

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> <div>• Abc</div>	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> <div>• Abc</div>	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> <div>• Xyz</div>	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 sombrear.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

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

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



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

PRIMERA CONVOCATORIA

BASES INTEGRADAS

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

2024

DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

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

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

1.2. CONVOCATORIA

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

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

Importante

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

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

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

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

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

Importante

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

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

Importante

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

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

Importante

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

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

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

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

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

Importante

En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao, cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), a solicitud del postor se asigna una bonificación equivalente al diez por ciento (10%) sobre el puntaje total obtenido por los postores con domicilio en la provincia donde prestará el servicio, o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región. El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP². Lo mismo aplica en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando algún ítem no supera el monto señalado anteriormente.

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

² La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: www.mp.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 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 accesoría, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

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

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

Importante

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

Advertencia

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

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

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

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

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

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

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

3.5. ADELANTOS

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

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

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

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

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

3.8. PAGOS

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

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

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

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

Advertencia

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

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

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

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

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

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

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

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

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

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS ORDINARIOS Y RECURSOS DETERMINADOS

Importante

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

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

NO CORRESPONDE

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

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

Importante

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

1.9. BASE LEGAL

- Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31954, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31955, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Decreto Legislativo N° 1440 - Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF que Aprueba el TUO de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de

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

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

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

Importante

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos³, la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

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

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

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

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁴ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.

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

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

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

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

Importante

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

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁶.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. **(Anexo N° 11)**

Advertencia

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

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

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

2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

N ° de Cuenta : 101-075966
Banco : BANCO DE LA NACIÓN
N° CCI⁷ : 01810100010107596668

2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁸ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁹.
- i) Estructura de costos¹⁰.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete¹¹.

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*

⁷ En caso de transferencia interbancaria.

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

⁹ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

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

¹¹ Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

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

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

Importante

- Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya¹².*
- La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

2.6. FORMA DE PAGO

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

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

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

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

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



FORMATO DE REQUERIMIENTO DE MATERIAL IMPRESO

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

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

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

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

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

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

4. FINALIDAD PUBLICA

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

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

6. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

7. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



8. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

9. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

10. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Cuaderno doble espiral ✓ Formato A5 ✓ 100 hojas cuadriculadas ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

11. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

12. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Papel bond 80gr ✓ Tamaño A4 ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

13. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

14. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Papel bond 80gr ✓ Tamaño A4 ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

15. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

16. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

17. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

18. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

19. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

7

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

20. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



Especifica de Gasto : 23.199.13

21. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

22. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

23. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

24. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

25. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

26. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Tamaño A4 ✓ Un color ✓ Engrapado ✓ 100 hojas o 200 folios ✓ Papel bulki ✓ Tapa y contratapa de cartón a full color ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y con figuras y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 50 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

27. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

28. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

29. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

30. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRÍPTICO EDUCATIVO	5,555	UNIDAD

31. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



REQUISITOS DE
CALIFICACION

✓ Experiencia del postor

32. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
DIPTICO INFORMATIVO	6,250	UNIDAD

33. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Clase formato ✓ Tamaño A5 ✓ Medidas 14.8 cm x 21 cm ✓ Posición vertical ✓ Papel bond 80gr ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

34. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

35. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIPTICO CATARATA	4	MILLAR

36. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Clase formato ✓ Tamaño A4 ✓ Papel bond 80gr ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

37. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

38. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

39. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Clase formato ✓ Tamaño A4 ✓ Papel bond 80gr ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



REQUISITOS DE
CALIFICACION

✓ Experiencia del postor

40. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

41. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

42. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Clase formato ✓ Tamaño A4 ✓ Papel bond 80gr ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

43. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

44. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



45. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

46. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

47. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

48. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FICHA INDIVIDUAL (JUEGO X 35 TARJETAS FULL COLOR)	553	UNIDAD

49. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

50. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

51. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

52. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

53. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	✓ Clase formato ✓ Papel bond 80gr ✓ Tamaño 24cm x 11cm ✓ Full color solo tira ✓ Según modelo
LOGOTIPO	✓ Institucionales.
ACABADO	✓ Colores brillantes y contenido nítido.
EMBALAJE	✓ Paquetes x 100 unidades
REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD	✓ Ficha técnica del bien
REQUISITOS DE CALIFICACION	✓ Experiencia del postor

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



54. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

55. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

56. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

57. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN:

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

58. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

59. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



Especifica de Gasto : 23.199.13

60. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

61. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

62. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

63. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

64. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

65. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

66. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

67. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

68. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

69. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

70. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

71. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



72. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

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

73. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

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

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

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

75. PLAZO DE ENTREGA:

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

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

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

77. GARANTIA COMERCIAL DEL BIEN:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

78. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS:

No corresponde

79. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):

No corresponde

80. FÓRMULA DE REAJUSTE

No corresponde

81. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

82. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

No corresponde

83. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

84. CONFIDENCIALIDAD

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

85. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Experiencia del postor en la especialidad

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

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

86. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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

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

Lic. Erika Salcedo Gómez
COORDINADOR PROGRAMAS PRESUPUESTALES

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



FORMATO DE REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

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

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

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

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

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

4. FINALIDAD PUBLICA

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

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
CONSENTIMIENTO INFORMADO	15,000	UNIDAD

7. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Clase formato✓ Encuadernado u pegado en la parte superior.✓ Tamaño A5✓ Papel periódico✓ Según modelo
-----------------	--

8. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
SOLAPEROS DE METAL	244	UNIDAD

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



9. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

10. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

11. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
VOLANTES	16	MILLAR

12. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

13. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

14. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

15. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



16. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 017 Metaxenicas y Zoonosis
Meta Presupuestal : 039
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

17. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

18. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

19. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 024 Prevencion y control del cáncer
Meta Presupuestal : 049, 050, 054
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

20. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ROTAFOLIO EDUCATIVO	377	UNIDAD

21. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	✓ Tamaño A4
-----------------	-------------

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

22. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 068 Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.
Meta Presupuestal : 066
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

23. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

24. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

25. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

26. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

27. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

28. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

29. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HISTORIA CLINICA ATENCION INTEGRAL	169	PAQUETE

30. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

31. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

32. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA -

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

33. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

34. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

35. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HIS	4	PAQUETE

36. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

37. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

38. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

39. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

40. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

41. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HONOS	2	PAQUETE

42. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

43. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

44. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ZUNG (DEPRESION	40	PAQUETE

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



45. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	✓ Anverso y reverso
	✓ Papel bulki de 75gr
	✓ Tamaño A4
	✓ Presentación, paquete x 500 unidades
	✓ Según modelo

46. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 0131 Control y prevención de la salud mental
Meta Presupuestal : 078
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

47. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO UNICO DE ATENCION PARA EL NIVEL I-3	313	PAQUETES

48. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	✓ Anverso y reverso
	✓ Papel bond 75gr
	✓ Tamaño oficio (21.5 x 33 cm)
	✓ Numeración color negro
	✓ Utilizar tinta seca
	✓ La numeración y cantidad de formatos únicos de atención a empaquetar serán de acuerdo con el anexo
	✓ Presentación paquete x 500 hojas
	✓ C.S.M.C. CAYMA (08)
	✓ C.S.M.C. SAN MARTIN DE PORRES (12)
	✓ C.S.M.C. MAJES (40)
	✓ C.S.M.C. MIRAFLORES (40)
	✓ C.S.M.C. AYELEN (43)
	✓ C.S.M.C. HUNTER (20)
	✓ C.S.M.C. SOCABAYA (30)
	✓ C.S.M.C. SIMON BOLIVAR (34)
	✓ C.S.M.C. YURA (14)
	✓ C.S.M.C. LA JOYA (30)
	✓ C.S.M.C. SAN AGUSTIN (34)
	✓ C.S.M.C. CHIVAY (08)

49. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano
Meta Presupuestal : 092
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

50. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

51. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Cartulina de 70 gr✓ Color blanco✓ Impresión ambas caras✓ Tamaño 9cm ancho x 10cm alto
-----------------	--

52. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano
Meta Presupuestal : 092
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

53. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

54. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Material lona 13oz✓ Resolución impresión 1440 dpi✓ Bolsa para transportar✓ Colgante✓ Con logos de la institución
-----------------	--

55. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 1001 Desarrollo Infantil temprano
Meta Presupuestal : 092
Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

56. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



57. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Material papel couche✓ Tamaño A-3✓ Gramaje 110gr✓ Color de impresión full color
-----------------	--

58. AFECTACION PRESUPUESTAL:

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

59. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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

60. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Presentación unidad✓ Clase formato✓ Tamaño A4✓ Block x 100 hojas✓ Papel bond 80 gr✓ Blanco y negro✓ Presentación, paquete x 500 unidades✓ Según modelo
-----------------	---

61. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TRIPTICO EDUCATIVO	1	MILLAR

62. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Clase afiche✓ Presentación millar✓ Tamaño A4✓ Full color✓ Papel bond 80gr✓ Presentación, paquete x 500 unidades✓ Según modelo
-----------------	---

63. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
FORMATO DE VALORACION DE RIESGO	48	CIENTO

64. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

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

65. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
LAMINAS EDUCATIVOS	21	MILLARES

66. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Clase Laminas Educativas✓ Presentación Millar✓ Tamaño A4✓ Full Color de acuerdo a modelo✓ Gramaje 80 G
-----------------	--

67. PLAZO DE ENTREGA:

✓ Plazo

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

68. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

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

69. PRESTACIONES ACCESORIAS:

No corresponde

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



70. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

71. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

No corresponde

72. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

8

73. CONFIDENCIALIDAD

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

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

74. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Experiencia del postor en la especialidad

