a) mi representado (a): he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento informado.

Fecha: día \_\_\_\_\_, mes \_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_ AM/PM.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Representante Legal con DNI / Pasaporte / Carné  
FF.AA./ Carné de Extranjería N° \_\_\_\_\_ que autoriza el procedimiento  
médico quirúrgico. \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_





H.C. N°: .....

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI)

Yo, ..... de ..... años de edad con  
domicilio en ..... y DNI N° .....  
En ..... calidad de familiar responsable del Sr.  
(a) .....

#### DECLARO:

Haber tomado conocimiento y recibida explicación del procedimiento de admisión, que para acceder al servicio de Atención Domiciliaria en PADOMI Tarma, debo tener presente lo siguiente:

1. En el proceso de atención domiciliaria, se hace estrictamente necesaria la presencia de un familiar o "cuidador familiar" acreditado como responsable cada vez que se fije fecha de visita para atención por Profesionales de la Salud del HI Tarma.
2. El familiar o "cuidador familiar" responsable, se compromete a seguir fielmente las indicaciones que se den en el proceso de atención al paciente y proporcionar toda la información que les sea solicitada, incluyendo medicación que viene recibiendo, alergias, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio pulmonares, existencia de prótesis y marcapaso. Asimismo se le realizará un examen clínico general, aun cuando su dolencia o afección motivo de su atención sea específica o sea conocida, lo que permitirá evaluar en forma general su estado de salud y prevenir otros riesgos.
3. La frecuencia y periodicidad de la programación de atención se realizarán las veces que sean necesarias, dependiendo de criterios clínicos y escala de incapacidad funcional física y / o grado de dependencia identificada por los profesionales del HI Tarma y de acuerdo al plan de trabajo establecido..
4. Asimismo como familiares nuestra corresponsabilidad con la operatividad del sistema y en la buena evaluación y calidad de vida de nuestro familiar comprometiéndonos ha:
  - a. Mantener las condiciones mínimas de higiene en paciente.
  - b. Garantizar que la seguridad e integridad física del personal de HI Tarma - PADOMI no se vea amenazada con motivo de las visitas.
  - c. Participar en la capacitación de los cursos para cuidador familiar y/o los talleres de Psicología para adecuación conductual, que el personal del HI Tarma PADOMI considere pertinentes inscribirnos.
  - d. Coadyuvar en las actividades sanitarias complementarias tales como curaciones, procedimientos de fisioterapia y rehabilitación y cuidados en la higiene y terapia respiratoria.
5. Durante su atención nuestro familiar puede requerir alguna prueba de laboratorio, imagenología y otros de ayuda diagnóstica o terapéutica, procedimientos de enfermería (canalización venosa, clampaje de sondas, lavado de frascos o bolsas colectoras, cambio de apósito, curaciones) y otros procedimientos que su médico le explicará ampliamente y que contribuirán al tratamiento de su enfermedad.

Consentimiento informado PADOMI, adaptado de la Guayaquil LIMA



H. C. N°: .....

6. El personal del HI Tarma – PADOMI; no cuenta con capacidad real y oportuna para efectuar exámenes de ayuda diagnóstica de rutina o chequeos para todos los pacientes inscritos, excepto en situaciones estrictamente necesarias y de prioridad y/o urgencias.
7. Existen riesgos frecuentemente relacionados al uso simultáneo de diversos medicamentos debido a las múltiples enfermedades que los pacientes geriátricos presentan, por lo cual se trata de utilizar los medicamentos estrictamente necesarios de acuerdo a los procedimientos aplicativos del HI Tarma de los alcances del "Petitorio Farmacológico de EsSalud y su Normativa de Uso."

Habiendo comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome realizar todas las observaciones, y habiéndome aclarado todas las dudas planteadas y comprendiendo además que el incumplimiento de lo expuesto anteriormente puede ocasionar la suspensión del servicio que brinda el personal del HI Tarma - PADOMI

Expreso que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y las responsabilidades que asumo y en tales condiciones de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842, artículo N° 4 (*Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo*)

CONSIENTO

☐
NO  
CONSIENTO
☐

Que se registre a mi FAMILIAR en el Programa de Atención Domiciliaria PADOMI del HI Tarma

Tarma, ..... de ..... del ..... 201

Firma del Familiar Responsable

Firma y Sello del Profesional que evalúa  
al pacienteNombres y Apellidos Completos y  
LegiblesV° B° del Médico Responsable de  
PADOMI HI Tarma

DNI N° .....

V° B° del Director del HI Tarma

Consentimiento Informado - PADOMI; adaptado de la Gerencia LIMA



## EVOLUCIÓN MÉDICA

H.C.N°

51

POST HOSPITALARIO ☐  
ATENCIÓN PADOMI ☐

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

N° DE SEG. SOCIAL: \_\_\_\_\_

Fecha: _____ Hora: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ T°: _____ P.A.: _____	ENFERMEDAD ACTUAL: _____
	EXAMEN CLÍNICO: _____
	DIAGNÓSTICO: _____
	TRATAMIENTO: _____
	FIRMA Y SELLO

Fecha: _____ Hora: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ T°: _____ P.A.: _____	ENFERMEDAD ACTUAL: _____
	EXAMEN CLÍNICO: _____
	DIAGNÓSTICO: _____
	TRATAMIENTO: _____
	FIRMA Y SELLO

Fecha: _____ Hora: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ T°: _____ P.A.: _____	ENFERMEDAD ACTUAL: _____
	EXAMEN CLÍNICO: _____
	DIAGNÓSTICO: _____
	TRATAMIENTO: _____
	FIRMA Y SELLO



## EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA 1

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

N° DE SEG. SOCIAL: \_\_\_\_\_

PORT HOSPITALARIO ☐ATENCIÓN PADOMI ☐

REGISTRAR DATOS ACTUALES Y CAMBIOS REALIZADOS SOBRE:

N° DE VISTA \_\_\_\_\_

FECHA: / /

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

HORA

F.C.:

F.R.:

T°:

P.A.:

MATERIAL UTILIZADO:

FECHA: / /

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

N° DE VISTA \_\_\_\_\_

HORA

F.C.:

F.R.:

T°:

P.A.:

MATERIAL UTILIZADO:

FECHA: / /

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

N° DE VISTA \_\_\_\_\_

HORA

F.C.:

F.R.:

T°:

P.A.:

MATERIAL UTILIZADO:





H.C.N°

49

**EVOLUCIÓN TERAPISTAS**


NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FECHA:	MÉDICO FISIATRA: _____ TERAPISTA FÍSICO: _____ ENFERMEDAD ACTUAL: _____ _____
HORA:	DIAGNÓSTICO: _____ TRATAMIENTO: _____ _____
F.C.:	_____
F.R.:	_____
T°:	_____
P.A.:	_____
	TIEMPO DE TERAPIA: _____ FIRMA Y SELLO
FECHA:	MÉDICO FISIATRA: _____ TERAPISTA FÍSICO: _____ ENFERMEDAD ACTUAL: _____ _____
HORA:	DIAGNÓSTICO: _____ TRATAMIENTO: _____ _____
F.C.:	_____
F.R.:	_____
T°:	_____
P.A.:	_____
	TIEMPO DE TERAPIA: _____ FIRMA Y SELLO
FECHA:	MÉDICO FISIATRA: _____ TERAPISTA FÍSICO: _____ ENFERMEDAD ACTUAL: _____ _____
HORA:	DIAGNÓSTICO: _____ TRATAMIENTO: _____ _____
F.C.:	_____
F.R.:	_____
T°:	_____
P.A.:	_____
	TIEMPO DE TERAPIA: _____ FIRMA Y SELLO



