

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

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



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

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

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

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

INSTRUCCIONES DE USO:

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

Elaboradas en enero de 2019

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

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

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

PRIMERA CONVOCATORIA

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

DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

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

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

1.2. CONVOCATORIA

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

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

Importante

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

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

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

Importante

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

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

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

Importante

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

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

Importante

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

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

Importante

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

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

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

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

Importante

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

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

² La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: www.mpp.gob.pe

68 del Reglamento, de ser el caso.

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

1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

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

1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

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

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

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

Importante

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

CAPÍTULO II

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

Importante

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

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

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

2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

CAPÍTULO III DEL CONTRATO

3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

Importante

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

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

3.2. GARANTÍAS

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

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

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

Importante

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

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

Importante

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

Advertencia

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

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

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

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

<i>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.</i>

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

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

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

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

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

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

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Donaciones y Transferencias.

Importante

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

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

NO APLICA.

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de 105 días, en

concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 5.00 (cinco con 00/100 soles) en el área de Tesorería, sito Calle ENE S/N Atalaya o depósito en cuenta corriente Banco de la Nación N° 00-513-000-294; la copia de las bases se entregará en la Oficina de Logística, sito Calle ENE S/N Atalaya.

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

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

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

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

Importante

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

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

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

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

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

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

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – 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.

- 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**)

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

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

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

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

Importante

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

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

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

Advertencia

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

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

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

Importante para la Entidad

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

2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

N ° de Cuenta : 00-513-000294
Banco : BANCO DE NACIÓN
N° CCI⁷ : 018-513-00051300029421

”

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

- 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) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación⁹. (**Anexo N° 12**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado¹⁰.
- j) Estructura de costos¹¹.

⁷ En caso de transferencia interbancaria.

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

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

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

¹¹ Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que

- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete¹².

Importante

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

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya¹³.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto

comprenden la oferta.

¹² Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

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

el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en sito MESA DE PARTES - Calle ENE S/N Atalaya.

2.6. FORMA DE PAGO

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

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

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

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

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

FORMATO DE TÉRMINOS DE REFERENCIA

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

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

2. DEPENDENCIA SOLICITANTE

Seguro Integral de Salud

3. OBJETO DE LA CONTRATACION

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

4. FINALIDAD PÚBLICA

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



5. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR

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

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

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

5.1 Descripción del servicio

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

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

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

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



Los formatos deberán tener las siguientes características

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

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

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

Los formatos deberán tener las siguientes características

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

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

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

Los formatos deberán tener las siguientes características

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

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

❖ **FORMATO 4: Formato de Referencia**

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

❖ **FORMATO 5: Formato de Contrarreferencia**

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

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

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



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

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

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

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

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



5.2. Presentación de Muestras

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

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

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

5.3. Embalaje y Rotulado

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

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

5.4. Garantía Comercial

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

6. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO

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

7. PRESUPUESTO

Afectara la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencia SIS - 4.13



8. PLAZO DE ENTREGA

Entregas parciales de periodicidad mensual a solicitud del área usuaria.

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

9. LUGAR DE EJECUCIÓN

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

10. REQUISITOS DEL POSTOR

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

11. FORMA DE EJECUCION

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

12. FORMA DE PAGO

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

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

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

13. SISTEMA DE CONTRATACION

Suma Alzada.

14. REQUISITOS DE CALIFICACION

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



15. PENALIDADES

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

Si el contratista incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la orden de servicio, La entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Donde:

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

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

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

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

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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN RED DE SALUD 03-ATALAYA
Lucía Villar Tiburcio
(e) UNIDAD DE SEGUROS

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO EN EL AREA DE ADMISION

HISTORIA CLINICA

APELLIDOS:

NOMBRES:

N° DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCION:

DATOS DE LA MAMÁ:

DATOS DEL PAPÁ:

OTRO FAMILIAR:

CALULAR:

GRUPO FACTOR:

INTERCONSULTA

CAMA:

H.C. N°:

- ☐ C. Externa
☐ Emergencia
☐ Hospitalización

PACIENTE:

SOLICITAMOS:

Edad: Sexo: M ☐ F ☐

- ☐ OPINION
☐ DIAGNOSTICO
☐ TRATAMIENTO
☐ REFERENCIA

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

FECHA: _____ HORA: _____ PEDIDO DE CONSULTA A: _____

MOTIVO DE INTER CONSULTA Y RESUMEN CLINICA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: a) _____
b) _____
c) _____

Responsable de la Atención

RESPUESTA DE INTER CONSULTA

FECHA:

HORA:

1. Procedimientos y Exámenes Efectuados 2. Diagnostico 3. Pronostico 4. Recomendaciones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

HISTORIA CLINICA DE CONSULTORIO EXTERNO

FECHA:		HORA:		H.C. Nº :		
APELLIDOS:						
NOMBRES:					DNI:	
SEXO:		EDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:		
DIRECCION:						
Tº:	PA:	FC:	FR:	SatO2:	Peso:	Talla:

Motivo De Consulta:		Tiempo De Enfermedad:	
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de Ánimo:
Orina:	Deposiciones:		
Anamnesis:			

Antecedentes:

Examen Físico:

CIE 10	DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO:

Fecha de Próxima Cita:

Firma de Responsable de Atención

NOTAS DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION CENTRO SALUD ATALAYA

FECHA	HORA		FIRMA DEL ENFERMERO

APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRES:

SERVICIO:	N° CAMA:

[illegible]

AUTORIZACION PARA OPERACIÓN

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

2.- Para que practique en: _____

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

ATALAYA, _____ de _____ del 20____

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

N° DNI: _____

Domicilio: _____

1.-Nombre del Medico: _____

2.-Mi persona o la de mi menor hija (o) o la de mi esposa (o), según el caso (Indíquese el nombre completo de la persona que se opera)

3.-Nombre de la Operación: _____

4.-Firma del paciente si esta no pudiera firmar lo hará su conyugue, padre, tutor o familiar cercano

5.-Parentesco con el paciente

Nombre, Firma, Domicilio, Etc, del testigo.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

N° H. CL.

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

PARA.....HORA.....EDAD.....

SERVICIO.....CAMA.....H.CL.N°.....

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE.....

DIAGNOSTICO.....

OPERACIÓN.....

CIRUJANO.....

AYUDANTE.....

ANESTESIOLOGO (A).....ANESTESIA.....

TIEMPO PROBABLE QUE EMPLEARA EN SALA DE OPERACIONES.....

CANTIDAD DE SANGRE EN DEPOSITO.....

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH.....

OTROS DATOS DE INTERES CLINICO Y DE LABORATORIO.....