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



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

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

75. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE PRESUPUESTO
RED DE SALUD AREQUIPA
Erika Salcedo Gómez
Lic. Erika Salcedo Gómez
COORDINADOR PROGRAMAS PRESUPUESTALES

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

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

MODELO DE FORMATOS REFERENCIALES



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

FECHA FAMILIAR _____

N° HISTORIA CLÍNICA _____

PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Edad del adolescente	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Sesiones	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Evaluación del estado nutricional						
Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva						
Evaluación físico postural						
Evaluación del desarrollo psicológico y de habilidades sociales						
Identificación de factores de riesgo						
Identificación de factores de protección						
[Evaluación del desarrollo sexual (temas)]						
Temas de bienestar						
Percepción de competencias socioemocionales						
Atención individualizada						
Supervisión con riesgo y apoyo técnico						
Cooperación parental						
Atención y seguimiento de riesgo						
Atención y seguimiento de riesgo						
Visión familiar integral						

FECHA FAMILIAR _____

N° HISTORIA CLÍNICA _____

PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Edad del adolescente	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Sesiones	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Evaluación del estado nutricional						
Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva						
Evaluación físico postural						
Evaluación del desarrollo psicológico y de habilidades sociales						
Identificación de factores de riesgo						
Identificación de factores de protección						
[Evaluación del desarrollo sexual (temas)]						
Temas de bienestar						
Percepción de competencias socioemocionales						
Atención individualizada						
Supervisión con riesgo y apoyo técnico						
Cooperación parental						
Atención y seguimiento de riesgo						
Atención y seguimiento de riesgo						
Visión familiar integral						

FECHA FAMILIAR _____

N° HISTORIA CLÍNICA _____

PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Edad del adolescente	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Sesiones	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Evaluación del estado nutricional						
Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva						
Evaluación físico postural						
Evaluación del desarrollo psicológico y de habilidades sociales						
Identificación de factores de riesgo						
Identificación de factores de protección						
[Evaluación del desarrollo sexual (temas)]						
Temas de bienestar						
Percepción de competencias socioemocionales						
Atención individualizada						
Supervisión con riesgo y apoyo técnico						
Cooperación parental						
Atención y seguimiento de riesgo						
Atención y seguimiento de riesgo						
Visión familiar integral						

FECHA FAMILIAR _____

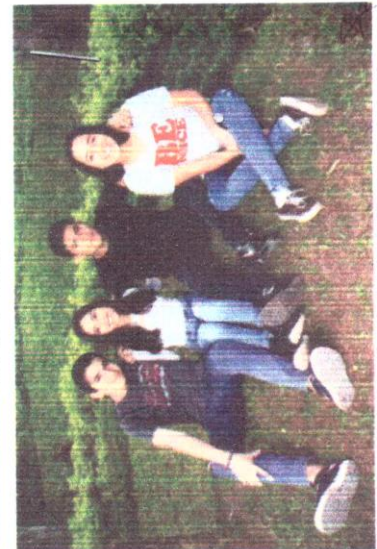
N° HISTORIA CLÍNICA _____

PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Edad del adolescente	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Sesiones	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Evaluación del estado nutricional						
Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva						
Evaluación físico postural						
Evaluación del desarrollo psicológico y de habilidades sociales						
Identificación de factores de riesgo						
Identificación de factores de protección						
[Evaluación del desarrollo sexual (temas)]						
Temas de bienestar						
Percepción de competencias socioemocionales						
Atención individualizada						
Supervisión con riesgo y apoyo técnico						
Cooperación parental						
Atención y seguimiento de riesgo						
Atención y seguimiento de riesgo						
Visión familiar integral						

FECHA FAMILIAR _____

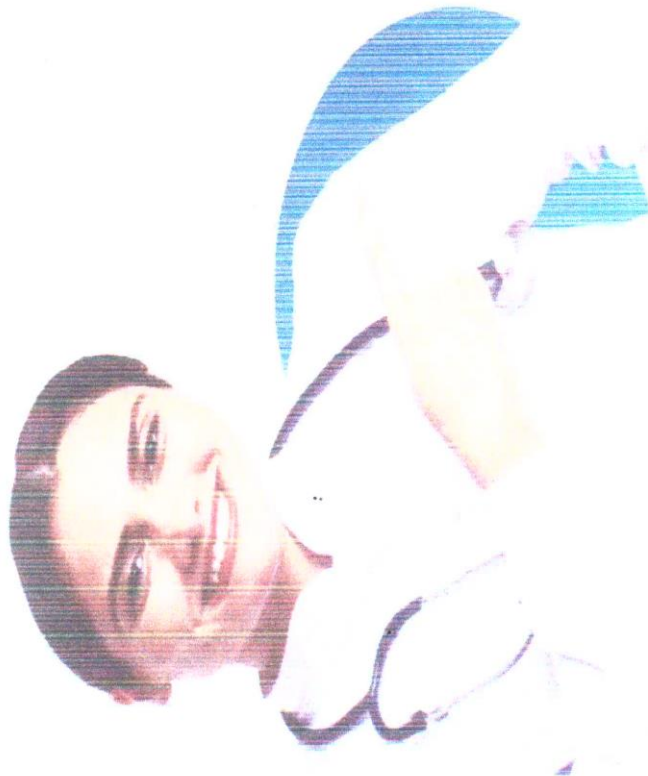
N° HISTORIA CLÍNICA _____



**EL CÁNCER
NO AVISA**
Chequeate a tiempo

5

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL cáncer



1° COMENZAR UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

• **Consumir frutas y verduras:** Consumir frutas y verduras diariamente, ya que contienen fibra y nutrientes que ayudan a prevenir el cáncer. Se recomienda consumir al menos 5 porciones al día.



2° EJERCER FÍSICA REGULARMENTE

• **Ejercer actividad física:** Mantener un estilo de vida activo y hacer ejercicio regularmente ayuda a reducir el riesgo de cáncer. Se recomienda al menos 150 minutos de actividad física moderada por semana.



3° NO CONSUMIR TABACO

• **No fumar:** El tabaco es una de las principales causas de cáncer. Evitar fumar cigarrillos o usar productos de tabaco puede reducir significativamente el riesgo.



4° LIMITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

• **Limitar el consumo de alcohol:** El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de ciertos tipos de cáncer. Se recomienda limitar el consumo a una o dos bebidas alcohólicas por semana.



5° REALIZAR PRUEBAS DE TAMIZAJE

• **Realizar pruebas de tamizaje:** Las pruebas de tamizaje pueden detectar el cáncer temprano, cuando es más fácil de tratar. Se recomienda seguir las recomendaciones de los médicos para las pruebas de tamizaje basadas en la edad y el historial personal.



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

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



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




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




Infórmate, llama gratis a INFOSALUD: ☎ 0800-10828

El Perú PRIMERO




PERÚ
Ministerio de Salud

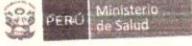
Protege a tu bebé
del VIH, sífilis
y hepatitis B




¡hazte la prueba!



GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

 **Ministerio de Salud**

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

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

Yo, _____
(Apellidos y Nombres)

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

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

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

Fecha: / /

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

HUELLA DIGITAL
Dedo índice derecho
de la usuaria DNI: _____

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

Firma o Huella digital
Representante Legal DNI: _____

HUELLA DIGITAL
Dedo índice derecho
de la usuaria

Formato de Cita para pacientes



ESTRATEGIA SANITARIA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

CUADERNO DE CITAS



152

104

Señales de alarma durante el embarazo

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

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



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



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

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



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

Alianza Intersectorial por una Maternidad Saludable y Segura

**Salud
Nueva
Actitud**



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

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

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

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

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

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



GOBIERNO REGIONAL
RED DE SALUD AREQUIPA



PERÚ
Ministerio de Salud

PREVENCIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES Y RECÉN NACIDOS



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

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

Come verduras y frutas de colores cada día







Sulfato Ferroso + Ácido Fólico

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





— Teléfono: .

F.F./H.C.

Observaciones:

2

MOCO CERVICAL

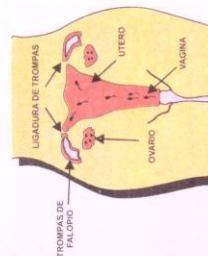


Es una sustancia parecida a la clara del huevo, muy filante que al tomarla entre los dedos se alarga hasta 8 o 10 cm., que sale por la vagina durante la ovulación, y que indica que la mujer está en período fértil.

MÉTODOS DEFINITIVOS

ESTERILIZACIÓN FEMENINA O LIGADURA DE TROMPAS

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



Al igual que otra cirugía, la esterilización se realiza para que sea permanente; es preciso que la pareja este completamente segura que no desea tener más hijos.

La ligadura de trompa es uno de los métodos más efectivos.

VASECTOMIA

La vasectomía es una operación sencilla, mediante la cual se cierran los conductos que llevan los espermatozoides de los testículos al pene.

La operación es practicada por un médico en el consultorio o en un hospital.



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

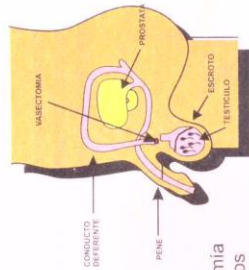
Planifica tu futuro

*Tu decide cuando
y cuantos hijos tener*



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

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



La vasectomía es uno de los métodos mas efectivos.