 <b>Red de Salud</b> RED ASISTENCIAL JUNIN Hospital I - Tarma		<b>PARTE DIARIO DE ATENCIÓN</b> PADM I POST. HOSPIT.				Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/>	
(1) NOMBRES					Otros _____	Tiempo completo	Horas extras
	<input type="checkbox"/> Huancayo	<input type="checkbox"/> El Tambo	<input type="checkbox"/> Chilca	<input type="checkbox"/> Otros			
(2) ZONA	AUDITORIA						

PARA EL PROFESIONAL																	PARA EL PACIENTE			AUDITORIA	
N°	(5) IP DE HISTORIA CLINICA	(6) APELLIDSO Y NOMBRES	(7) EDAD		(8) TIPO			(9) DIAGNÓSTICO	(10) CÓDIGO CIE 10			(11) CASO			(11) HORA VISITA	(13) FIRMA Y DNI	(14) PROX VISITA	(15) AUD.	(16) CÓDIGO RECHAZADO		
			M	F	N	R	C		P	D	R	Inicio	Término	Inicio						Término	Inicio
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																		A R			
																</					



"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA  
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES"

## ANEXO N° 12

## ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:  N° DE DNI:

EDAD:  SEXO:

SERVICIO:  N° DE CAMA:

VARIABLES		INGRESO
		Puntaje
EDAD	Recién nacido	2
	Lactante menor	2
	Lactante mayor	3
	Preescolar	3
	Escolar	1
ANTECEDENTES DE CAÍDAS PREVIAS	Si	1
	No	0
ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
COMPROMISO DE CONCIENCIA	Si	1
	No	0
PUNTAJE TOTAL		

## Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
1 A 6 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
2 A 3 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAÍDA
0 A 1 PUNTO	RIESGO BAJO DE CAÍDA



"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA  
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES"

ANEXO N° 08

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE MORSE (ADULTO)

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:  N° DE DNI:

EDAD:  SEXO:

SERVICIO:  N° DE CAMA:

Escala de Riesgo de MORSE

ANTECEDENTES DE CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES	NO	0
	SI	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	REPOSO EN CAMA, AYUDA DE LA ENFERMERA	0
	MULETAS, BASTÓN, ANDADOR	15
	MUEBLES	30
CATÉTERES IV / VÍA HEPARINIZADA	NO	0
	SI	20
MARCHA (EQUILIBRIO / TRASLADO)	NORMAL, REPOSO EN CAMA, INMÓVIL	0
	DÉBIL	10
	ALTERADO	20
CONCIENCIA (ESTADO MENTAL)	ORIENTADO SEGÚN LAS POSIBILIDADES	0
	OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
PUNTAJE OBTENIDO		<input type="text"/>

\*Morse, J.M.; R.M. & Tylko, S.J.: Development of a scale to identify the fall prone patient. Canadian Journal of Aging. 1998; 8:366 – 377.

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
MAYOR A 50 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
DE 25 A 50 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAÍDA
MEJOR DE 24 PUNTOS	SIN RIESGO DE CAÍDA



"PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA  
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES"

ANEXO N° 10

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H. DOWTON (ADULTO MAYOR)

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:  N° DE DNI:

EDAD:  SEXO:

SERVICIO:  N° DE CAMA:

Escala de Riesgo de Caídas JH Downton\* (1993)  
ALTO RIESGO > 2 PUNTOS

CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
PUNTAJE OBTENIDO		

\*Downton JH, Andrews K. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. Aging (Milano). 1991 Sep;3(3):219-28

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
Mayor a 2 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
1 A 2 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAÍDA
0 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAÍDA





Nº DE CAMA: ..

47



“PRÁCTICAS SEGURAS Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA  
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES”

## ANEXO N° 15

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN  
MECÁNICA

N° de Historia Clínica	
Nombres y Apellidos del paciente	
N° DNI	
Sexo	
Fecha	
Nombre y Número de celular del Cuidador Primario	

## Formulario de Consentimiento Informado para Contención Mecánica

Don/ña ..... mayor de edad con DNI N°  
.....Ingresado en el Servicio de .....del Hospital

Declara:

☐

Que acepta ser contenido mecánicamente como parte de las medidas preventivas previamente acordadas con los médicos que me atienden. Se me ha explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar aplicados a mi caso. Acepto voluntariamente dicha limitación de movimiento finalizando cuando médicamente se considere y/o yo lo solicite voluntariamente.

Lima..... de ..... de .....

Nombre y firma del paciente y/o  
Cuidador primario

Firma y sello del Médico

Fuente: Adaptado de Contención Mecánica Hospital Virgen del Rocío- 2018



## SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Fecha de Ingreso:

Hora de Ingreso:

Historia N°

Historia materna N°

### HISTORIA DEL RECIÉN NACIDO

#### DATOS GENERALES

Hijo de:

Edad Paterna:

Apellido Paterno

Hora

Fecha de Nacimiento

Peso:

Talla:

P.C.

P.T

A los segundos - minutos

Respiro espontáneamente - con estimulación

Sexo:

Aspiración de secreciones

Oxígeno

Presión positiva intermitente

Intubación endotraqueal

Masaje Cardíaco

Cateterismo Umbilical

Crede: SI - NO

Vitamina K: SI - NO

### VALORACIÓN DE APGAR

SIGNOS	0	1	2	1'	5'	10'
Prec. Cardíaca	Ausente	Menor de 100x	Más de 100x			
Respiración	Ausente	Irregular Llanto débil	Regular, Llanto fuerte			
Tono Muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Movimientos activos			
Irritabilidad refleja	Aausente	Ligera respuesta, muecas	Tos Estornudos			
Color	Cianosis o palidez	Cuerpo rosado manos y pies cianóticos	Completamente rosado			

#### DIAGNÓSTICO DE ALTA

Fecha de alta:

Condiciones de alta:

Traslado:

Defunción:



SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA

## ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ N°. HC \_\_\_\_\_ ÁREA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

PARTO EUTOCICO: \_\_\_\_\_ PARTO DISTOCICO \_\_\_\_\_

APGAR 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_ 10' \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_ P.T. \_\_\_\_\_