.....
V°B°

.....
FIRMA DEL MEDICO

CENTRO DE SALUD ATALAYA



LABORATORIO

PACIENTE	
H. CL	
FECHA	

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

HEPATITIS C	
FACTOR REUMATOIDEO	
BACILOSCOPIA (BK)	
REACCION INFLAMATORIA EN HECES	
REACCION INFLAMATORIA EN HECES	
RASPADO DE HERIDA DE LEISHMANIA	
EXTRAC. DE SANGRE P TRANSFUS	
BATERIA DE PREECLAMPSIA	
UREA	
CREATININA	
TGO	
TGP	
RECuento de PLAQUETAS	
PROTEINA CUALITATIVA	
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRE	
DESHIDROGENASA LACTEA	
PROTEINAS TOTALES	
ACIDO URICO	
ACIDO URICO	

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RAPIDA PARA VIH

Yo

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

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

Firma del consejero

Firma del paciente

DNI:

FECHA:

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RAPIDA PARA VIH

Yo

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

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

Firma del consejero

Firma del paciente

DNI:

FECHA:

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA PRUEBA RAPIDA PARA VIH

Yo

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

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

Firma del consejero

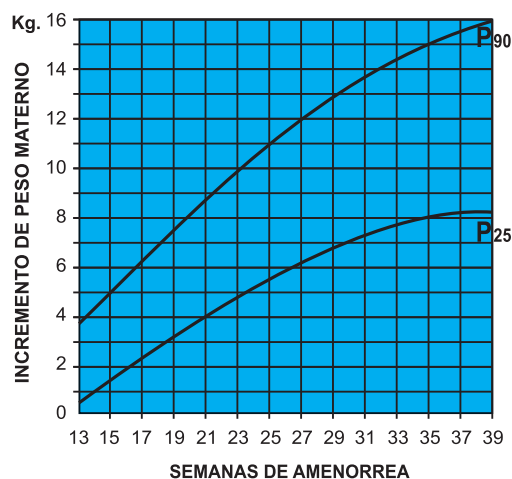
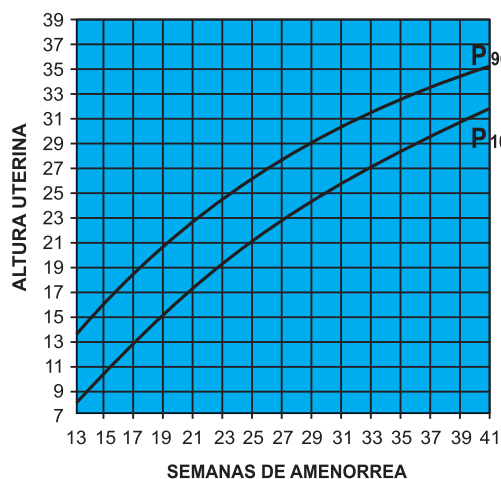
Firma del paciente

DNI:

FECHA:

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

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



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐

Fecha:

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

Otras patologías (CIE 10):

- 1:
- 2:

Referencia - Consulta Externa

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha

/ /

Establ. Trasl:

Referencia - Emergencia

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha

/ /

Establ. Trasl:

Referencia - Apoyo al Diagnóst.

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha

/ /

Establ. Trasl:

PSICOPROFILAXIS ☐

ESTIMULACION
PRENATAL ☐

PLAN DE
PARTO

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

ALOJADA EN
CASA DE ESPERA

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

INDICACIONES AL ALTA:

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

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

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

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

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

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

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

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



PERÚ

Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Oficina de Salud
de las Personas



Dirección de Red de Salud
N° 03 - Atalaya

Red de Salud N° 03 - Atalaya

EE.SS.

HISTORIA CLÍNICA GESTANTE - PUÉRPERA

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

COMUNIDAD: _____

GEST. RIESGO

F.F./H.C.

SEGURO N°

F.N.

**DOCUMENTO O
DE IDENTIDAD**

N° CELULAR

¡CUIDANDO LA SALUD MATERNA NEONATAL!



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

I. DATOS DE AFILIACIÓN

SERVICIO:

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

APELLIDOS:

NOMBRES:

EDAD:

TIPO DE SEGURO:

SIS:

SALUDPOL:

SOAT:

OTROS:

N° DE HISTORIA CLÍNICA

N° DE SEGURO :

SEXO:

RAZA O ETNIA:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROCEDENCIA

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

DOMICILIO ACTUAL:

CELULAR:

PADRE, ESPOSO O ACOMPAÑANTE:

DNI:

CELULAR:

DOMICILIO DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE RESPONSABLE:

ALERGIA A MEDICAMENTOS:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y/O ATENCIÓN:

III. ENFERMEDAD ACTUAL:

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

IV. ANTECEDENTES

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

Nº	FECHA DE PARTO O ABORTO	VAGINAL / CESAREA	LUGAR	E.G.	PESO	SEXO	LACTANCIA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

V. EXAMEN CLÍNICO

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

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

EXAMEN CLÍNICO REGIONAL

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

VI. DIAGNÓSTICO

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

VII. PLAN DE TRABAJO SS/LABORATORIO, ECOGRAFÍA, INTERCONSULTAS, REFERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS

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

VIII TRATAMIENTO

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

HORA DE TERMINO: FECHA DE CITA:

Sello y Firma

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

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

Apellidos y Nombres: _____ **Edad:** _____

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

Acompañante al control: _____

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

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

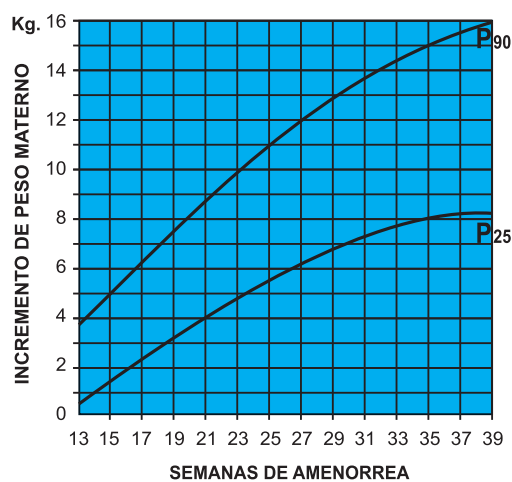
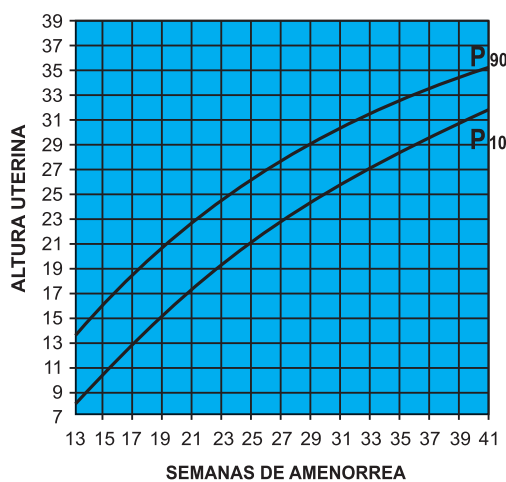
Interpretación	Punto mínimo	Punto máximo
Tamizaje positivo	>15	24
Tamizaje negativo	8	15
Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas).	Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.	