USTEDES SON LO MAS IMPORTANTE

Por eso, en este Servicio de planificación familiar:

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

La atención es gratuita

PARA CUALQUIER CONSULTA, LOS ESPERAMOS

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

PERU MINISTERIO DE SALUD

Institución: CIRIS DIFESA/GERESA: N° de caso:

Red de Salud: Microrred de Salud: Fecha de registro:

E.S.

Código SIGTB: N° Historia Clínica: Tipo de seguro: N° afiliación:

Datos de la persona afectada por tuberculosis

Apellidos:

Nombres: Sexo:

Edad:

Tipo de Doc. de identidad:

☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ Carnet de extranjería ☐ Otro N° de documento:

Lugar de residencia

Dirección:

Departamento: Provincia:

Distrito: Pertenencia étnica:

Fecha de DX.

Esquema de tto. (especificar en siglas)

Transferencia recibida (indicar fecha)

Situación inicial

☐ Inició tratamiento ☐ Fallecido (sin iniciar tratamiento)

☐ Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)

Especificar: ☐ En espera de tto ☐ Sin tto definido

Fecha de fallecimiento:

Lugar de fallecimiento: Domicilio ☐ Hospital ☐ Otro ☐

Causa asociada a tuberculosis: SI ☐ NO ☐

Localización de la TB

☐ Pulmonar ☐ Extrapulmonar

Especificar:

TB miliar: SI ☐ NO ☐

Confirmación histopatológica: SI ☐ NO ☐

Condición de ingreso

☐ Nuevo ☐ Pérdida en el seguimiento recuperado

☐ Recaída ☐ Tratamiento fallido

Batería de análisis

☐ Completa ☐ Parcial ☐ No realizada

TAMIZAJE DE VIH	Fecha	Resultado	TAMIZAJE DE DM	Fecha	Resultado
Consejería pre test VIH			Prueba de Glicemia en ayunas (si el resultado es ≥ 126 mg/dl repetir el examen en menos de 72 hrs)		
Prueba de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas		
TB-VIH			TB-DM		
Dx. VIH previo a TB.			Dx. DM previo a TB		
Dx. VIH durante tto TB			Dx. DM durante tto TB		
CD4 (último resultado)					
Inicio de TPC					
Inicio de TARV					

MINISTERIO DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, HÍGADO Y DIABETES

640

ANEXO N° 01 FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA

1. DISA/DIRESA: _____ Red de Salud: _____
EESS: _____ 2. Servicio: _____ Cama N°: _____

3. _____ Edad: _____ Sexo: _____
Apellidos y Nombres
Hist. Clínica: _____ ONI: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Provincia: _____ Distrito: _____
Referencia: _____ Correo electrónico: _____

4. Tipo de Muestra: Esputo: ☐ Otro: ☐ Especificar: _____

5. Antecedente de tratamiento: Nunca Tratado: ☐ Antes tratado: Recaida: ☐ Abandono Recup.: ☐ Fracaso: ☐

6. Diagnóstico: S.R.: ☐ Sig. Diagnóstico: ☐ Rx Anormal: ☐ Otro: ☐

7. Control de Tratamiento: Mes: ☐ Esq. TB sensible: ☐ Esq. DR: ☐ Esq. MDR: ☐ Esq. XDR: ☐ Otros: ☐

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M: ☐ 2da M: ☐ Otros (especificar N°): _____ Cultivo: ☐

Prueba de Sensibilidad: Rápida: ☐ Especificar: _____ Convencional: ☐ Especificar: _____
Otro examen (especificar): _____

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: _____

10. Fecha de obtención de la muestra: _____ 11. Calidad de la muestra: Adecuada: ☐
Inadecuada: ☐

12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: _____
Teléfono celular: _____ Correo: _____

13. Observaciones: _____

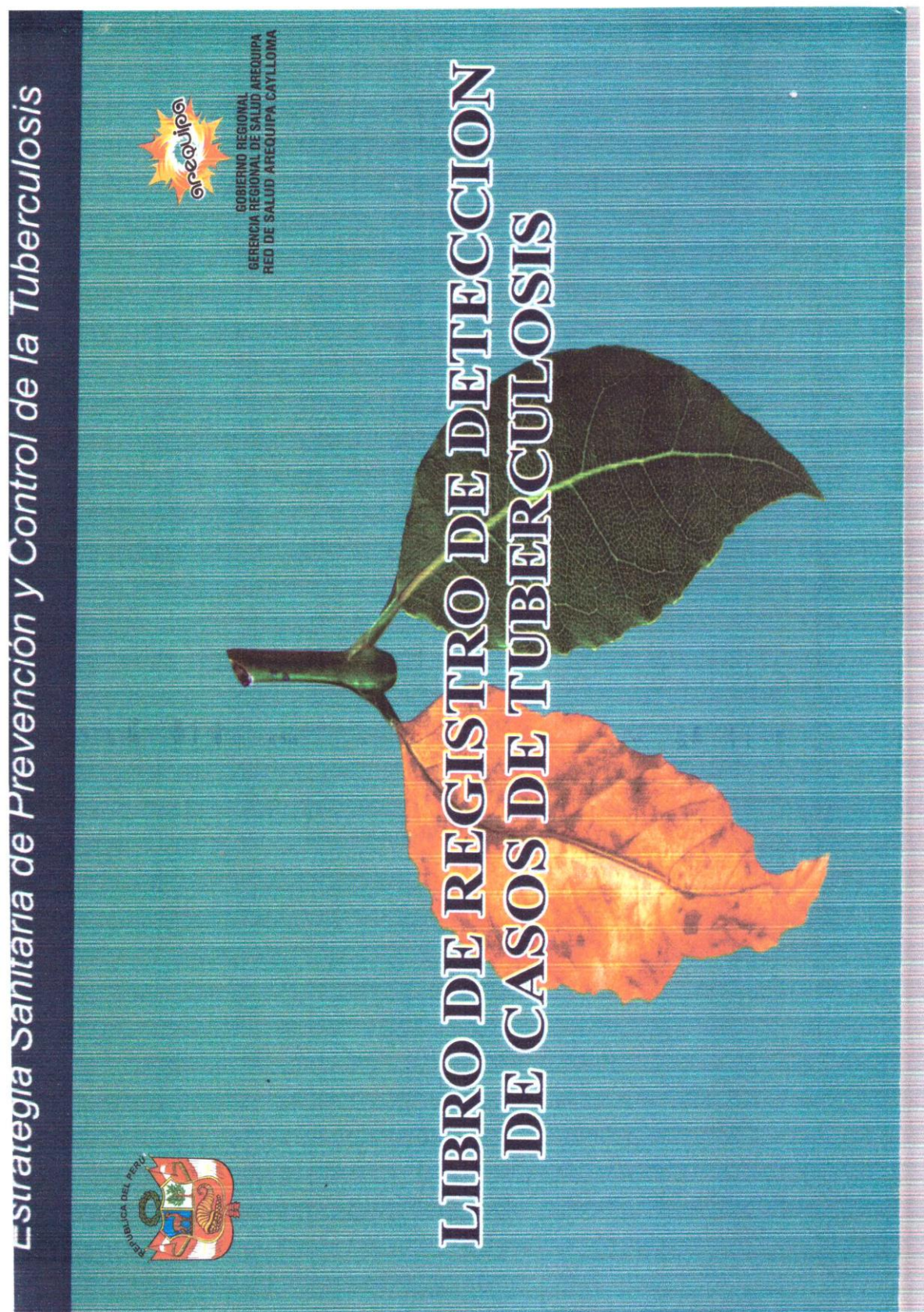
(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

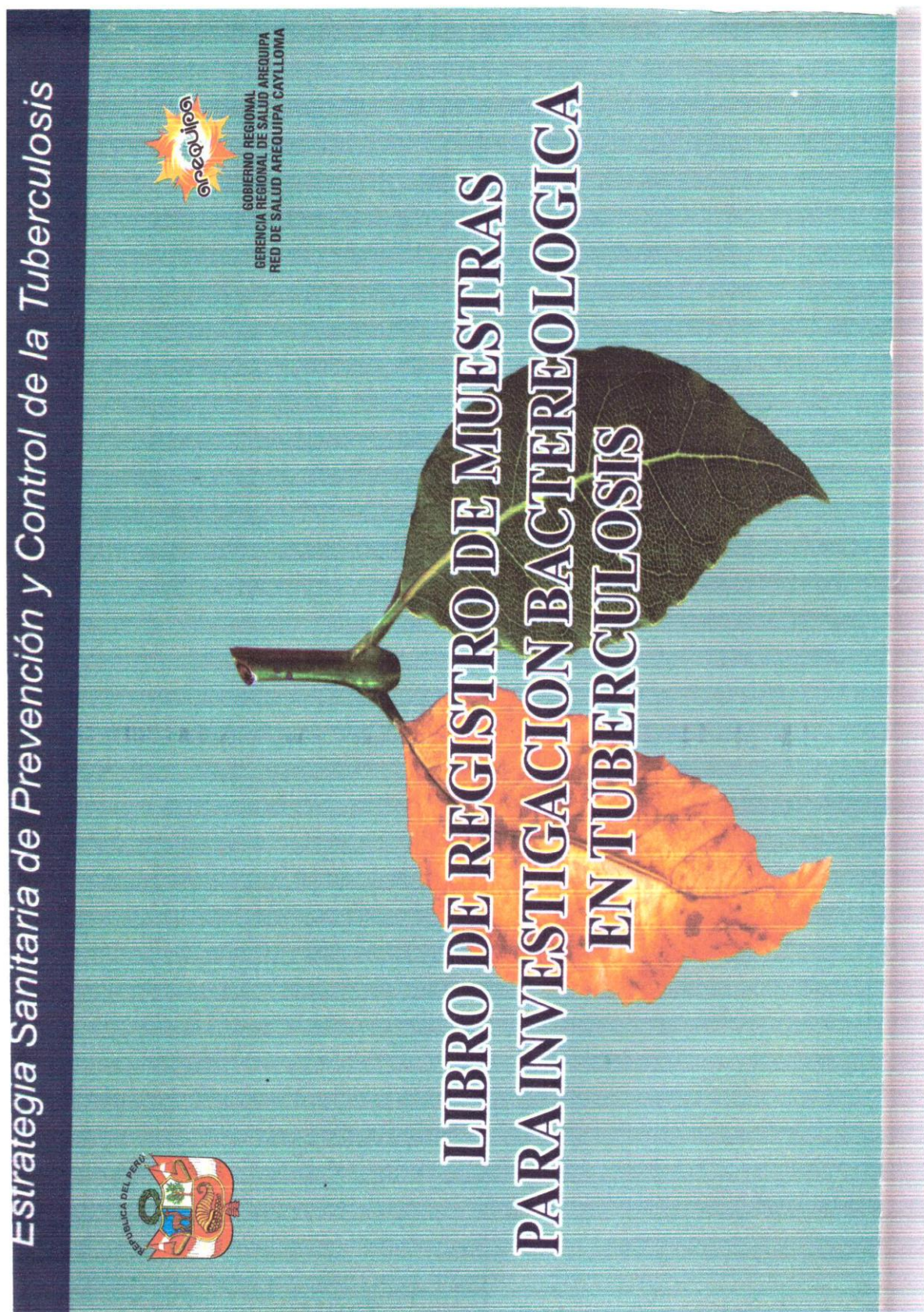
14. RESULTADOS:

15. Apellidos y Nombres del Laboratorista: _____ 16. Fecha de entrega: _____

17. Observaciones: _____

92





Operación De Catarata

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

Se usa la técnica operatoria más adecuada para cada paciente.

Después de la operación

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

Costo de la Operación

Completamente gratuito para los inscritos en el SIS y Pacientes Pobres.



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

Pero está ceguera es recuperable

CUIDEMOS NUESTROS OJOS, ES UN DON PRECIOSO

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

La CEGUERA por CATARATA tiene... Solución



LA CIRUGIA DE CATARATA ES GRATIS

y es Segura

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE MEDIRSE LA PRESIÓN ARTERIAL?

Porque es la única forma de saber si tenemos presión alta. La hipertensión arterial puede ser identificada y tratada de manera precoz, así se evitan posibles alteraciones en el corazón, cerebro, riñón y ojos.



COMPLICACIONES:

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



DERRAME CEREBRAL

Primera causa de discapacidad en el mundo



INFARTO CARDIACO

Primera causa de muerte en el mundo



DAÑO OCULAR

Lleva a la ceguera



INSUFICIENCIA RENAL

Lleva a la hemodiálisis

RECUERDA

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

MEDIDAS PREVENTIVAS:

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

- Mantener el peso ideal
- Realizar actividad física al menos 30 minutos al día
- Reducir el consumo de sal
- Reducir el consumo de grasas de origen animal
- Evitar el consumo de alcohol
- Eliminar el consumo de tabaco y evitar exponerse a su humo

FALSAS CREENCIAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



"No tengo presión alta porque no me duele la cabeza ni la nuca, tengo buena vista, estoy tranquilo y duermo bien"



FALSO: La presión arterial elevada por lo general no produce signos ni síntomas, en silencio.



"La hipertensión arterial es una enfermedad solo de personas adultas mayores"



FALSO: La presión arterial debe ser controlada en todas las etapas de vida incluyendo a las gestantes. La hipertensión en niños y adolescentes existe, pero no es identificada porque no se acostumbra medirles la presión

ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCANO A TU DOMICILIO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

VIA DE LA SALUD SIN - CERCADO
Línea Gratuita 0800-15200

MANTENIENDO TU PESO ADECUADO
Y CONSUMIENDO MENOS SAL PREVIENES LA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Para más información llama gratis a
INFOSALUD 0800-10828



GERENCIA REGIONAL DE SALUD



PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD OCULAR

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

FINALIDAD: Promover comportamientos / prácticas saludables

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

RED DE SALUD
AREQUIPA CAYLLOMA
ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD OCULAR Y
PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

LOGO GORE
AREQUIPA

EN CASO DE PROBLEMAS
VISUALES, ACUDIR AL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
MAS CERCA

No te olvides de:



❖ Aumentar la adaptación de comportamientos saludables, evita afecciones oculares, discapacidad visual y promueve el desarrollo integral.

Elaborado por: Ministerio de Salud (Perú), Banco Mundial Perú, The Government of Japan, Japan Social Development Fund, Fondo de las Américas Perú.














EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO

HC _____

Ficha familiar _____

Nombre del niño/niña _____

Mis acuerdos y compromisos

	edad en meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
 Dar solo leche materna hasta los 6 meses. Continuar la lactancia materna hasta los 2 años.												
 Dar comida espesa desde los 6 meses.												
 Dar alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado, huevo) cada día.												
 Darle 3 comidas al día. A partir del mes 9 aumentar 1 o 2 refrigerios más.												
 Darle medio plato de comida desde los 6 meses, aumentando a un plato al año de edad.												
 Darle verduras y frutas todos los días.												
 Darle habas, frejoles, lentejas a su niño/niña.												
 Darle gotas o jarabe de sulfato ferroso o micronutrientes.												
 Lavarse las manos y las manos del niño/niña.												
 Anime a su hijo/hija a comer y hablele cariñosamente.												
 Si su niño/niña está enfermo darle de comer más veces al día.												
Que la familia le apoye con la alimentación de su hijo/hija.												
¿ Está creciendo bien ?	si	no										

costa

Agudeza visual
equivalente a
6 Metros

$\frac{20}{200}$

E

1

$\frac{20}{100}$

F P

2

$\frac{20}{70}$

T O Z

3

$\frac{20}{50}$

— L P E D — 4

$\frac{20}{40}$


P E C F D 5

$\frac{20}{30}$

E D F C Z P 6


En cara posterior es posicional COORDINAR

82



PERÚ
Ministerio de Salud


**CARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DEL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**



GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

FICHA FAMILIAR

Código de Afiliación	HCL
Nombre del Niño	
Fecha de Nacimiento	DNI
Nombre de la Madre	DNI
Nombre del Padre	DNI
Dirección	
Lugar de Atención	Teléfono



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

Anotar Fechas


CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

BCG (TUBERCULOSIS) (RN)	HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)
ANTIPOLIO	
1º dosis (2 meses) INY-IPV	2º dosis (4 meses) INY-IPV 3º dosis (6 meses) ORAL-AP0
PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)	
1º dosis (2 meses)	2º dosis (4 meses) 3º dosis (6 meses)
NEUMOCOCO	
1º dosis (2 meses)	2º dosis (4 meses) 3º dosis (12 meses)
ROTAVIRUS	
1º dosis (2 meses)	2º dosis (4 meses)
INFLUENZA	
1º dosis (6 meses)	2º dosis (6 meses)
1 Año	2 Años 3 Años 4 Años
SPR (SARAMPIÓN, PÁPERA, RUBÉOLA)	
1º dosis (12 meses)	2º dosis (18 meses) (12 meses) (15 meses) (15 meses)
ANTIAMARILICA	
REFUERZOS	
1º Ref. DPT (18 meses)	2º Ref. DPT (4 años)
1º Ref. Antipolio (Oral 18 meses)	2º Ref. Antipolio (Oral 4 años)
OTRAS VACUNAS	



PERU

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

N° HISTORIA CLINICA

Código de Afiliación HCL

Nombre de la Niña


Fecha de Nacimiento DNI

Nombre de la Madre DNI

Nombre del Padre DNI

Dirección

Lugar de Atención Teléfono



VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

BCG (TUBERCULOSIS) (RN)

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)

ANTIPOLIO

1° dosis (2 meses) INY-IPV 2° dosis (4 meses) INY-IPV 3° dosis (6 meses)

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)

1° dosis (12 meses) 2° dosis (4 meses) 3° dosis (6 meses)

NEUMOCOCO

1° dosis (2 meses) 2° dosis (4 meses) 3° dosis (12 meses)

ROTAVIRUS

1° dosis (2 meses) 2° dosis (4 meses)

INFLUENZA

1° dosis (6 meses) 2° dosis (18 meses)

1 Año 2 Años 3 Años 4 Años

SPR (SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBEOLA)

1° dosis (12 meses) 2° dosis (18 meses)

ANTIAMARILICA

1° dosis (15 meses)