ASPIRACIONES DE SECRECIONES: \_\_\_\_\_

BOCA: \_\_\_\_\_ NARIZ: \_\_\_\_\_ T.E.T. \_\_\_\_\_

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO: \_\_\_\_\_

MASCARILLA: \_\_\_\_\_ RESUCITADOR \_\_\_\_\_ POR T.E.T. \_\_\_\_\_

PROFILAXIS: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

CORDÓN UMBILICAL	<u>SI</u>	<u>NO</u>	PULSERA	<u>SI</u>	<u>NO</u>
CREDE	<u>SI</u>	<u>NO</u>	PULSERA	<u>SI</u>	<u>NO</u>
VITAMINA K	<u>SI</u>	<u>NO</u>			
PERMEABILIDAD ANO RECTAL	<u>SI</u>	<u>NO</u>			
EXAMEN CEFALO - CAUDAL	<u>SI</u>	<u>NO</u>			

R. MEMBRANAS: \_\_\_\_\_ P. EXPULSIVO: \_\_\_\_\_

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

DX DE ENFERMERÍA: \_\_\_\_\_

1ra. Hora de Vida - Color de piel ROSADA SI NO CIANOTICA SI NO

OTROS: \_\_\_\_\_

-Actividad Respiratoria BUENA: \_\_\_\_\_ POBRE: \_\_\_\_\_ Fio2 \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

- FRECUENCIA CARFIACA

-Tracto Digestivo: Vómito Regurgitaciones SI NO

Deposición SI NO

- Tracto Urinario Orina SI NO

2da. hora de Vida - Color de piel ROSADA SI NO CIANOTICA SI NO

OTROS: \_\_\_\_\_

- Actividad Respiratoria BUENA: \_\_\_\_\_ POBRE: \_\_\_\_\_ Fio2 \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

- FRECUENCIA CARDÍACA

- Tracto Digestivo: Vómitos Regurgitaciones SI NO

Deposición SI NO

- Temperatura: \_\_\_\_\_

- Tracto Urinario Orina SI NO



38



## FORMULARIO DE ALTA VOLUNTARIA CON EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEGAL

Dejo constancia que yo:

Padre ( ) Madre ( ) Cónyuge ( ) Familiar (Hijo(a) Hermanos) ( )  
Paciente ( ) Representante Legal ( ) del Paciente \_\_\_\_\_

Identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_ con  
Autogenerado N° \_\_\_\_\_ Hospitalizado en el Servicio de \_\_\_\_\_  
del Departamento de \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_ de la Red Asistencial \_\_\_\_\_  
con el Diagnóstico o Problema de salud de: \_\_\_\_\_

Me hago responsable de mi persona ( ) o de mi paciente( ) en forma lúcida, consiente voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y/o secuelas que pudieran derivarse del alta por haber sido informados detalladamente por los profesionales de salud tratantes, a pesar de todo ello, solicito mi:

### ALTA VOLUNTARIA:

Me ha explicado que dentro de los principales riesgos; aplicaciones que pudieran derivarse por no aceptar la hospitalización.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. Otros: \_\_\_\_\_

Exonerado de toda Responsabilidad Legal a los profesionales de la Salud - tratante Sub Dirección y Autoridades de la Institución así como a la propia institución en su conjunto, de lo que me (le) pueda suceder a consecuencia de mi decisión.

Para tal efecto de firma el presente documento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos  
(Paciente o Responsable)



Impresión Digital

Firma:  
D.N.I:



Nombre y Apellidos (Testigo/Familiar)

Firma

Impresión Digital





## BALANCE HÍDRICO ADULTO

		7 - 1	1 - 7	7 - 7	TOTAL 24 HORAS	CUARTO	
INGESTA	Vía Oral					FECHA:	
	Parenteral						
	Agua Metabólica						
	EXCRECIÓN	Sangre					GRAN TOTAL
		Otros					Ingestión: _____ Eliminación: _____
Orina							
Succión						BALANCE _____  Densidad de la Orina: _____	
Drenaje							
Vómitos							
P. Insen.							
INGESTA	Vía Oral					FECHA:	
	Parenteral						
	Agua Metabólica						
	EXCRECIÓN	Sangre					GRAN TOTAL
		Otros					Ingestión: _____ Eliminación: _____
Orina							
Succión						BALANCE _____  Densidad de la Orina: _____	
Drenaje							
Vómitos							
P. Insten.							
INGESTA	Vía Oral					FECHA:	
	Parenteral						
	Agua Metabólica						
	EXCRECIÓN	Sangre					GRAN TOTAL
		Otros					Ingestión: _____ Eliminación: _____
Orina							
Succión						BALANCE _____  Densidad de la Orina: _____	
Drenaje							
Vómitos							
P. Insen.							

35/



## HISTORIA CLÍNICA

### FILIACIÓN

NOMBRE: .....

EDAD: ..... L. NACIMIENTO: .....

SEXO: ..... L. PROCEDENCIA: .....

INSTRUCCIÓN ..... F. INGRESO: ..... HORA: .....

OCUPACIÓN: ..... F. ENTREVISTA: ..... HORA: .....

E. CIVIL: ..... P. RESPONSABLE: .....

ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA .....

INFORMANTES: .....

INFORMACIÓN CONFIABLE: SI ..... NO .....

MOTIVO DE INGRESO: .....

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR ..... GRUPO SANG ..... Rh .....

Inmunizaciones .....

Enfermedades de la infancia, adolescencia y adultez (Criterios de Dx., Rp., duración; hospitalizaciones, complicaciones, procedimientos)

Intervenciones quirúrgicas, traumatismo y transfusiones .....

### INFORMACIÓN BÁSICA

Apellidos y Nombres: .....

N° de Seguro: .....

N° de Historia Clínica: .....



## HISTORIA MÉDICA ACTUAL

### ENFERMEDAD ACTUAL.-

T.E.: \_\_\_\_\_ Forma de Inicio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Síntomas y Signos Principales: \_\_\_\_\_

Relato Cronológico: \_\_\_\_\_

Apetito: \_\_\_\_\_ Sed: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_

Deposiciones: \_\_\_\_\_ Sueño: \_\_\_\_\_ V. Ponderal: \_\_\_\_\_

EXAMEN CLÍNICO.- T \_\_\_\_\_ °C P \_\_\_\_\_ x' \_\_\_\_\_ P.A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg R \_\_\_\_\_ x' \_\_\_\_\_

VC. \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ mts \_\_\_\_\_ A. Corporal \_\_\_\_\_ m² \_\_\_\_\_

E. GENERAL.- (Estado de conciencia. En general; nutrición, hidratación, posición, actitud, colaboración, piel-anexos. T.C.S.C.

Examen por Regiones Aparatos y Sistemas.- 1) Cabeza, 2) Cuello, 3) Tórax, 4) Ap. Cardiovascular, 5) Ap. Respiratorio 6) Abdomen y R. lumbosacra. 7) Ap. Genito-Urinario. 8) Ano, recto y próstata. 9) Sistema linfático. 10) Sistema Osteomioticular. 11) Sistema neurológico.