Resultado: _____

Responsable _____
Sello y firma

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

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



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐

Fecha: ____/____/____

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

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

Referencia - Consulta Externa

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha ____/____/____

Establ. Trasl: ____

Referencia - Emergencia

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha ____/____/____

Establ. Trasl: ____

Referencia - Apoyo al Diagnóstico

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

Fecha ____/____/____

Establ. Trasl: ____

PSICOPROFILAXIS ☐

ESTIMULACION
PRENATAL ☐

PLAN DE
PARTO ☐

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

ALOJADA EN
CASA DE ESPERA ☐

Si ☐

No ☐

No Aplica ☐

INDICACIONES AL ALTA:

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

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

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

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

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

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

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

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

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina: **Deposición:**

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: DU: Ponderado Fetal:

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

6. DIAGNÓSTICO

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

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:	
-----------------	--

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:	Herida Post-Operatoria:
----------	-------------------------

Útero:	AU:	SPP:	FCF1:	FCF2:
--------	-----	------	-------	-------

MF:	DU:	Ponderado Fetal:
-----	-----	------------------

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:	Vagina:
------------------	---------

--

Pérdida de Sangrado:	Pérdida de Líquido Amniótico:
----------------------	-------------------------------

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetria:

Miembros Inf: Varices	Edema:	ROT:
-----------------------	--------	------

6. DIAGNÓSTICO

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _____

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina:

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:	
-----------------	--

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:	Herida Post-Operatoria:
----------	-------------------------

Útero:	AU:	SPP:	FCF1:	FCF2:
--------	-----	------	-------	-------

MF:	DU:	Ponderado Fetal:
-----	-----	------------------

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:	Vagina:
------------------	---------

--

Pérdida de Sangrado:	Pérdida de Líquido Amniótico:
----------------------	-------------------------------

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices	Edema:	ROT:
-----------------------	--------	------

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

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

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _ _ _ _ _

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:

Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

ME: _____ DU: _____ Ponderado Fetal: _____

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:

Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetria:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

6. DIAGNÓSTICO

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

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

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _____

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina:

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:	Herida Post-Operatoria:
----------	-------------------------

Útero:	AU:	SPP:	FCF1:	FCF2:
--------	-----	------	-------	-------

MF:	DU:	Ponderado Fetal:
-----	-----	------------------

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:	Vagina:
------------------	---------

Pérdida de Sangrado:	Pérdida de Líquido Amniótico:
----------------------	-------------------------------

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

[illegible]

Pelvimetria:

Miembros Inf: Varices	Edema:	ROT:
-----------------------	--------	------

6. DIAGNÓSTICO

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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

OBSERVACIONES:

[illegible]

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA: : _____

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

Tiempo de Enfermedad:

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

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:

Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: _____ DU: _____ Ponderado Fetal: _____

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:

Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

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

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

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _____

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

Tiempo de Enfermedad:

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

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:

Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

ME: DU: Ponderado Fetal:

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:

Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetria:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

6. DIAGNÓSTICO

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

QUESTIONS:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _____

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina:

3. Orina: Deposición:

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:	
-----------------	--

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:	Herida Post-Operatoria:
----------	-------------------------

Útero:	AU:	SPP:	FCF1:	FCF2:
--------	-----	------	-------	-------

MF:	DU:	Ponderado Fetal:
-----	-----	------------------

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital:	Vagina:
------------------	---------

Pérdida de Sangrado:	Pérdida de Líquido Amniótico:
----------------------	-------------------------------

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices	Edema:	ROT:
-----------------------	--------	------

6. DIAGNÓSTICO

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA DE GESTANTE

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina:

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:	
-----------------	--

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen:	Herida Post Operatoria:
----------	-------------------------

Abdomen:		Hemodialysis Operations:	
Unit	All	OPD	ESD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Uterio.	AO.	SPP.	FCF1.	FCF2.
ME.		DU.		Bandonele, Fantele

MF.	DO.	Ponderado Fetal.
A	B	C

Aparato Olfatorio.	FPL Izquierdo.(SI) (No)	FPL Derecho.(SI) (No)
Resaca de la nariz.		

Puntos Reñouretales:

Aparato Genital:	Vagina:

Pérdida de Sangrado:	Pérdida de Líquido Amniótico:
----------------------	-------------------------------

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetria:

Miembros Inf: Varices	Edema:	ROT:
-----------------------	--------	------

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

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

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA: : _ _ _ _ _

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

ATENCIÓN:.....

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina: **Deposición:**

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU: SPP: FCF1: FCF2:

MF: DU: Ponderado Fetal:

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado:

Pérdida de Líquido Amniótico:

Flujo Vaginal:

Tacto Vaginal:

Pelvimetría:

Miembros Inf: Varices

Edema:

ROT:

6. DIAGNÓSTICO

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

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA: :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

ATENCIÓN:

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

1. Motivo de la Consulta

Tiempo de Enfermedad:

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

3. Orina: **Deposición:**

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: Herida Post-Operatoria:

Útero: AU:

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: Vagina:

Pérdida de Sangrado: :

Flujo Vaginal: Olor:

Tacto Vaginal:

Miembros Inf: Varices Edema: ROT:

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

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

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO :

FECHA DE CITA: :

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

Ministerio
de Salud

**RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO**

HISTORIA CLÍNICA PUERPERIO

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

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

INTERCONSULTAS	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Inmunización		
Psicología		

Tiempo de Enfermedad:

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

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

4. Estado General:

Estado de Conciencia:

5. Examen Clínico Regional:

Piel y Mucosas:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Mamas:

Abdomen: _____ Herida Post-Operatoria: _____

Útero: AU:

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

Puntos Renoureterales:

Aparato Genital: _____ Vagina: _____

Pérdida de Sangrado: _____ :

Flujo Vaginal: _____ Olor: _____

Tacto Vaginal:

Miembros Inf: Varices Edema: ROT:

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

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO : _____

FECHA DE CITA: : _ _ _ _ _

Firma y Sello del Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

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

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	02
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