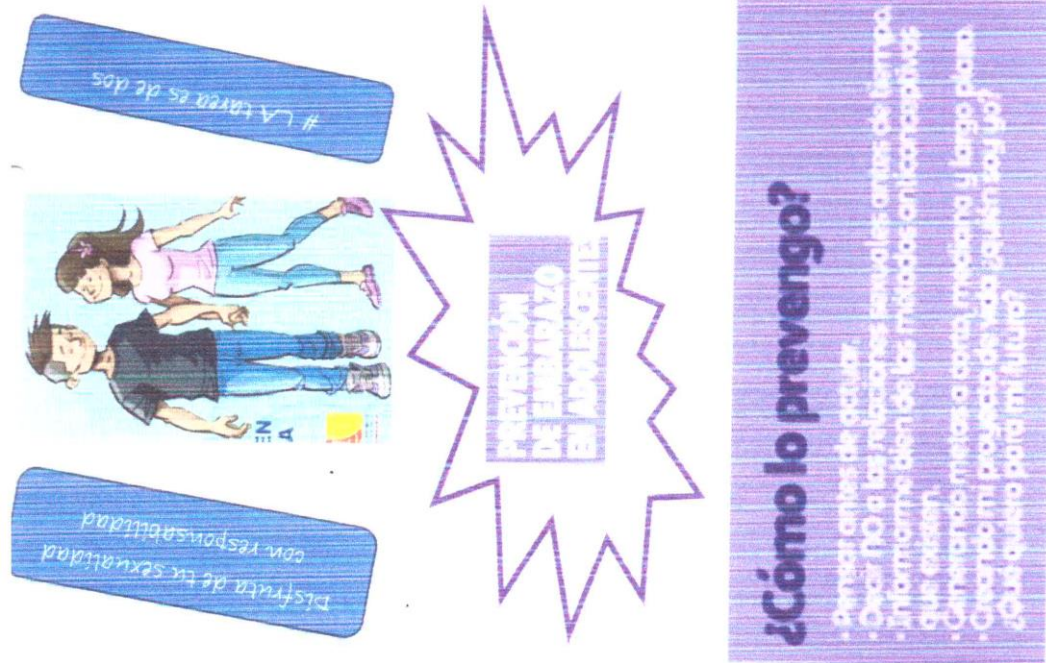
REFUERZOS

1° Ref. DPT (18 meses) 2° Ref. DPT (4 años)


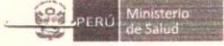
1° Ref. Antipolio (Oral 18 meses) 2° Ref. Antipolio (Oral 4 años)

OTRAS VACUNAS





610



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

Yo, _____
(Apellidos y Nombres)

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

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

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

Fecha: / /

Firma o Huella digital
Usuario

HUELLA DIGITAL
Dedo índice derecho
de la usuaria

DNI:

Firma y sello
Consejero (a)

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

Firma o Huella digital
Representante Legal

HUELLA DIGITAL
Dedo índice derecho
de la usuaria

DNI:

62



603

NO TE OLVIDES:

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

JUNTOS podemos PREVENIR el DENGUE

¡SIN CRIADEROS, NO HAY ZANCUDOS!

06

¡Sin criaderos
NO HAY
zancudos

Elimina los criaderos del zancudo

GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

81

606 +
00000021

Agudeza Visual
equivalente a
6 Metros

$\frac{20}{200}$

E

1

$\frac{20}{100}$

F P

2

$\frac{20}{70}$

T O Z

3

$\frac{20}{50}$

L P E D

4

$\frac{20}{40}$

P E C F D

5

$\frac{20}{30}$

E D F C Z P

6

58

607

RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

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

En caso de nueva mordedura presentar este carné.



Establecimiento de Salud: _____

CARNÉ DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA

Nombre: _____

Edad: _____ DNI: _____

Dirección: _____

N° H. Cl: _____

N° Reg. Notificación Acc. Mord: _____

N° Reg. Personas en Vacunación: _____

EVITA LA RABIA

"NO ABANDONES EL TRATAMIENTO PORQUE
PONES EN PELIGRO TU VIDA"

59

CARNÉ DE
VACUNACIÓN
MAYORES DE 5 AÑOS



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

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

6058-

6058-

¡Cuidado con el
sarampión!

Es más contagioso que la COVID-19

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

Primera dosis a los
12 MESES

Segunda dosis a los
18 MESES

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

6058-



Logo
Institucional

Banner

55

606




BANNER VACUNACIÓN CONTRA LA
NEUMONÍA

54

601

Vacúnate contra la Influenza


¿Cómo prevenir la influenza?



Vacúnate, es la única forma para prevenir esta enfermedad.

¿Sabes qué es la influenza?

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



¿Cómo se contagia?


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

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


Prácticas saludables ante las bajas temperaturas

Ventila los ambientes donde te encuentres







Abrígate adecuadamente cuando hace frío






Ante la dificultad para respirar, acude al establecimiento de salud más cercano. No te automediques.



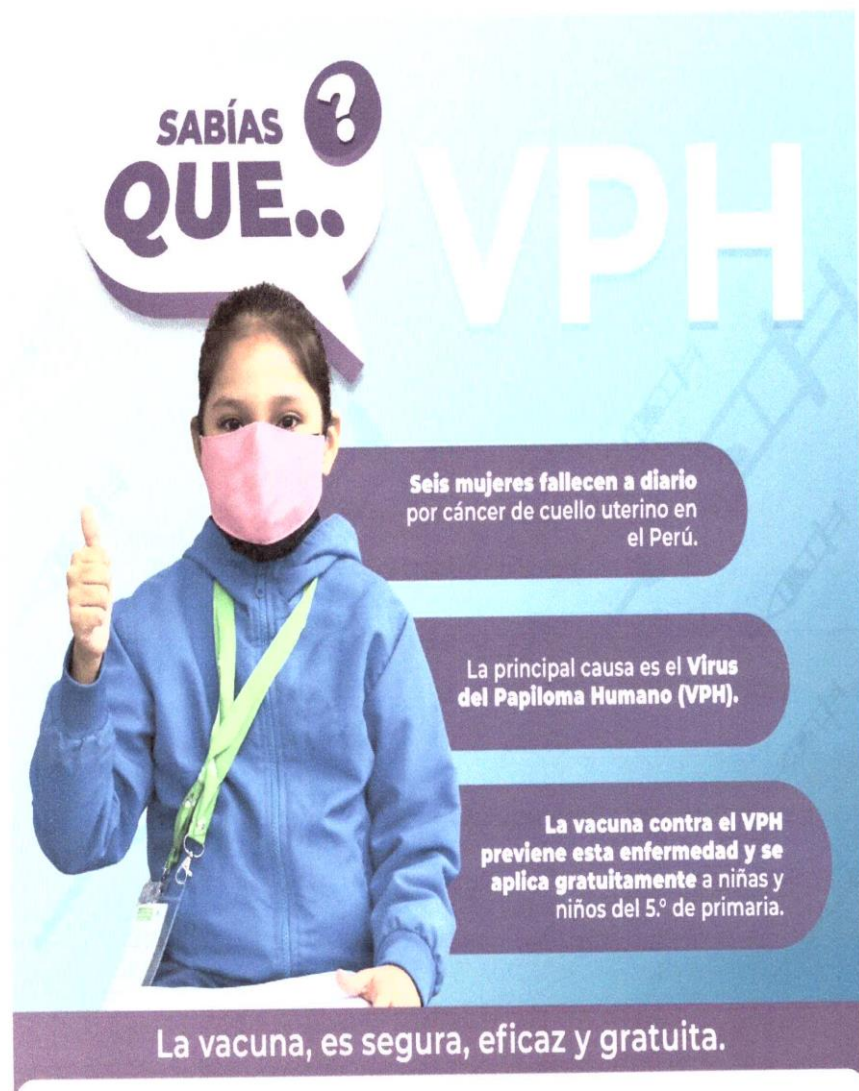






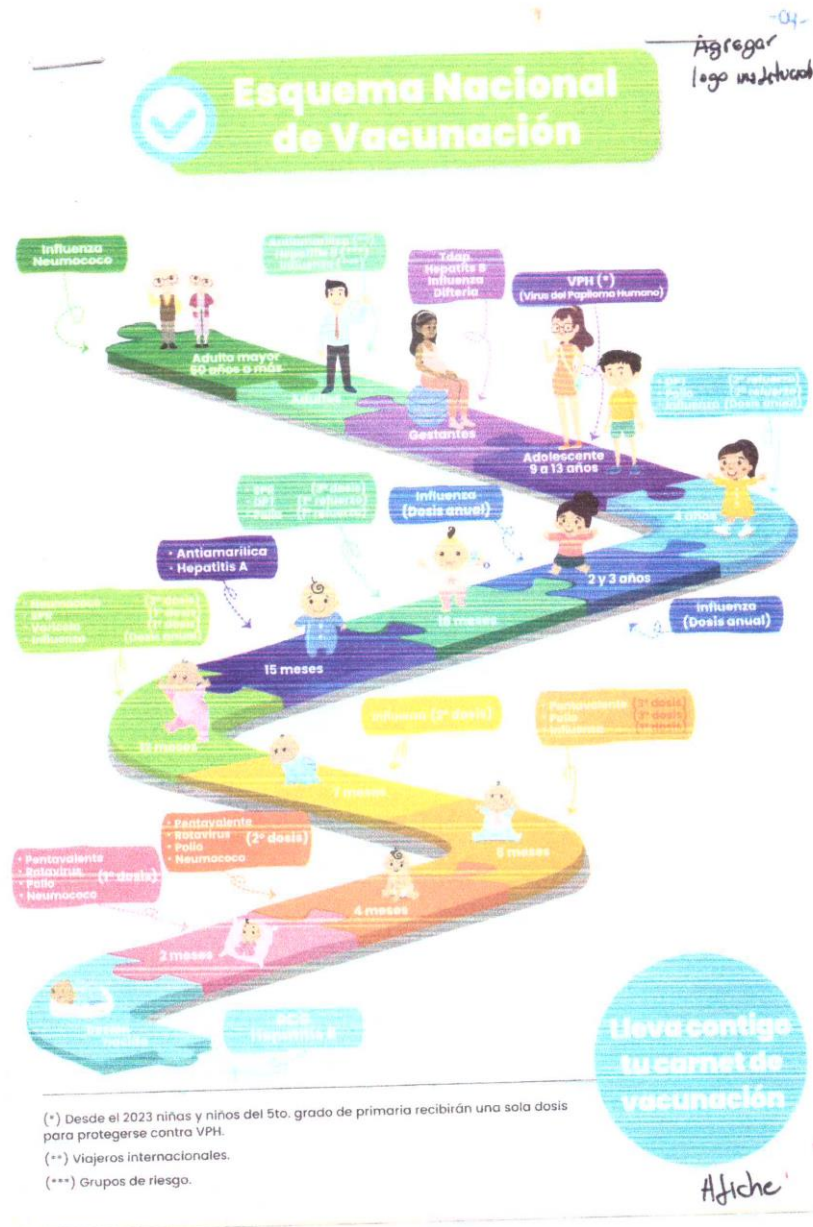
BANNER VACUNACIÓN CONTRA LA
INFLUENZA

53



Logo
Institucional

Banner 52



Lo vacuno, lo protejo

Completa tu Esquema Nacional de Vacunación



Las vacunas son seguras, gratuitas y salvan vidas

Acude al centro de salud más cercano o llama al 113

OPCIÓN 1



PERÚ

Ministerio de Salud



Siempre con el pueblo



Afiche
BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

Agrega logo institucional

000000 55 -02-

¡Cuidado con el sarampión!