NOTA: Registre solo datos positivos. Consigne como N lo semiológicamente normal. Los hallazgos anormales y los que conocen alguna duda descríbalos. Ejm. : 1,2,3,4,5,8,10,11 :N

Apellidos y Nombres:

N° de Seguro:

N° de Historia Clínica





37

## EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

ASEGURADO N°: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

REGISTRO N°: \_\_\_\_\_

[illegible]

37



## EPICRISIS

Fecha de Ingreso: _____		Fecha de Alta: _____	
DIAGNÓSTICO FINAL 1.- _____		2.- _____	
3.- _____		4.- _____	
Nombre: _____		H.C.: _____	CAMA: _____
Sexo: _____ Edad: _____		Transferido de: _____	
HISTORIA MÉDICA ANTERIOR: _____ _____ _____			
HISTORIA MÉDICA ACTUAL.- Síntoma, Signos y/o Problema Principal TE: _____ _____ _____			
ESTUDIOS REALIZADOS: _____ _____ _____			
EVOLUCIÓN (Condición al alta, problemas pendientes de estudio y/o Rp.) _____ _____ _____			
TRATAMIENTO: _____ _____			
Programado al alta:	Fármaco	-	Unidades - V/D - N° de Días
ENE COMÚN: _____	ENF. PROFES.: _____	ACCID DE TRABAJO: _____	
ALTA: _____	DESCANSO MÉDICO: _____	PRÓXIMA CITA: _____	
TRANSFERENCIAS: _____			
MÉDICO TRATANTE - MED. JEFE DE SERVICIO		Apellidos y Nombres: _____ _____ N° de Seguro: _____ N° de Historia Clínica: _____	

Colocar después del diagnóstico Enfermedad CIE-X

[www.essalud.sid.pe](http://www.essalud.sid.pe)



## FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA

58







Placa de Vehículo: \_\_\_\_\_

Hora de Salida: \_\_\_\_\_ Hora de Llegada: \_\_\_\_\_

N° de Km. Salida: \_\_\_\_\_ N° de Km. de Llegada: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA SALIDA DE AMBULANCIA

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

Pedido por: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro N°: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Chofer: \_\_\_\_\_

Hospitalizado en el Servicio: \_\_\_\_\_ Cama N° \_\_\_\_\_

Servicio Final: \_\_\_\_\_

### MOTIVO:

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

\_\_\_\_\_  
Autorización Médico Guardia

\_\_\_\_\_  
Jefe de Transportes

\_\_\_\_\_  
Firma de Chofer  
[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)





## CENSO DIARIO

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

**Servicio:** \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Nº de Camas: \_\_\_\_\_

Movimiento Hospitalario de pacientes, ocurrido en el periodo de 24 horas, que termina a las 12 de la noche del

CUADRO N° 7H - E (1) Pacientes salido día anterior

2INGRESO				4EGRESO				
N° CAMA	APELLIDOS Y NOMBRES	2.1 ADM	2.2 TRANS DEL PISO	N° CAMA	APELLIDOS Y NOMBRES	4.1 ALTA	4.2 DEF	2.2 TRANS DEL PISO

## RESUMEN

1. PACIENTES SALDO DEL DÍA ANTERIOR			
2. INGRESOS	2.1 ADMISIONES		
	2.2 TRANSFERENCIAS		
	3 SUB TOTAL		
4. EGRESOS	4.1 ALTAS		
	4.2 DEFUNCIONES		
	4.3 TRANSFERENCIAS		
	5 SUB TOTAL		
6. PACIENTES SALDO DEL DÍA SIGUIENTE			
7. PACIENTES QUE INGRESARON Y EGRESARON EN EL MISMO DÍA			
8 CAMAS VACANTES			



ANEXO 1  
DECLARACIÓN PARA VIAJE EN COMISIÓN DE SERVICIOS  
POLIZA: ACCIDENTES PERSONALES - VIAJES

HOJA DE DATOS

<b>DEL ASEGURADO</b>			
APELLIDOS Y NOMBRES			
D.N.I. N°	EDAD:	CÓDIGO PRESUPUESTAL:	
ÁREA DE TRABAJO: GER. CENTRAL/DP1 <u>GERENCIA RED ASISTENCIAL JUNÍN</u>			
DEPENDENCIA			
CARGO FUNCIONAL:			
<b>DE LA COMISIÓN DE SERVICIO</b>			
ITINERARIO			
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
DE:	A:		
FECHA/INICIO:		FECHA/TERMINO:	TOTAL DÍAS:
MEDIO DE TRANSPORTE:	AÉREO:	FLUVIAL	TERRESTRE:
<b>DEL SEGURO</b>			
BENEFICIARIOS:			
	%		%

FECHA:

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA



26

### REGISTRO DE PARTICIPANTES EN CHARLAS EDUCATIVAS

CENTRO ASISTENCIAL: ..... FECHA ..... HORA .....

TEMA ..... EJE TEMÁTICO .....

RESPONSABLE ..... LUGAR .....

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DNI	TELÉFONO	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

FIRMA Y SELLO:

25

## HISTORIA CLINICA - ADULTO

### DATOS DE FILIACIÓN:

- APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_
- EDAD: \_\_\_\_\_
- DNI: \_\_\_\_\_
- HCL: \_\_\_\_\_

### TRIAJE DE ENFERMERÍA:

- PESO: \_\_\_\_\_
- TALLA: \_\_\_\_\_
- P/A: \_\_\_\_\_
- TEMPERATURA: \_\_\_\_\_
- PERÍMETRO ABDOMINAL: \_\_\_\_\_
- IMC: \_\_\_\_\_
- DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES:

---

---

---

---

---

### ANAMNESIS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

EX. FÍSICO.

### DIAGNÓSTICO:

---

---

---

---

---

### INTERCONSULTAS:



Laboratorio



Odontología



Obstetricia



Inmunizaciones

### RESULTADOS:

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA Y SELLO





Profesional	Código profesional	Turno	Unidad de Prevención

## PARTE DIARIO DE ATENCIONES DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN

[illegible]

Profesional:.....  
Código profesional:.....  
Turno:.....

CARTERA DE ATENCIÓN DE SALUD NIÑO ADOLESCENTE  
PARTE DIARIO DE ATENCIONES DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN

**Seguridad Social para todos**

[illegible]



FICHA ODONTOLÓGICA - Hospital Tarma - RED ASIST. JUNÍN

CENTRO ASISTENCIAL		LOCALIDAD		N° H.C.	
Hospital I Tarma					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
				AUTOGENERADO	
FECHA EXAMEN	G. INST/PROFESIONAL/OCCUPACIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	FECHA NACIMIENTO
MOTIVO CONSULTA					
TIEMPO DE ENFERMEDAD, FORMA DE INICIO, EVOLUCIÓN, SIGNOS Y SÍNTOMAS					
Antecedentes Personales:					
Antecedentes Odontostomatológicos:					
Antecedentes Familiares:					
¿ Ha tenido alguna complicación por anestesia ?			Si	No	No sabe
¿ Es alérgico a algún medicamento ?					
Es Ud. propenso a hemorragias ?					
Observaciones:					

EXÁMEN CLÍNICO											
Ex. ExtraOral	N	P	Observaciones	Ex. IntraOral	N	P	Observaciones	Frenillo	N	P	Observaciones
Cara				Labios				Paladar Duro			
Cuello				Carriños				Paladar Blando			
Piel				Fondo Surco Vest.				Lengua			
Ganglios				Encía				Piso de Boca			
ATM				Zona Retromolar				Oclusión			
				Glándulas Salivales							

ENFERMEDAD PERIODONTAL: P.B. BLANDA ( )	P.B. DURA ( )	CÁLCULOS. INFRA GINGIVALES ( )	BOLSA PERIODONTAL ( )
OBSERVACIONES...			