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

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	03
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	04
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE NUTRICIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	02
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE NUTRICIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	03
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	04
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC	

Anamnesis:

signos y síntomas:

Piel y mucosas:

Tórax:

Examen físico:

Mamas:

Abdomen:

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

Genitales Externos:

Genitales Internos TV:

Miembros Inferiores: Edema: ROT:

Imp. Dx.: CIE-10

..... CIE-10

..... CIE-10

Dx Ganancia de Peso segun EG: CIE-10

DX Tamizaje de VBG: CIE-10

RP:

Consejería nutricional: () Nº dosis de Sulf. Ferr: ()

INTERCONSULTA A:

CITA: / /

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE PSICOLOGÍA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC :	
FPP :	
EG :	

Motivo de Consulta:

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

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

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC :	
FPP :	
EG :	

Motivo de Consulta:

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

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

Firma y Sello



Gobierno Regional
de Ucayali

Dirección Regional de
Salud de Ucayali

Dirección Ejecutiva de
Salud de las Personas

Programa Presupuestal
Salud Materno Neonatal

CONSULTA DE PSICOLOGÍA

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC :	
FPP :	
EG :	

Motivo de Consulta:

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

CITA: / /

Firma y Sello

NOMBRE Y APELLIDOS: Hora: H. Cl.:

Nº	01
Fecha:	
Edad :	
Talla :	
Peso :	
P / A :	
T° :	
P .	
F R. :	
IMC :	
FPP :	
EG :	

Motivo de Consulta:

Dx.: CIE-10

..... CIE-10

DX: Tamizaje VBG :

RP:

INTERCONSULTA A:

Derivación (CEM - PNP - FISCALÍA) Detalle:

CITA: / /

Firma y Sello

**PERÚ****Ministerio
de Salud****RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO****VISITA DOMICILIARIA N°****FECHA Y HORA:****DIRECCIÓN::**

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

VISITA DOMICILIARIA N°**FECHA Y HORA:****DIRECCIÓN::**

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

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

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON DELGADEZ

IMC PG < 18,5 Kg/m²

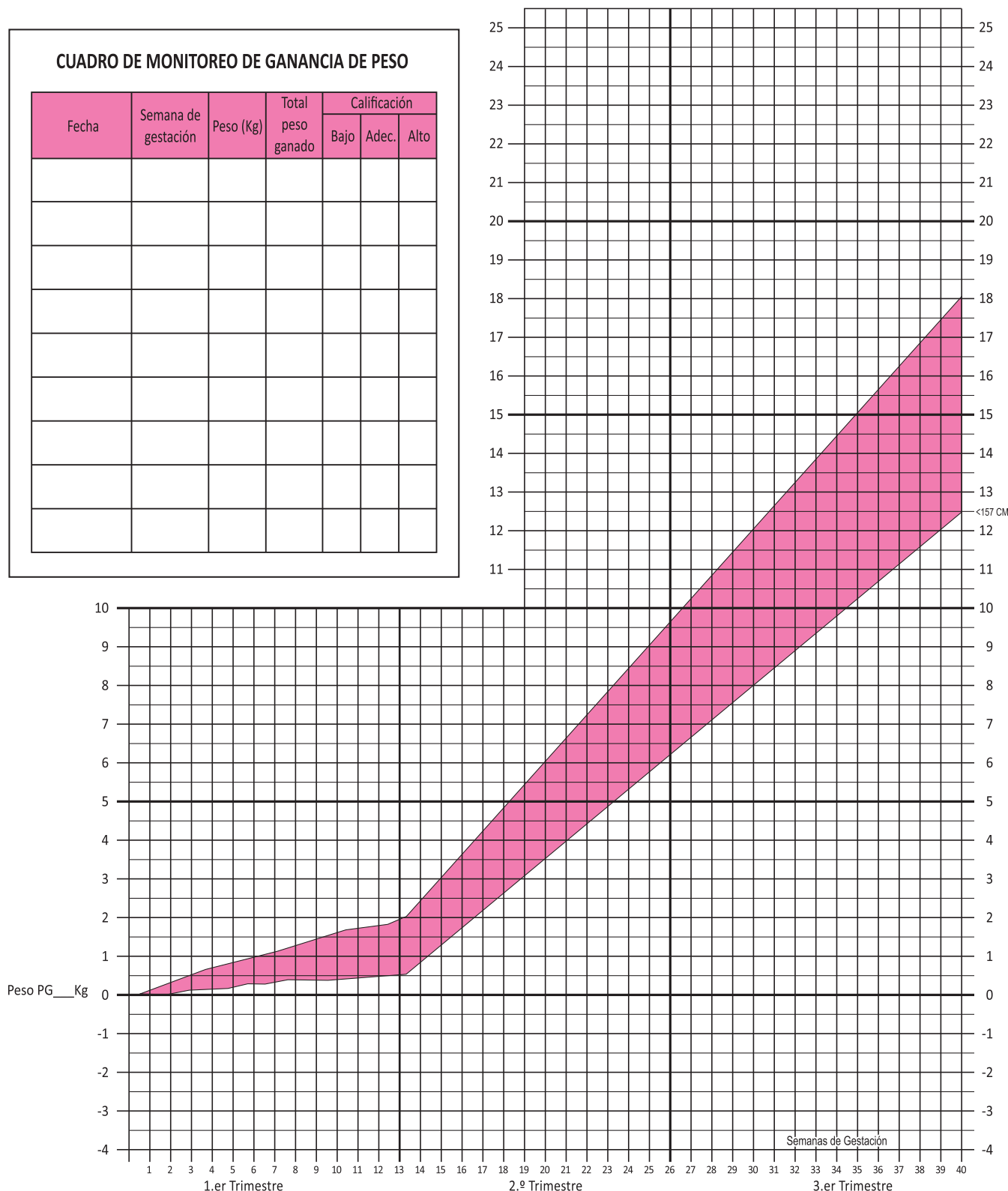


Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____

Edad _____ Fecha probable de parto ____/____/____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

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



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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON SOBREPESO