Es más contagioso que la COVID-19

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



Primera dosis a los
12 MESES

Segunda dosis a los
18 MESES

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



Logo
Institucional

Aliche

47



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



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

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

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

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

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

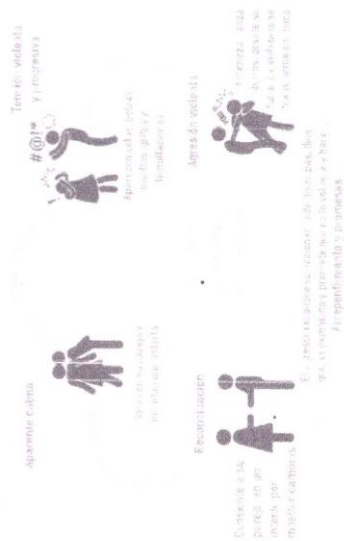
Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

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

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

Escaneado con CamScanner

CICLO DE VIOLENCIA



NO LO IGNORES, rompe el ciclo...no más violencia contra las mujeres.

FOR TU SEGURIDAD:

- Si por alguna razón tienes que salir muy temprano o transitas por la calle a altas horas de la noche, procura conducirte por lugares transitados e iluminados.
- Al abordar un medio de transporte público, verifica que vayan más pasajeros.
- Evita transitar por zonas deshabitadas o muy aisladas.
- Trata de mantener una actitud reservada con personas que hayas conocido recientemente y antes de

- aceptar cualquier invitación piénsalo, muchos de los agresores tratan de ganarse la confianza de la víctima siendo amables y agradables.
- Sin un amigo, conocido o familiar te hace insinuaciones deshonestas u obscenas, así como ofertas de dinero, revela los hechos a las personas en quien más confías (padres, tíos, profesor, policía, etc.)

¡ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO A TU DOMICILIO!



Ubicaciones	DIRECCIÓN DEL CENTRO	TELÉFONO
CSMCA CAYMA	Comp. Ind. Hab. Industrial E-10 Vialidad Sur 12 km. H-12 E-10 Av. Sur de Cayma - Cayma	052-81 719749
CSMCA MIRAFLORES	Urb. Unión Chiriquí 28 Miraflores	052-81 719749
CSMCA AYLEN	Calle 1 Sur - La B. 10 km. N. Cayma - Miraflores	052-81 719749
CSMCA BOLIVAR	Av. Eliseo B-10 km. Sur de Bolívar Cayma - Miraflores	052-81 719749
CSMCA MAJES	Sector de la Cuchuma - E-10 Majes	052-81 719749
CSMCA SOTACABAYA	Av. Antonio Huamán - E-10 Sotacabaya	052-81 719749
CSMCA VIRREY	Urb. Virrey - E-10 Virrey	052-81 719749
CSMCA DE ROSARIO	Calle 1 Sur - E-10 Rosario	052-81 719749
CSMCA UNESA	Av. Unión - E-10 Unesa	052-81 719749
CSMCA YUNA	Calle 1 Sur - E-10 Yuna	052-81 719749
CSMCA VARGAS C.	Calle 1 Sur - E-10 Vargas C.	052-81 719749
CSMCA CHIVAY	Calle 1 Sur - E-10 Chivay	052-81 719749



PREVENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



¡NO ESTÁS SOLA, DENUNCIA!

Anexo A



RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
UNSA

FICHA SOCIAL

N° DE HISTORIA CLÍNICA

0000031

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELF./CEL: _____

DIRECCIÓN: _____ DNI: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: (M) (F)

SEGURO: _____ OCUPACIÓN: _____ TIPO DE

INSTRUCCIÓN: _____ GRADO DE

DIAGNOSTICO: _____

HORA: _____ FECHA: _____

2. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO: _____

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

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

4. GENOGRAMA

SÍMBOLOS PARA LA ESTRUCTURA	GENOGRAMA (ESTRUCTURAL Y DE RELACIONES FAMILIARES)
<p> <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> ESTACIÓN <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> NATIMUERTO <input type="checkbox"/> PROVOCADO </p>	
<p>SÍMBOLOS PARA LAS RELACIONES FAMILIARES</p> <p> <input type="checkbox"/> MUY ESTRECHA <input type="checkbox"/> ESTRECHA <input type="checkbox"/> INTERRUMPIDA <input type="checkbox"/> DISTANTE <input type="checkbox"/> CONFLICTIVA <input type="checkbox"/> ESTRECHA Y CONFLICTIVA </p>	

588 57
00000342

5. TIPO DE FAMILIA

UNIPERSONAL () MONOPARENTAL () NUCLEAR () RECONSTRUIDA ()

6. SITUACIÓN ECONÓMICA: CONDICIÓN LABORAL: Dependiente () Independiente ()

Tipo de Actividad: Ingreso Mensual:

INGRESO FAMILIAR	
PADRE	
MADRE	
HIJOS	
OTROS ESPECIF.	

EGRESOS	
ALIMENTACIÓN	
SERVICIOS	
EDUCACIÓN	
VIVIENDA	
OTROS	

OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

7. Situación de la vivienda

- TIPO DE VIVIENDA:

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

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

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

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

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

- SERVICIOS BÁSICOS: Agua: Conexión domiciliaria () Pileta () Luz: Eléctrica () Vela ()

Desagüe: Conexión domiciliaria () Letrina () Otro: _____

8. VALORES Y CREENCIAS

Valores:	
religión	

9. RIESGO DEL ENTORNO (Marca con X)

Pandillaje, Delincuencia	
Alcoholismo	
Hacinamiento	
Otros	

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

11. DIAGNÓSTICO SOCIAL

12. SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

13. OBSERVACIONES

ENTREVISTADOR

ENTREVISTADO

582 28
00000034

PROFESIONAL A CARGO: _____

[illegible]

MOTIVO DE LA CONSULTA

EVALUACION DE PSICOMOTRICIDAD

OBSERVACIONES

PSICOMOTRICIDAD FINA

PSICOMOTRICIDAD GRUESA

EVALUACION DE PREFERENCIA E INTERESES

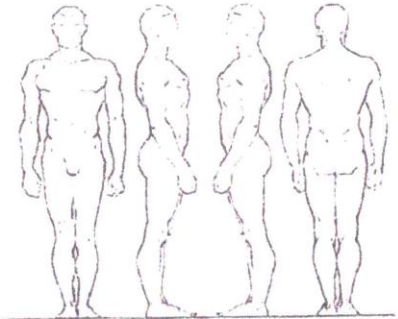
EVALUACION DE PREFERENCIA INTERESES					
	PARTICIPACION	OBSERVACIONES		PARTICIPACION	OBSERVACIONES
1	Habito de lectura		8	Cantar/Pinrura/Baile	
2	Juegos de mesa		9	Hacer ejercicios	
3	Actividades de cocina		10	Montar a Caballo	
4	Jardineria		11	Actividades, deportivas	
5	Ser voluntario		12	Viajar	
6	Cuidar mascotas		13	Manualidades	
7	Tocar inst. musical				

ASPECTOS CONSIDERADOS DESDE EL AMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

AREAS OCUPACIONALES	
AVD	
TRABAJO	
OCIO	
PARTICIPACION	

586 4
000000310

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

PUNTOS DOLOROSOS				DETALLE									
				E.V.A.									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				SÍNTOMAS									
				PUNTOS DOLOROSOS									
				TRATAMIENTO									

EVALUACIÓN DE INICIAL

EVALUACION DE CONTROL

EVALUACION FINAL

ACTIVIDAD A DESARROLLAR EN LABORTERAPIA

38

Anexo C



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



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

1.- DATOS GENERALES

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

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

2.- SITUACIÓN ENCONTRADA

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

3.- ACUERDOS

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

SI NO SE REALIZÓ LA ENTREVISTA

- No se ubicó el domicilio ()
- No se ubicaba en el domicilio ()

OBSERVACIONES:

.....
.....