ODONTOGRAMA																											
Diagnóstico																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28												
Especificaciones orientación en:																											
Observaciones																											

INDICADORES DE RIESGO ESTOMATOLÓGICO		
ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA (I.P.B.)		
<0 = 1	>1 <2	>2
EXPERIENCIA DE CARIES (E.C.)		
0 A 2 SUP.O.CARIAD.	6 SUPERF. OCLUSAL. CARI	>6 SUP.O.C.CAR.
FRECUENCIA DE CONSUMOS DE CARBOHIDRATOS (FCCH)		
<=3V/DÍA	4 VECES/DÍA	>4 VECES/DÍA
RIESGO ESTOMATOLÓGICO (R.E.)		
BAJO	MODERADO	ALTO

Índice de CPD - ceod	
C	c
P	p
O	o
D	d
Total	Total



**LA DIABETES SE COMPLICA: VISITE REGULARMENTE A SU MEDICO**

**SOPA DE TOMATE**

- 1/4 taza de cebolla picada
- 2 1/2 tazas de tomates pelados
- 1/2 taza de apio con hojas picado
- 2 cucharadas de mantequilla
- 2 tazas de caldo
- 2 cucharadas de harina
- 1 sobre de edulcorante
- 1 cucharada de albahaca picada



Cocine cubierto por 15 minutos los tomates, la cebolla y el apio. Cuele. Derrita la mantequilla y mezcle con la harina. Agregue el caldo, el edulcorante y el caldo colado de las verduras cocidas y cocine hasta que este suave e hirviendo. Corrija la sazón. Sirva decorado con albahaca.

Rinde 5 porciones de 86 calorías

**SOPA PAISANA**

- 1/4 taza de zanahorias de cubitos
- 1/2 taza de cebolla picada
- 1/2 taza de apio picado
- 3 tazas de caldo de pollo desgrasado
- 1 taza de tomates de lata o pelados
- 1/2 taza de nabo pelado y picado
- 1/2 taza de col, lechuga o espinaca picada
- 2 cucharadas de mantequilla
- 1 cucharada de perejil picado
- 1/2 cucharadita de sal
- 1 pizca de pimienta



En una olla grande fría en la mantequilla las zanahorias, cebollas y apio. Agregue el caldo, tomates, nabo, perejil, sal y pimienta. Cocine tapado por 35 minutos y luego agregue la col, cocine otros 15 minutos.

Rinde 5 porciones de 72 calorías

**SOPA DE ESTOFADO**

- 2 hojas de laurel
- 1 cucharadita de salsa inglesa
- 1 diente de ajo picado
- 1/2 cucharadita de paprika
- 1 pizca de clavo de olor en polvo
- 1/4 cucharadita de pimienta negra
- 2 tazas de zanahorias cortadas en cuatro
- 4 papas medianas cortadas en cuatro
- 3 cebollas medianas
- 1 cucharada de maizena
- 8 oz. carne molida (sin grasa)
- Aceite vegetal light



Combine la salsa inglesa, hojas de laurel, ajos, paprika, clavo de olor, 1 1/2 taza de agua y la pimienta negra en una olla para sopa. Agregue los vegetales y cocine tapado 30-40 minutos. Drene el líquido y consérvelo. Separe los vegetales y retire las hojas de laurel. Agregue agua al líquido separado hasta tener 1 1/4 taza y viértalo nuevamente en la olla. Bata la maizena en 1/4 de taza de agua fría hasta que esté suave y viértalo lentamente en la olla.

Cocine moviendolo hasta que espese, Agregue la carne previamente dorada y los vegetales. Calientelo y sívalo

Rinde 8 porciones de 145 calorías

**SOPA DE CEBOLLA**

- 2 1/2 tazas de cebollas en tajadas
- 6 tazas de caldo de res (sin grasa)
- 6 rebanadas de pan baguette
- 2 cucharadas de queso parmesano
- Aceite vegetal light



Fría las cebollas con poco aceite hasta que estén transparentes. Mezcle con el caldo en una olla para sopa. Bien cubierto déjelo hervir por una hora. Sívalo con una tajada de pan tostado encima y rociado con queso parmesano.

Rinde 8 porciones de 95 calorías



11





## GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

### Alimentación del niño de 6 meses

A partir de los 6 meses la leche materna resulta insuficiente para cubrir todas las necesidades nutricionales del bebé (1), y deberán introducirse progresivamente los siguientes alimentos:

6 MESES

#### ALIMENTOS

Tubérculos: 1,2	papa, camote, olluco, oca, arracacha.		
Alimentos origen animal: 1,2,5,6,7	hígado de pollo, sangrecita, carne res, pollo, yema huevo.		
Verduras: 1,2	zapallo, zanahoria, espinaca, acelga, zapallito italiano.		
Frutas: 1,2	plátano de isla, papaya, mango, granadilla (colada), manzana, pera, melón.		
CONSISTENCIA 1,2	CANTIDAD EN CDA/ COMIDA 1	ALIMENTO ORIGEN ANIMAL 2	FRECUENCIA 1
Alimentos Aplastados (consistencia espesa, homogénea y sin grumo)	2 a 3 cucharadas	1 cucharada	2 comidas al día y leche materna

#### CONSEJOS: 1,3,6

- La leche entera de vaca (fresca, evaporada o en polvo) se recomienda evitarse durante el primer año de vida, para evitar reacciones alérgicas con el niño y el desarrollo de anemia.
- El cariño, un ingrediente importante y necesario para el vínculo afectivo con el bebé.
- Alimente a su niño(a) despacio y pacientemente, anímelo a comer sin forzarlo, en un ambiente agradable y sin distracciones.
- Recuerde que este momento es de aprendizaje y amor.

#### \* ALIMENTOS POTENCIALMENTE ALERGENICOS: 1,3,6

Leche de vaca, clara de huevo, pescado, cítricos



(\*Se introducen después del año en el caso de niños con antecedentes familiares de alergia alimentaria).

#### RECOMENDACIONES ADICIONALES

##### Referencias:

1. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), Lima-Perú 2004.
2. Fundamentos de la Nutrición Pediátrica ILLUMINUT. Pediatría. Lima-Perú 2010.
3. Guías alimentarias para niños y niñas cubanos hasta los 2 años de edad. Documento Técnico para los equipos de Salud, La Habana- Cuba 2011.
4. MINSA. Documento Técnico "Modelo de abordaje de promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable. Dirección General de Promoción de la Salud 2006.
5. Alimentación complementaria del lactante. Mariare Caballero. 2007.
6. Guía Alimentación Materna de 2 años. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA). Chile 2006.
7. "La Alimentación del lactante y del niño pequeño" capítulo modelo dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. CHAS/CPS. 2010.
8. Manual de Nutrición Pediátrica. American Academy of Pediatrics, México 2006.