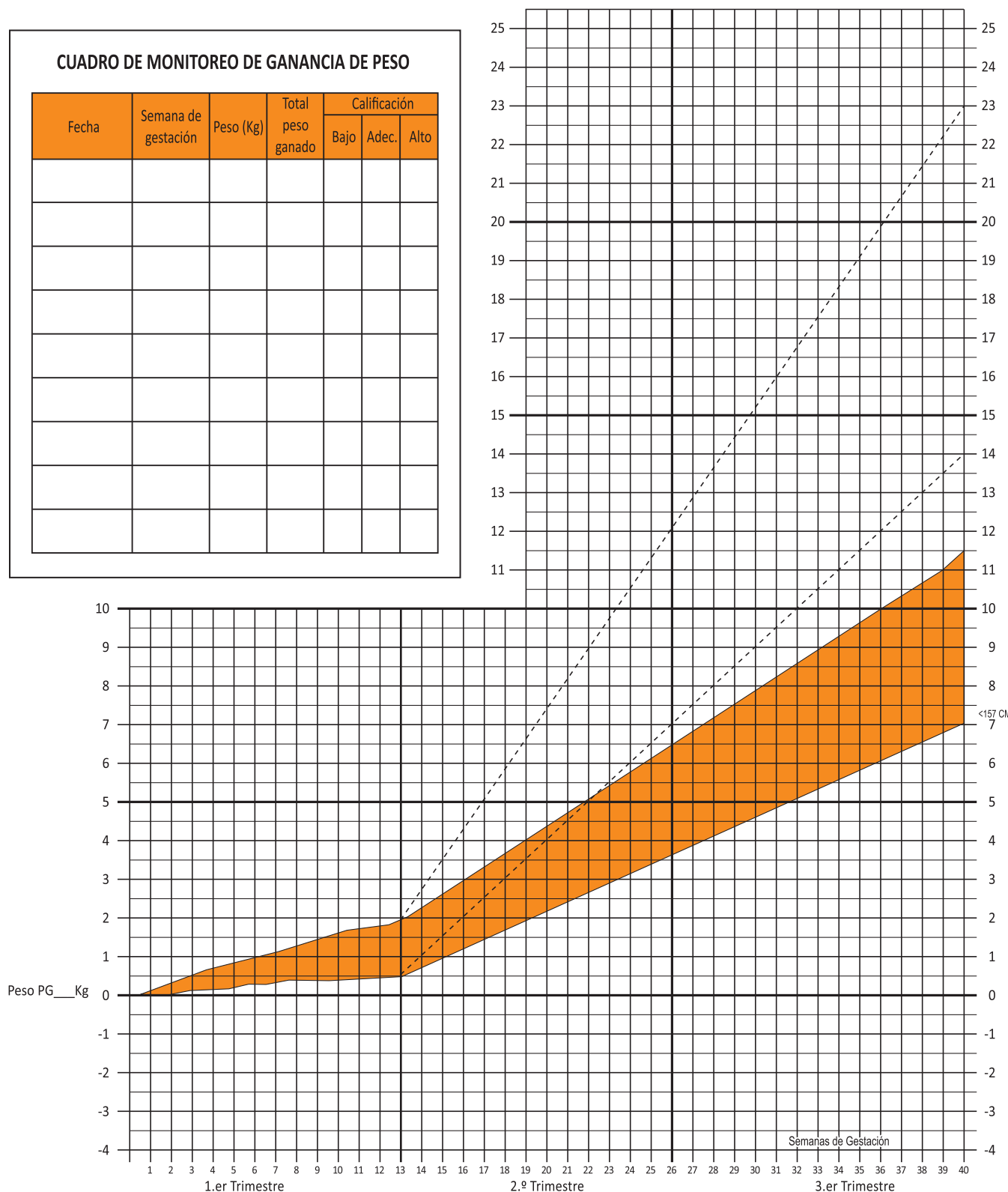
IMC PG < 25,0 < 30,0 Kg/m²



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

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

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



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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES NORMALES

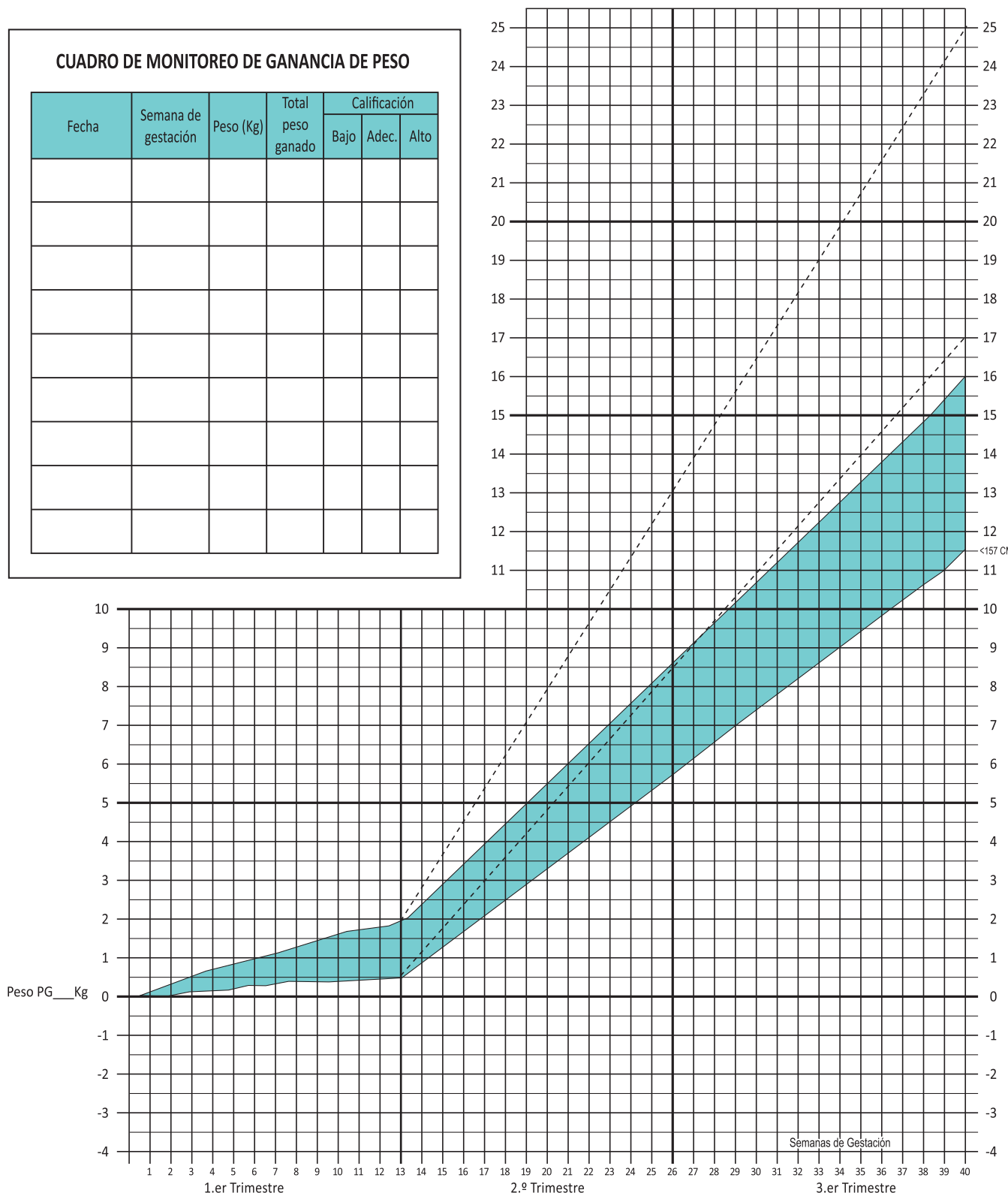
IMC PG < 18,5 < 25,0 Kg/m²



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

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

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



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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES OBESAS