ENTREVISTADO

ENTREVISTADOR

d 37

Anexo D

584 25
0000033



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

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ DNI: _____ SEXO: _____ EDADE: _____ HCL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____ REFERENCIA: _____ ACOMPAÑADO POR: _____ HORA: _____

FUENTES DE INFORMACION USUARIO: FAMILIAR: _____ ALERGIAS: _____

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES: _____

ANTECEDENTE ENFERMEDADES FISICAS PERSONALES: _____

DOMINIO 1. PROMOCION DE LA SALUD	DOMINIO 5. PERCEPCION/ COGNICION	DOMINIO 8. SEXUALIDAD
ENFERMEDAD ACTUAL: _____	ORIENTACION TIEMPO: () ESPACIO: () PERSONA: ()	ESTADO CIVIL: SOLTERO: () CASADO: () VIUDO: ()
CONOCE SOBRE SU ENFERMEDAD: SI () NO ()	DETORNO SENSORIAL: SI () NO ()	CONVIVIENTE: () SEPARADO: () DIVORCIADO: ()
HABITOS NOCTIVOS: ALCOHOL: SI () NO () TABACO: SI () NO ()	ASPECTO GENERAL: ADECUADO: () DESCUIDADO: () EXAGERADO: ()	NUMERO DE HIJOS: FELICIDAD CONYUGAL: SI () NO ()
MEDICACION QUE TOMA EN CASA: _____	ALTERACION DE LA MEMORIA: RECIENTE: () REMOTA: ()	PROBLEMAS DE IDENTIDAD SEXUAL: SI () NO ()
CONOCE LOS FARMACOS QUE TOMA: SI () NO ()	ALTERACIONES SENSORIALES: SI () NO ()	ANTECEDENTES DE ITS: SI () NO ()
CUMPLE CITAS MEDICAS: SI () NO ()	AUDITIVAS: () VISUALES: () OLFACTIVAS: ()	MENSTRUACION: SI () NO ()
CUMPLE TRATAMIENTO: SI () NO ()	LENGUAJE: NORMAL: () LENTO: () ACCELERADO: ()	DISMENORREA: SI () NO ()
DOMINIO 2. NUTRICION	DOMINIO 6. AUTO PERCEPCION	DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL STRESS
PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ DX: _____	CONCEPTO DE SI MISMO: POSITIVA: () NEGATIVA: ()	RESPUESTA AL STRESS: TRANQUILIZADO: () AGRESIVO: () TRISTE: ()
APETITO: DISMINUIDO: () NORMAL: () AUMENTADO: ()	SENSACION DE FRACASO: FAMILIAR: () LABORAL: () PERSONAL: ()	PREOCUPADO: () TEMEROSO: () NERVIOSO: ()
PRESENCIA NAUSEAS: SI () NO ()	CONDUCTA INTROVERTIDO: () EXTROVERTIDO: ()	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO: NEGATIVA: () POSITIVA: ()
VOMITOS: SI () NO ()	AUTO CUIDADO: PARTICIPA: () NO PARTICIPA: ()	FOBIAS: SI () NO ()
CAMBIO DE PESO ULTIMOS SEIS MESES: SI () NO ()	ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL: SI () NO ()	INTENTO DE SUICIDIO: SI () NO ()
ALIMENTACION DIETAS: SI () NO ()	PERDIDA DE UNA PARTE CORPORAL: _____	ESPECIFIC QUE: _____
AUMENTOS NO PERMITIDOS: _____	AUTOESTIMA: NORMAL: () BAJA: () ALTA: () INDEFENIDA: ()	DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES
DOMINIO 3. ELIMINACION	DOMINIO 7. ROL / RELACIONES	RELIGION QUE PROFESA: _____
HABITOS VESICALES NORMAL: () POLIURIA: () DISURIA: ()	OCCUPACION: _____	RESTRICCIONES RELIGIOSAS: _____
OLIGURIA: () RETENCION: () INCONTINENCIA: () DIURETICOS: ()	CON QUE VIVE: SOLA: () FAMILIA: () OTRAS: ()	CREENCIAS FAMILIARES: _____
H. INTESTINALES: NORMAL: () DIARREA: () ESTREÑIMIENTO: () LAXANTES: ()	FUENTES DE APOYO: FAMILIA: () AMIGOS: () OTROS: ()	PRINCIPAL VALOR QUE PRACTICA: _____
SUDORACION: NORMAL: () AUMENTADO: ()	RELACION CON LA FAMILIA: AFECTIVA: () INDIFFERENTE: () HOSTIL: ()	INTERESES PERSONALES: _____
DOMINIO 4. ACTIVIDAD / REPOSO	COMUNICACION: SABE LEER: () SABE ESCRIBIR: () HABLA QUECHUA: ()	DOMINIO 11. SEGURIDAD / PROTECCION
MOVILIDAD FISICA: NORMAL: () DISMINUIDO: () FRACTURA: () PARALISIS: ()	PROBLEMAS FAMILIARES: NINGUNA APARENTE ALCOHOLISMO: ()	PIE: TURGENTE: () CALIDA: () DIAFORETICA: () SECA: () FRIA: ()
LIMITACION: ()	PANDILLAS: () ABANDONO SOCIAL: () DROGAS: () POBREZA EXTREMA	LESIONES: HEMATOMAS: () FLEBITIS: () CELULITIS: () GICATRICES: ()
PULSO: _____ FR: _____ PA: _____	OTRAS: _____	DOMINIO 12. CONFORT
SUEÑO: NORMAL: () DISMINUIDO: () AUMENTADO: ()	PARTICIPA EN ACTIVIDADES SOCIALES: _____	PRESENCIA DE DOLOR: AGUDO: () CRONICO: ()
AMBULACION: POR SI SOLA: () ASISTIDA: () CON AUDADOR: ()	SI () NO () DONDE: _____	LOCALIZACION DEL DOLOR: _____
HIGIENE ADECUADA: () INADECUADA: ()	PARTICIPA EN TERAPIA DE GRUPO: _____	MANEJO DEL DOLOR: AINES: () OPIACEOS: ()
EJERCICIO FISICO: SI () NO ()	SI () NO () DONDE: _____	PERCIBE AISLAMIENTO SOCIAL: SI () NO ()
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: _____	ACUERDOS Y COMPROMISOS: _____	
OBSERVACIONES: _____		



36

583 24

0000033 .
ADULTO

CONSULTA

CONSULTA35

582

23

00000033

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

CONSULTA

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

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

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares

Referencia (lugar y motivo)

Próxima Cita:
Atendido por:
Observación:

Firma y Sello:
(Colegio prof.)

CONSULTA

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

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

DIAGNOSTICO

CIE - 10

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares

Referencia (lugar y motivo)

Próxima Cita:
Atendido por:
Observación:

Firma y Sello:
(Colegio prof.)

34

501

22



GOBIERNO REGIONAL

EDAD: 0

HCL:

EVALUACION DE OBJETIVOS

Downloaded from <http://ajphaphapublications.org/> at 27/10/2014 10:00:00 AM

OTRO:

Anexo G

580
0000033

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS: SRQ 18

Fecha: _____ Entrevistador: _____

Establecimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Dirección: _____

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

El cuestionario tiene varias partes:

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

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

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

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

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

Anexo H

581 20

00000003.

Tamizaje de violencia "Wast"

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

31

Anexo I

528 121
00000033

Test AUDIT

Apellidos y Nombres:

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

INTERPRETACIÓN:

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

30

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION
OFICINA GESTION DE LA INFORMACION
Registro Médico de Monitoreo y Otras Actividades de Salud

Formulario de Registro Médico de Monitoreo y Otras Actividades de Salud

1	Nombre y Apellidos del paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha de ingreso:	Fecha de alta:	Fecha de última visita:
20	11	13	14	15	16
21	17	18	19	20	21
22	22	23	24	25	26
23	27	28	29	30	31
24	32	33	34	35	36
25	37	38	39	40	41
26	42	43	44	45	46
27	47	48	49	50	51
28	52	53	54	55	56
29	57	58	59	60	61
30	62	63	64	65	66
31	67	68	69	70	71
32	72	73	74	75	76
33	77	78	79	80	81
34	82	83	84	85	86
35	87	88	89	90	91
36	92	93	94	95	96
37	97	98	99	100	101
38	102	103	104	105	106
39	107	108	109	110	111
40	112	113	114	115	116
41	117	118	119	120	121
42	122	123	124	125	126
43	127	128	129	130	131
44	132	133	134	135	136
45	137	138	139	140	141
46	142	143	144	145	146
47	147	148	149	150	151
48	152	153	154	155	156
49	157	158	159	160	161
50	162	163	164	165	166
51	167	168	169	170	171
52	172	173	174	175	176
53	177	178	179	180	181
54	182	183	184	185	186
55	187	188	189	190	191
56	192	193	194	195	196
57	197	198	199	200	201
58	202	203	204	205	206
59	207	208	209	210	211
60	212	213	214	215	216
61	217	218	219	220	221
62	222	223	224	225	226
63	227	228	229	230	231
64	232	233	234	235	236
65	237	238	239	240	241
66	242	243	244	245	246
67	247	248	249	250	251
68	252	253	254	255	256
69	257	258	259	260	261
70	262	263	264	265	266
71	267	268	269	270	271
72	272	273	274	275	276
73	277	278	279	280	281
74	282	283	284	285	286
75	287	288	289	290	291
76	292	293	294	295	296
77	297	298	299	300	301
78	302	303	304	305	306
79	307	308	309	310	311
80	312	313	314	315	316
81	317	318	319	320	321
82	322	323	324	325	326
83	327	328	329	330	331
84	332	333	334	335	33

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SERVICIO, DE EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASI COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADISTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO

Anexo K

523/10
0000002

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

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

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

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

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

BAREMOS

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

Anexo L

524 15

00000321

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-CAS) P 4-17

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

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

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

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

BAREMOS

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

26

Anexo Ñ

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

00000032

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

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

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



Anexo O

570
0000032

ESCALA DE EDIMBURGO

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

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

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

Puntaje: _____

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

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



Ministerio de Salud Pública Anexo P

564 10
00000321

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

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

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

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

PUNTUACIÓN

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

INTERPRETACIÓN

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

1

21



Apexo 0
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
"RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA"
PROGRAMA PRESUPUESTAL 131 – CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL



ESCALA DE ZARIT

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

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



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



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

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

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

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

Anexo R

560
00000320

HoNOS
Hoja De Puntuación

Nombre :

Fecha :

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

Puntuación Total :

0 - 48 ☐☐

18

Anexo S

565⁶
0000031.