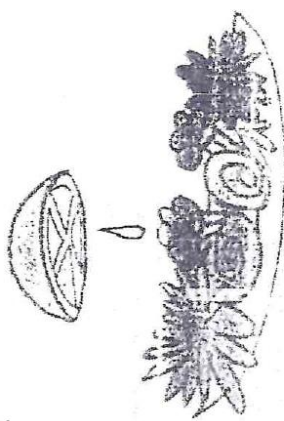
### Alimentación del niño de 6 meses

# IA bajar de PESO!

## Dieta día a día

● **GASEOSAS**  
Las gaseosas dietéticas no engordan; sin embargo, es preferible que no las consumas mientras hagas dieta para limpiar integralmente tu organismo. Tienen colorantes y preservantes, lo mejor es beber agua.

● **LIMÓN**  
El aderezo más natural y menos calórico es el limón, utilizado con frecuencia para sazonar tus ensaladas. Además, son una fuente inagotable de vitamina C que te protegerá contra los resfriados.



● **CHICLES**  
No es bueno que mastiques chicle entre comidas para no "pecar", porque te llenará de gases, hará producir más jugos gástricos y lo que es peor, te dará una sensación de hambre atroz.

Almuerzo: Una enorme porción de verduras con queso fresco y papa sancochada.  
Media tarde: Una fruta grande.  
Cena: Crema de verduras con un trozo de pollo.

**SÁBADO:**  
Desayuno: Un jugo y una tostada con una tajada de queso fresco.  
Media mañana: Una fruta grande.  
Almuerzo: Una enorme porción de ensalada con pescado al horno y una papa sancochada.  
Media tarde: Una fruta grande.  
Cena: Una porción de ensalada de frutas con yogur light.

**DOMINGO:**  
Desayuno: Una infusión, una tajada de tostada con paila.  
Media mañana: Una fruta grande.  
Almuerzo: Una generosa ensalada con choco y pollo.  
Media tarde: Una fruta grande.  
Cena: Una crema de verduras.

❖ De preferencia como estas frutas: papaya, sandía, piña, ciruelas, naranjas, mandarinas y melón porque tienen menos calorías que las uvas, manzanas y pera.  
❖ Ningún líquido que bebas debe estar endulzado con azúcar, utiliza edulcorantes.

Media mañana: una fruta grande.  
Almuerzo: una generosa ración de verduras, pollo a la parrilla y medio choco.  
Media Tarde: Una fruta grande.  
Cena: Una ensalada de frutas con un chorro de yogur.

**VIERNES:**  
Desayuno: Una taza de leche sin azúcar, una tostada.  
Media mañana: Una fruta grande.



**LUNES**  
Desayuno: Leche sin azúcar y una tostada.  
Media Mañana: Una fruta.  
Almuerzo: Una ración abundante de verduras acompañada de una porción de pollo al horno.  
Media tarde: una fruta grande.  
Cena: Ensalada de verduras con una presa de carne.

**MARTES**  
Desayuno: Té, una tostada y una tajada de queso fresco.  
Media mañana: Una fruta grande.  
Almuerzo: Una ración generosa de ensalada, una papa sancochada y un trozo de pescado al horno.  
Media tarde: Una fruta grande.  
Cena: Ensalada de frutas con yogur light.

**MIÉRCOLES:**  
Desayuno: un jugo y una tostada.  
Media mañana: una fruta grande.  
Almuerzo: caldo de pollo y una porción de menestras con un bistec a la plancha.  
Media tarde: Una fruta grande.  
Cena: Una ensalada de verduras con 2 claras de huevo.

**JUEVES:**  
Desayuno: Una infusión, un jugo y un huevo duro.





7

**INFORME DE VISITA DOMICILIARIA**

Apellidos y nombres del asegurado: .....Gº Inst:.....  
 N°HC:..... Fecha de Nacimiento:.....Nº de hijos.....  
 Dirección del Domicilio: .....  
 Edad: ..... DNI ..... Teléfono .....  
 Fecha de Visita Domiciliaria: .....

**MOTIVO DE LA VISITA:**

- Inasistencia HTA / abandono HTA ( )
- Inasistencia DM / abandono DM ( )
- Inasistencia HTA-DM / abandono HTA -DM ( )
- Seguimiento de HTA - DM ( )
- Seguimiento de DM ( )
- Seguimiento de HTA ( )

**OBJETIVO DE LA VISITA:**

- Educar y Orientar sobre importancia del cumplimiento del tratamiento y control.
- Educar y Orientar sobre estilos de vida saludables.

**ACCIONES REALIZADAS:**

Control de Funciones Vitales:

P/A: .....mmhg Glucosa: .....mgdl FC: ..... FR: .....

Se educa sobre importancia del cumplimiento del tratamiento y control.

Se educa sobre estilos de vida saludables.

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS:**

- Alimentación inadecuada ( )
- Sedentarismo ( )
- Stres, ansiedad ( )
- Abandono familiar ( )
- otros: .....

**PLAN DE INTERVENCION:**

- Visitas domiciliarias periódicas.
- Talleres de alimentación saludable y actividad física.

**OBSERVACIONES:**

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

6

## REGISTRO DE VACUNAS

(ADOLESCENTES, ADULTOS Y GESTANTES)

Responsable: \_\_\_\_\_

MES: .....

FECHA	HCL	DNI	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	VACUNAS
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-



**REGISTRO DE VACUNAS****(NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS)**

MES: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

FECHA	HCL	DNI	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	VACUNAS
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-
					1-
					2-
					3-
					4-

14



**ANEXO N° 3: INFORME DE VISITA DOMICILIARIA**  
(solo para los casos de factor de riesgo/problemas de salud)

Apellidos y Nombres del asegurado: .....

N° HC: .....

Dirección del domicilio: .....

Edad: ..... DNI: ..... Teléfono: .....

Fecha de visita Domiciliaria: .....

**MOTIVO DE LA VISITA:**

Seguimiento del niño

Evaluar riesgo

.....

**OBJETIVO DE LA VISITA:**

1.- Cumplir con calendario de Vacunación: .....

2.- Sensibilizar cumplimiento de vacunación: .....

3.- .....

**ACCIONES REALIZADAS:**

\* Ubicación del domicilio .....

\* Entrevista con madre consejería sobre .....

\* Administración de Vacuna .....

.....

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS:**

1.- .....

2.- .....

3.- .....

**PLAN DE INTERVENCIÓN:**

\* Se cita para cumplimiento de atención integral al niño y familia.

\* Seguimiento del niño para cumplir vacunas y cred.

.....

**OBSERVACIONES:**

.....