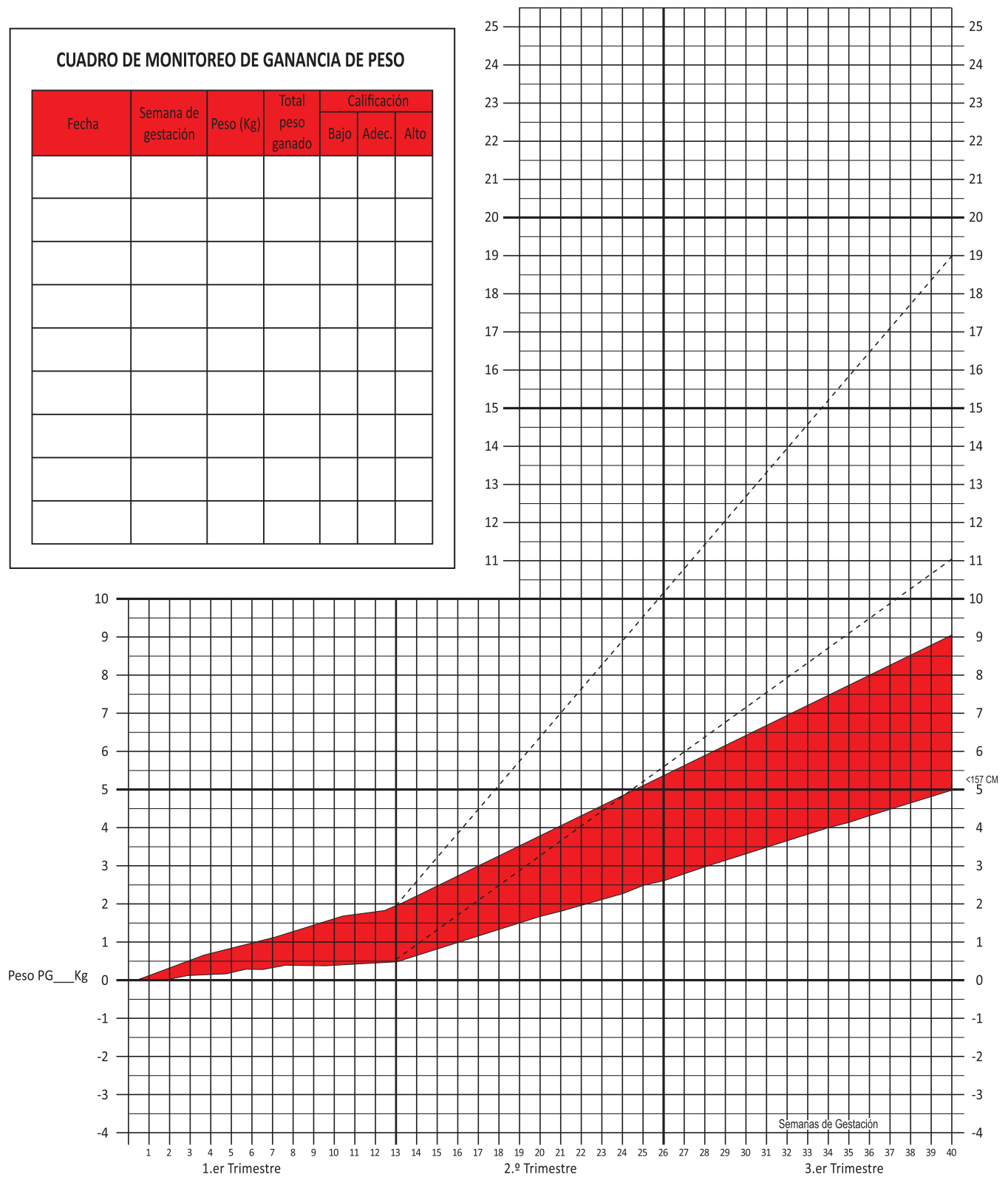
IMC PG > 30,0 Kg/m²



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

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

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



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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

H.C.: _____

Fecha: _____

Hora: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Gestante: ☐ SI ☐ NO

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

OCUPACIÓN: _____ ACOMPAÑANTE: _____

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

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES: _____


ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: _____

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

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

Observaciones: _____

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

<div>INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **</div> <div></div>	Placa blanda *	Piezas	Placa Calcificada
		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
		4,6	
	INDICE DE PB Y PC		
INDICE DE HO-S			

*aplica a grupo niño

** a partir de adolescentes

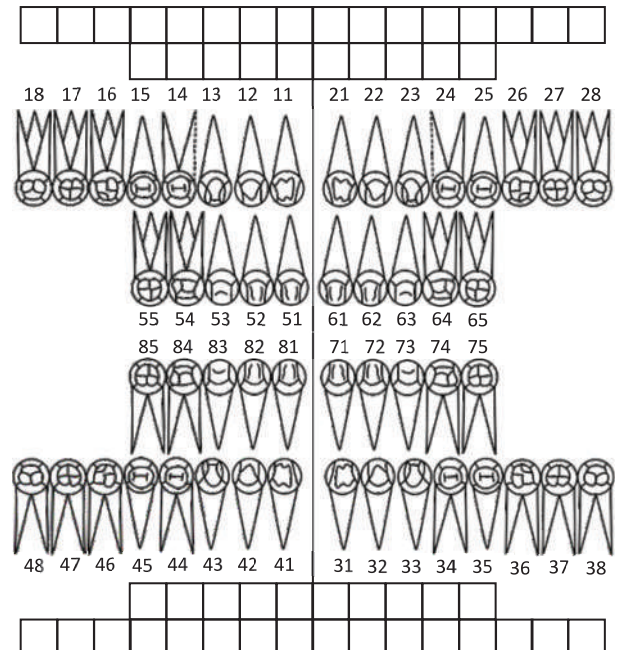
INDICE CPOD / ceod

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCION INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