Cuestionario APGAR Familiar
Evaluación del Funcionamiento de la Familia

No. De expediente _____ No. de miembros de la familia _____

Tipo de familia: Estructura _____ Demografía _____

Desarrollo _____ Tipología _____

Integración/funcionalidad _____ Etapa del ciclo vital _____

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

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

17

000584

05

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

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

16

Anexo T



ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN



Nombre: _____

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

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

PUNTAJE TOTAL:

15

03

000562

00000

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

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

14

559 25

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

7

11

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA														
PERÚ Ministerio de Salud		NUMERO DE FORMATO <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">0002746423</div>												
		DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD <div style="font-size: 18px; font-weight: bold;">00027464 Centro de Salud MENTAL COMUNITARIO CAYMA</div>												
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN									
00027464					Centro de Salud MENTAL COMUNITARIO CAYMA									
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR							
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		AMBULATORIA		CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE				N° HOJA DE REFERENCIA		
ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA									
OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA									
DEL ASEGURADO / USUARIO														
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRA IAFAS								
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS	NÚMERO		INSTITUCIÓN			COD. SEGURO					
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO								
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES								
SEXO		FECHA	DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA				ETNIA			
SCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO												
FEMENINO														
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1							
GESTANTE							DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2							
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3							
DE LA ATENCIÓN														
FECHA DE ATENCIÓN			HORA		UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN					
DÍA	MES	AÑO												
		2023												
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR								
CONCEPTO PRESTACIONAL														
ATENCIÓN DIRECTA		COB. EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO						
		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO		OBITO		OTRO		
		Monto S/.		Monto S/.										
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO														
1	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.						
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:														
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.				
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS														
PESO (Kg)	TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS									
DE LA GESTANTE	DEL RECICEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		DPT					INFLUENZA				
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL					PAROTID				
EDAD GEST	APGAR 1° 5°		R.N. PREMATURO		ADULTO MAYOR					RUBEOLA				
ALTURA UTERINA			BAJO PESO AL NACER		VACAM					ROTAVIRUS				
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL					DT ADULTO (N° DOSIS)				
CONTROL PUERP (N°)			N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		PAT. NOR.					VPH				
DIAGNÓSTICOS														
N°	DESCRIPCIÓN				INGRESO					EGRESO				
					TIPO DE DX					CIE - 10				
1					P D R					D R				
2					P D R					D R				
3					P D R					D R				
4					P D R					D R				
5					P D R					D R				

TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

[illegible]

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
19421	CATETER INTRAVENOSO	UNI	18			
22256	CATETER INTRAVENOSO	UNI	20			
10477	CATETER INTRAVENOSO	UNI	22			
10482	CATETER INTRAVENOSO	UNI	24			
10929	EQUIPO DE VENOCLISIS	UNI				
16571	GUANTES QUIRURGICOS	UNI	7			
16570	GUANTES QUIRURGICOS	UNI	7½			

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
16656	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	1 ml			
16657	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	3 ml			
11370	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	5 ml			
11368	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	10 ml			
11369	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	20 ml			
29407	GASA ESTERIL DE 10 cm X 10 cm	UNI				
12806	VENDA ELÁSTICA	UNI	4" X 5 YARDS			

[illegible][illegible]

Anexo C

000556

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA														
		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		<div style="text-align: right;">NÚMERO DE FORMATO</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00027843 24 Nº 00000431 </div>						
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> CODIGO RENAES DE LA IPRESS NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00027843 C.S. MENTAL COMUNITARIO SAN MARTÍN DE PORRES </div>														
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR								
DE LA IPRESS	CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	COD RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE				HOJA REFER.					
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA											
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA											
DEL ASEGURADO USUARIO														
IDENTIFICACION			CODIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRAS IAFAS								
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA/OTROS	NUMERO		INSTITUCION			COD SEGURO					
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO											
PRIMER NOMBRE			OTROS NOMBRES											
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO		N° HISTORIA CLINICA				ETNIA				
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO/													
FEMENINO	FECHA DE PARTO													
LUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 1								
GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 2								
PUERPERA						DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 3								
FECHA DE ATENCION			HORA		UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)		HOSPITALIZACION					
DIA	MES	AÑO							FECHA	DIA	MES	AÑO		
		2024							DEL INGRESO					
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACION		N° FUA A VINCULAR				DE ALTA					
									DE CORTE ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO PRESTACIONAL														
ATENCION DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA				TRASLADO		SEPELIO						
		N°AUTORIZACION						NATIMUERTO		OBITO		OTRO		
		MONTO S/.												
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO														
ALTA	CITA	HOSPITALIZACION	REFERIDO		APOYO AL DIAGNOSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS			
			EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA									
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A														
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE REFIERE / CONTRARREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARRE				
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS														
PESO (kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS							
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO													
CFN(N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAS (cm)		EVALUACION INTEGRAL		BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA			
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	R.N. PREMATURO		TAPESOP o TEPI		ADULTO MAYOR		DPT	PAROTID	ANTINEUMOC			
ALTURA UTERINA	CORTE TARDIO DE CORDON (2 A 3 MIN)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		APO	RUBEOLA	ANTITETANICA			
PARTO VERTICAL			ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD			
CONTROL PUERP (N°)			N° FAMILIA DE GEST/ PUERP CASA MAT		IMC (kg/m2)		PAT NOR		SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH			
									SR	IPV	OTRAVACUNA			
									HVB	PENTAVAL				
DIAGNOSTICOS														
N°	DESCRIPCION				INGRESO		EGRESO							
					TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10			
1					P	D	R		D	R				
2					P	D	R		D	R				
3					P	D	R		D	R				
4					P	D	R		D	R				
5					P	D	R		D	R				
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION						N° DE COLEGIATURA						
RESPONSABLE DE LA ATENCION		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO </div> <div> FIRMA ASEGURADO <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> APODERADO NOMBRES Y APELLIDOS _____ DNI O CE DEL APODERADO _____ </div> <div> FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION _____ HUELLA DIGITAL Asegurado o Apoderado </div> </div>														

Huella Digital del
Asegurado o Apoderado

Importante

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

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Paquete 1: S/. 258,700.00 (DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETESCIENTOS CON 00/100 SOLES).✓ Paquete 2: S/. 172,300.00 (CIENTO SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CON 00/100 SOLES). <p>Por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Paquete 1: S/. 32,300.00 (TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CON 00/100 SOLES).✓ Paquete 2: S/. 21,500.00 (VEINTI UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES). <p>Por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: SERVICIOS DE IMPRESIONES EN GENERAL, BIENES IMPRESOS, REVISTAS, LIBROS, VENTA DE FOLLETOS, FORMATOS.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹³, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes</p>

¹³ 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”.

	<p>acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>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.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>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.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <div data-bbox="316 1205 1401 1550" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Importante</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>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.</i> • <i>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”.</i> </div>
--	---

<p>Importante</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>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.</i> • <i>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.</i> • <i>Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias</i>

para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
A. PRECIO	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta P_i= Puntaje de la oferta a evaluar O_i=Precio i O_m= Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;">100 puntos</p>
PUNTAJE TOTAL	100 puntos¹⁴

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.

¹⁴ Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹⁵

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

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

Importante para la Entidad

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

Importante para la Entidad

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

CLÁUSULA: PRESTACIONES ACCESORIAS¹⁶

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

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

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

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

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

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

Importante

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

Importante

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

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

Importante

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

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

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

Importante para la Entidad

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

CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO

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

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

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

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

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

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

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

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

Donde:

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

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

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

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

Importante

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁷

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

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

"LA ENTIDAD"

"EL CONTRATISTA"

Importante

Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹⁸.

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

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

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :		Teléfono(s) :		
MYPE ¹⁹		Sí	No	
Correo electrónico :				

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios²⁰

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

¹⁹ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

²⁰ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

Datos del consorciado 1					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ²¹		Sí		No	
Correo electrónico :					

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

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ²³		Sí		No	
Correo electrónico :					

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

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

²² Ibídem.

²³ Ibídem.

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios²⁴

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

²⁴ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

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

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]²⁵

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%²⁷

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

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

²⁷ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

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

Importante

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1

Presente.-

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
TOTAL			

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

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

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa²⁸ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

²⁸ En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁹	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ³⁰	EXPERIENCIA PROVENIENTE ³¹ DE:	MONEDA	IMPORTE ³²	TIPO DE CAMBIO VENTA ³³	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁴
1										
2										
3										

²⁹ 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.

³⁰ 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.

³¹ 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”*.

³² Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³³ 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.

³⁴ 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 ²⁹	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ³⁰	EXPERIENCIA PROVENIENTE ³¹ DE:	MONEDA	IMPORTE ³²	TIPO DE CAMBIO VENTA ³³	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁴
4										
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 SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

ANEXO N° 10

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

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

Importante

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

ANEXO N° 10

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

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 11

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

Señores
COMITÉ DE SELECCION
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 005-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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