Firma y Sello del Profesional

Nombre del Profesional



**ANEXO N°4: REPORTE MENSUAL DE VISITAS DOMICILIARIAS**

Centro Asistencial.

**Servicio:**

Mes.:

Año:

[illegible]

* Población Objetivo		(1): Asegurado con factor de riesgo y/o problema de salud, con Dx de enf. que abandonan Tto, con resultado (+) en examen de detección precoz de cáncer para notificar y coordinar atención, otros.		(2): Asegurado titular sin conocimiento previo de factores de riesgo y/o problemas de salud.	

-19



ANEXO N° 1

FORMATO DE REGISTRO DE FUGAS

FUGA: \_\_\_\_\_ SOSPECHA: \_\_\_\_\_ RETORNO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del personal que reporto el hecho: \_\_\_\_\_

Nombre del médico responsable del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de seguridad: \_\_\_\_\_

Datos de identificación y vestimenta (para aportar a la policía/seguridad y familia)

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

Breve descripción de los hechos: \_\_\_\_\_

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

Se ha puesto en conocimiento a: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Representante del Servicio

\_\_\_\_\_  
Responsable Área Seguridad



## CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA<sup>1, 2, 3, 4</sup>

9 a 11 MESES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>8 a.m.</b>	1 ó 2 unidades de galleta de soda con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1/2 pan con mantequilla con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1 ó 2 unidades de galleta de vainilla con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1 unidad de galletas para bebés con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1 ó 2 unidades de galleta de soda con mantequilla con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1/2 pan con mermelada de fruta con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	1/2 pan con mantequilla con leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.
<b>10 a.m.</b>	Pera (picada).	Plátano de isla (picado).	Grenadilla (sin color).	Papaya (picada).	Manzana (picada).	Mango (picado).	Melón (picado).
<b>12 p.m.</b>	*Lentejas con higado (sin cáscara). Acompañado con arroz.	*Quinoa con molejita (brócoli + papa + zapallo + molinjo). Acompañado con arroz.	*Salladito de sangrecita (vainita + zanahoria + papa + espinaca + sangrecita de pollo). Acompañado con arroz.	*Guiso de pollo y yuca (yuca + zanahoria + arvejas frescas + tomate + pollo). Acompañado con arroz.	*Puré de papa con sangrecita (papa amarilla + zanahoria + sangrecita de pollo).	*Guiso de carne molida con arvejas partidas (arvejas + zanahoria + carne molida + arvejas partidas).	*Tallarines con carne (fideos + carne molida + arvejas + tomate + zanahoria).
	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o mantequilla + 2 cucharadas leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.
<b>3 p.m.</b>	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o arroz con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o flan de zapallo con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o copitos de nieve o mazamorra de sémola con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o temura plátano (plátano de isla aplastado con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda).	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o mazamorra de sémola con frutas frescas y leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o trigo con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda y/o mazamorra de harina de trigo con leche materna o la leche que el profesional de salud le recomienda.
<b>6 p.m.</b>	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.	Lo mismo del almuerzo.
<b>8 p.m.</b>	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.

**4 COMIDAS AL DÍA**

**ALIMENTOS PICADOS**

**5 a 7 CUCHARADAS**  
(1/4 taza)

### NO OLVIDAR:

\*Se puede usar en su preparación condimentos naturales: canela, clavo, kion, orégano, cebolla, ajos, tomate s. e.

Referencias:

Nutrición con Amor la mejor opción. Recetas para su bebé. Instituto de Investigación Nutricional. Lima-Perú 2006  
Secretaría del Béis. Aprendiendo a comer juntos. Instituto de Investigación Nutricional. Lima-Perú 2002  
Secretaría de Nutrición por etapas de Vida 6 meses a 24 meses. Ministerio de Salud  
Recetas Nutritivas para niños y niñas pequeños. ADRA-PERU. Octubre 2008  
Fundamentos de la Nutrición Pediátrica ILIUDENUT. 1ª edición. Lima-Perú 2010  
Guías alimentarias para niños y niñas cubanos hasta los 2 años de edad. Documento Técnico para los equipos de Salud. La Habana- Cuba 2011



## CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 1, 2, 3, 4

7 a 8 MESES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
8 a.m.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.
10 a.m.							
12 p.m.	Vitaminado de hígado (papa amarilla + zapallo + hígado).	Ricote de huevo (camote + zapallo + yema de huevo).	Puré de papa con sangrecita (papa amarilla + zanahoria + sangrecita pollo).	Puré de hígado con espinaca (papa + 3 hojas espinaca + hígado pollo).	Fideos en salsa de hígado (fideos + tomate + hígado pollo).	Lentejitas con hígado (lentejitas sin cascara) Acompañado con arroz.	Quinua con mtc (lentejitas + zapallo + quinoa + queso) Acompañado con arroz.
	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Adicionar 1 cucharadita aceite o manteca + 2 cucharadas leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.
3 p.m.	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o	Leche materna o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda y/o
6 p.m.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.
	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.	Leche materna y/o la leche de fórmula que el profesional de salud le recomienda.

3 COMIDAS AL DÍA

ALIMENTOS TRITURADOS

3 a 5 CUCHARADAS  
(1/2 taza)

### NO OLVIDAR:

\*Que las menestras se dan COLADAS a partir de los 8 meses.

\*\*Se puede usar en su preparación condimentos naturales: canela, clavo, Kion, orégano, cebolla, ajo.

\*\*\*Los cereales con Gluten como el trigo (pan galleta, fideos), avena y cebada se dan a partir de los 8 meses.

Referencias:  
Nutrición con Amor la mejor opción. Recetas para tu bebé. Instituto de Investigación Nutricional. Lima-Perú 2006  
Secretaría del Reñé. Aprendizaje a comer juntos. Instituto de Investigación Nutricional. Lima-Perú 2002  
Secretaría de Nutrición por etapa de Vida 6 meses a 24 meses. Ministerio de Salud  
Recetas Nutritivas para niñas y niños pequeños. ADRA-PERU. Octubre 2009  
Fundamentos de la Nutricología Pediátrica IJIDENUT. 1ª edición. Lima-Perú 2010  
Guía Alimentación Menor de 2 años. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA). Chile 2006  
Guía alimentaria para niños y niñas cubanos hasta los 2 años de edad. Documento Técnico para los equipos de Salud. La Habana- Cuba 2011  
Alimentación complementaria del Lactante. Manware Castella. 2007



ANEXO N° 01

Carta Circular N° 004-GCF-OGA-ESSALUD-2011

### HOJA DE RUTA MOVILIDAD LOCAL

GERENCIA CENTRAL  
GERENCIA  
SUB GERENCIA

RED ASISTENCIAL JUNIN

NOMBRES Y APELLIDOS

VALE N°

N°	Entidad de Destino	Dirección	Hora		Persona Coordinación/Motivo diligencia	Costo Mov. Local S/.
			Entrada	Salida		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
IMPORTE MOVILIDAD LOCAL						

FECHA

Firma del Jefe inmediato

2



## PAPELETA AUTORIZACIÓN DE PERMISO

SR, JEFE DE DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS: \_\_\_\_\_

DON (ÑA): \_\_\_\_\_ Quien presta servicios en:

\_\_\_\_\_ A ordenes directas del suscrito

Solicita permiso por N° ( ) \_\_\_\_\_ días a partir del

\_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ para atender asuntos motivados por:

\_\_\_\_\_

Huancayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE INMEDIATO  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE  
Firma

RESOLUCIÓN N° 737 - PE.IPSS-38 Art.37: El permiso no constituye un derecho absoluto del trabajador, debiendo solicitar con anterioridad y suscrita por el jefe inmediato.