Hora de Término: _____

Fecha de Próxima Cita: _____

ODONTOGRAMA INICIAL



	1°s	2°s	3°s	4°s
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXÁMENES AUXILIARES: _____

DIAGNOSTICO / CIE-10: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

Nº DE HISTORIA CLINICA _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

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

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

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

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

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

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA


FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

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

Observaciones: _____

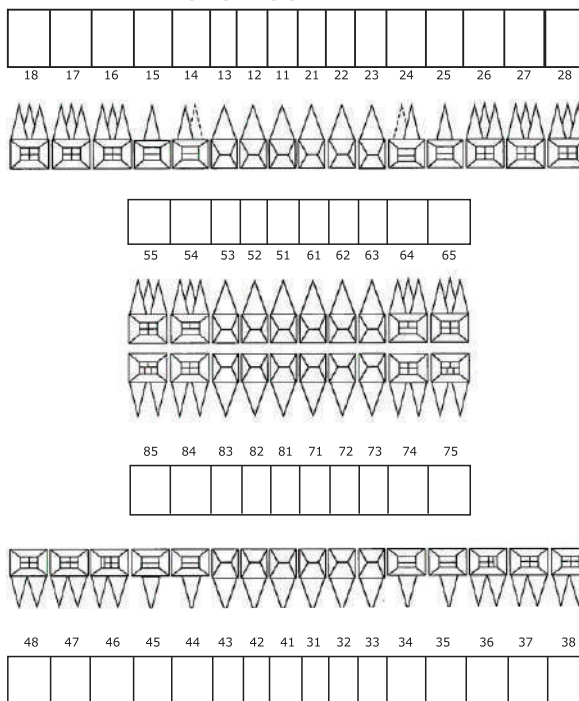
Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Menor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (Índice IHO-S)	Buena 0 a 1,2	Regular 1,3 a 2	Mala 3,1 a 6
Índice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

<div>INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **</div> <div></div> <div>0123</div>	Placa blanda *	Piezas	Placa Calcificada
		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
		4,6	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

*aplica a grupo niño

** a partir de adolescentes

ODONTOGRAMA FINAL



INDICE CPOD / ceod

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCION INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

EPICRISIS

Hora de Término: _____

Fecha de Próxima Cita: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

ANÁLISIS DE LABORATORIO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

DX POR IMAGENES / ECOGRAFÍAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

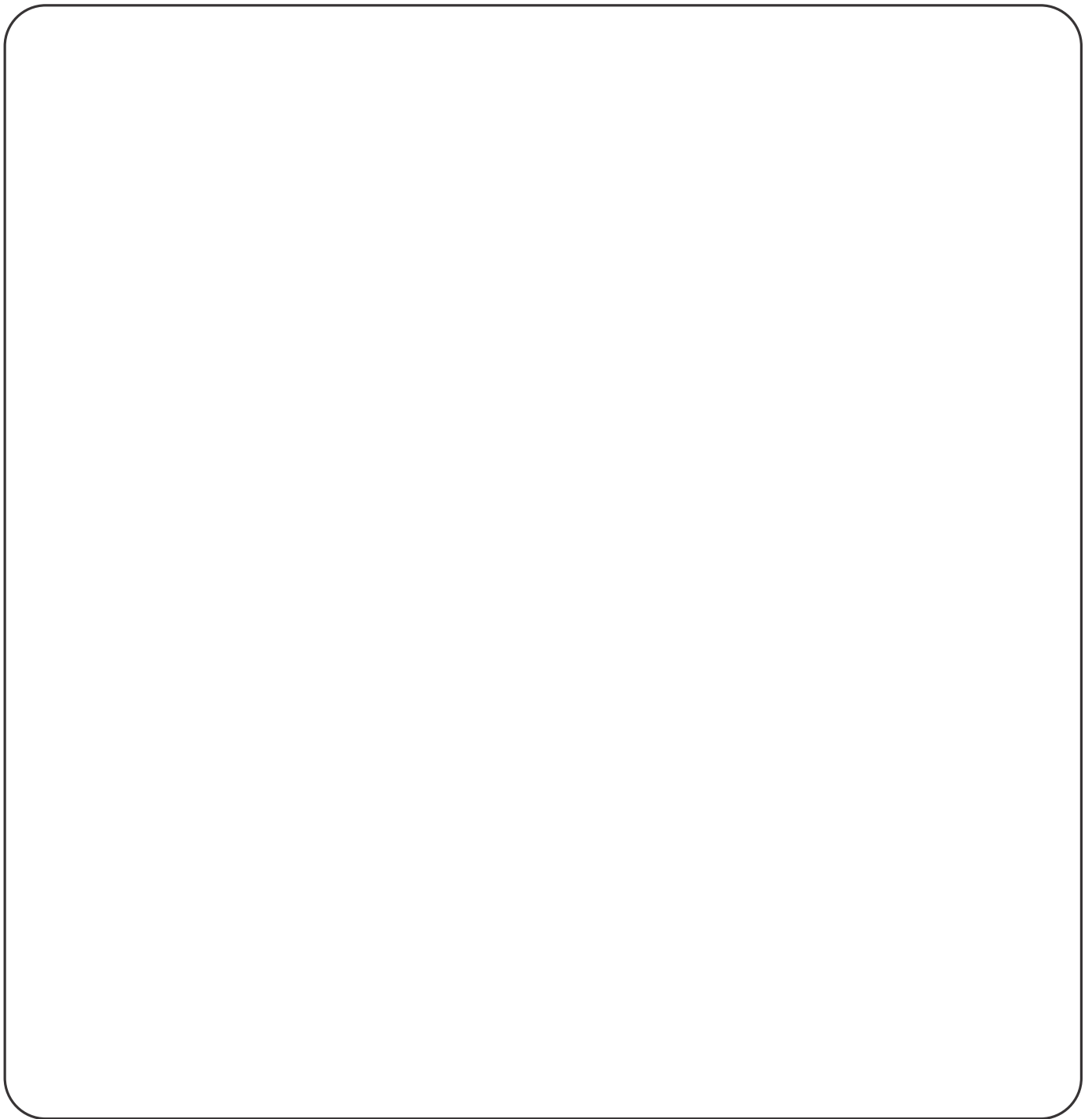
.....

.....