### CALIFICACIÓN DE CONTROL:

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. a cuenta de vacaciones: _____ | 6. Por Compensación: _____         |
| 2. Sin goce de Haber: _____      | 7. Por Comisión de servicio: _____ |
| 3. Por enfermedad: _____         | 8. Capacitación: _____             |
| 4. Por fallecimiento de: _____   | 9. Licencia Sindical: _____        |
| 5. Por Onomástico: _____         |                                    |

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

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


### CONTROL DE PERSONAL

RESOLUCIÓN N° 737-PE. IPSS-38 Art. 38 Inc. "A", Se concede permiso A cuenta de vacaciones por los siguientes conceptos previamente autorizados por el jefe inmediato y con anticipación. Matrimonio, enfermedad, conyugue, hijos, padres o hermanos, fallecimiento de hermanos.

Se acredita según el caso con edictos o partida de matrimonio, certificado médico y partida de defunción el tiempo otorgado se reduce del periodo vacacional.



**FORMATO No. 1** 24

	<b>AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO</b> LEY 26790 N° 0003801 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud		<b>CODIFICACIÓN</b> uso ESSALUD No.
<b>DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO</b>			
¿Está afiliado al S.C.T.R.? SI <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Apellidos y Nombres:			
Documento de Identidad (D.N.I. - otros)			
Puesto de Trabajo:			
Antigüedad en el Puesto:			
<b>DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA</b>			
Razón Social:			
Código del Empleador			
<b>DATOS DEL ACCIDENTE</b>			
Fecha del accidente:		Hora: Turno: De a hrs	
Dirección del Centro de Trabajo:			
Departamento		Provincia Distrito	
Teléfono:		Fax:	
Lugar donde ocurrió:			
Describa como ocurrió:			
Forma del accidente		Agente causante	
Testigos del Accidente:			
¿Quién lo atendió inmediatamente?			
¿Dónde fue trasladado?			
Declaro que la información presentada en este documento es, verdadera, sujetándome a la verificación posterior de la misma.		ADMISIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL ESSALUD	
Firma de quien lo condujo		Firma y sello de la entidad empleadora	
Fecha, Firma y Sello de Recepción		DNI	
¿Quién lo condujo?			
<b>CERTIFICACIÓN MÉDICA</b>			
Fecha de Atención		Hora Centro Asistencial	
Parte del cuerpo lesionada		Naturaleza de la lesión	
Dx Principal		Otros Factores concurrentes	
Otro Dx		Código CIE-10	
¿Fallecido? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Destino del paciente	
Médico tratante:		Tabla 8	
C.M.P.		Apellidos Nombres	
<b>MUY IMPORTANTE.- La asistencia médica por accidente de trabajo, se brinda sin ningún requisito de calificación previa, basta verificar la condición de trabajador del paciente (Art. 17.5D.S. 003-98-SA).</b>			
Sello y Firma del Médico Tratante			
DISTRIBUCIÓN GRATUITA - LLENAR SIN ENMIENDAS NI TACHADURAS - VER INSTRUCCIONES AL DORSO El presente formulario puede obtenerse a través de la página Web de EsSalud ( <a href="http://www.essalud.gob.pe/seguros/sctr/faccw.pdf">http://www.essalud.gob.pe/seguros/sctr/faccw.pdf</a> )			
<b>COPIA ESSALUD</b>			

REGISTRO DE ATENCIONES - ÁREA NIÑO - ESSALUD TUMAYAMA



AÑOS		4 AÑOS				5 A MÁS	DIAGNÓSTICO	N° Fe		DOSAJE DE HB (VALOR)	N° MMN/Fe	ORDENES DE LABORATORIO		ADMINISTRACIÓN DE VACUNA	OBSERVACIONES
		3	4	1	2			3	4			N° Fe (PROF.)	N° Fe (TTO.)		
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								
							CRECIMIENTO								
							DESARROLLO								

#### CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta  <b>P<sub>i</sub></b>= Puntaje de la oferta a evaluar  <b>O<sub>i</sub></b>=Precio i  <b>O<sub>m</sub></b>= Precio de la oferta más baja  <b>PMP</b>=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></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 **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERÍA VARIOS PARA USO URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMA-RED ASISTENCIAL JUNÍN**, que celebra de una parte SEGURO SOCIAL DE SALUD, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20131257750, 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° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN** para la contratación de **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERÍA VARIOS PARA USO URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMA- RED ASISTENCIAL JUNÍN**, 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 **CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATERÍA VARIOS PARA USO URGENTE EN EL HOSPITAL I TARMA- RED ASISTENCIAL JUNÍN**.

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

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

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

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>32</sup>**

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

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

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada

<sup>32</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.



la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>33</sup>**

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

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

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

<sup>33</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesoria(s), 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.

ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

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

**Importante**

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

**Importante**

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

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

**Importante**

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

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

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

**Importante para la Entidad**

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

**CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Donde:

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

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

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado

por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**Importante**

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

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

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

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

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

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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

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

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

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

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



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

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

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>34</sup>**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
“LA ENTIDAD”

\_\_\_\_\_  
“EL CONTRATISTA”

**Importante**

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>35</sup>.*

<sup>34</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

<sup>35</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

## ANEXOS

## ANEXO N° 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA

Presente.-

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

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>36</sup>		Sí	No
Correo electrónico :			

#### Autorización de notificación por correo electrónico:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>37</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

<sup>36</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>37</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA

Presente.-

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

Datos del consorciado 1				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>38</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>39</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>40</sup>		Sí	No	
Correo electrónico :				

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

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

<sup>38</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> Ibidem.



1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>41</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>41</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

## ANEXO N° 2

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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

### ANEXO N° 3

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente. -

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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

## **ANEXO N° 4**

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente. -

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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



## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA

Presente. -

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>42</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>43</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>44</sup>

<sup>42</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>43</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>44</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

**Importante**

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

## ANEXO N° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA

Presente. -

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente. -

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>45</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>46</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>47</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>48</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>49</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>50</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>45</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>46</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>47</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN “Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz”. Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, “... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe”.

<sup>48</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>49</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>50</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.



Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>45</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>46</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>47</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>48</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>49</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>50</sup>
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**ANEXO N° 9****DECLARACIÓN JURADA  
(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente. -

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

## ANEXO N° 10

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

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

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

Presente. -

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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



## ANEXO N° 11

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 039-2023/ESSALUD-RAS JUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA**

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.*