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

CROQUIS DE CASA DE LA GESTANTE



📞 N° de Celular de Esposo:

📞 N° de Celular de Mamá:

📞 N° de Celular de Papá:

📞 N° de Celular de hermanos:

📞 N° de Celular de Vecinos:



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

FUAS MATERNO

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DE HISTORIA CLINICA

ESPERANDO MI PARTO

*No olvidemos que
toda Madre nos brinda:*



- Cariño
- Alimentación
- Educación
- Protección

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

RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO



DOLOR
ABDOMINAL



VÓMITOS



DOLOR DE
CABEZA



HINCHAZÓN
DE PIES



FIEBRE



SANGRADO
VAGINAL



CONVULSIÓN

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL BEBE



SENTADO



TRANSVERSO



GEMELAR

RIESGOS DURANTE EL PARTO



SANGRADO



PÉRDIDA DE
LÍQUIDO



SALIDA DEL
CORDÓN



SALIDA DE
PIES O MANO

RIESGOS DESPUÉS DEL PARTO



DOLOR DE
CABEZA



PLACENTA NO
CAE POR MÁS
DE 20 MINUTOS
Y EXISTE
SANGRADO



FIEBRE

RIESGOS PARA EL RECIÉN NACIDO



BEBÉ NO
MAMA



BEBÉ AMARILLO



BEBÉ MUY
FRÍO



BEBÉ CON
CALENTURA

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



ESPERANDO MI PARTO



NOMBRE DE LA GESTANTE: _____

EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ DIRECCIÓN DE REFERENCIA: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: ____/____/20____

ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRORED: _____

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

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



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

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

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CORONEL PORTILLO

No. HC

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

☐ = significa ALERTA

☐ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____

Establecimiento: _____

Establ. Origen: _____

☐

No Aplica

☐

Referencia

Tipo de seguro: _____

DNI (L.E.) N° _____

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

Fecha de Nac. _____

Código Afiliación SIS: _____

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

Dirección: _____

Ocupación: _____

Edad: _____

☐ <15
☐ >35

Localidad: _____

Cod. Sector: _____

Estudios: ☐

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior

Superior no Univ.

Años

Aprobados ☐

Departamento: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Estado Civil: ☐

Casada

☐

Conviviente

☐

Soltera

☐

Otro

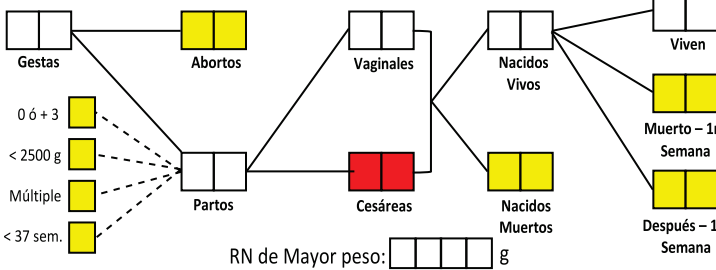
Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Padre RN: _____

Celular: _____

Antecedentes Obstétricos



Gestación Anterior

Fecha: ____/____/____	Per. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lactancia Materna
Terminación	Intergenesico Adecuado	
Parto Vaginal <input type="checkbox"/>	Si fue aborto: Tipo de Aborto	< 1mes/No hubo <input type="checkbox"/>
Cesárea <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	< 6 meses <input type="checkbox"/>
Aborto <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	6 meses o más <input type="checkbox"/>
Ectópico <input type="checkbox"/>	Frustro/Retenido <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
Aborto moral <input type="checkbox"/>	Séptico <input type="checkbox"/>	Lugar del Parto
No Aplica <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	EESS <input type="checkbox"/> Domic. <input type="checkbox"/>
Captada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Remitida x Ag. Comuni Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Antecedentes Familiares

Ninguno <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>
Enf. Hipertens: Emb. <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Otros: _____ <input type="checkbox"/>
Emb. Múltiples <input type="checkbox"/>	

Antecedentes Personales

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

Vac. Previas

Rubeola	si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Papiloma Virus	si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Peso y Talla

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

Antitetánica

Nº Dosis Previa	1ra	Nº Dosis	Sin Dosis	No Aplica
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2da		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mes de gestación			

Tipo de Sangre

Grupo:	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
Rh:	Rh (+) <input type="checkbox"/>	Rh (-) Sen Desc <input type="checkbox"/>	Rh (-) No Sen <input type="checkbox"/>	Rh (-) Sen <input type="checkbox"/>

Fuma

Nº de cigarros / día: _____	
Droga	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fecha última menstruación

FUM: ____/____/____	Duda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E.G. (Ecografía) <input type="checkbox"/>	Sem. Fecha: ____/____/____
No Aplica <input type="checkbox"/>	
Fecha Probable de Parto: ____/____/____	

Hospitalización

Hospitalización: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha: ____/____/____
Diagnostico: _____
CIE 10: _____

Emergencia

Fecha: ____/____/____
Diagnostico: _____
CIE 10: _____

Vacuna COVID

1º DOSIS _____
2º DOSIS _____
3º DOSIS _____

Violencia / Género

Ficha Tamizaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Violencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha: ____/____/____	

Examen Físico

Clinico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin Examen	Normal	Patológico
Mamas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin Examen	Normal	Patológico
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uterino:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin Examen	Normal	Patológico
Pelvis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin Examen	Normal	Patológico
Odont.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin Examen	Normal	Patológico

Examen de Laboratorio

	Hg (%)	No se Hizo	Fecha		Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	IFI/Western Blot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	HTLV I:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemogl. Al Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	TORCH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hepatitis B 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Ex. Comp Orina 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hepatitis B 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Ex. Comp Orina 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Bacteriuria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TPHA/VRDL (RPR REACTIVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rápida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	BK en Espudo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
DE VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rápida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
DE VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
Prueba Rápida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
De Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						
Prueba Rápida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____						

Terminación

Fecha: ____/____/____
Espontánea <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>
Forceps <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/>

Atención

NIVEL:		
Primario	<input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/>	
Secundario	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Terciario	<input type="checkbox"/>	

PARTO O NEONATO LEGRADO

Médico <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
Obstetiz <input type="checkbox"/>	Empírica / Partera <input type="checkbox"/>
Interno <input type="checkbox"/>	Aux. de Enfermería <input type="checkbox"/>

PARTO O NEONATO LEGRADO

<input type="checkbox"/>	Enfermera <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

PARTO O NEONATO LEGRADO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recién nacido

Sexo: Fem. <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/>	Peso: _____ g	<input type="checkbox"/> <2500 g
Talla: _____ mm.	P. Cef.: _____ mm.	<input type="checkbox"/> <1500 g
	Temp. _____ °C	

Nº HC RN: _____

NOMBRE RN: _____

Patología Recién Nacido

Sin patología ☐

Fecha: ____/____/____

Otros (CIE 10)

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

1. _____
2. _____

MAC POST PARTO

FECHA: ____/____/____

Implante ☐

Iny. Trim ☐

DIU ☐

AQV ☐

Otro: _____

CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento: _____

APELLIDOS Y NOMBRES

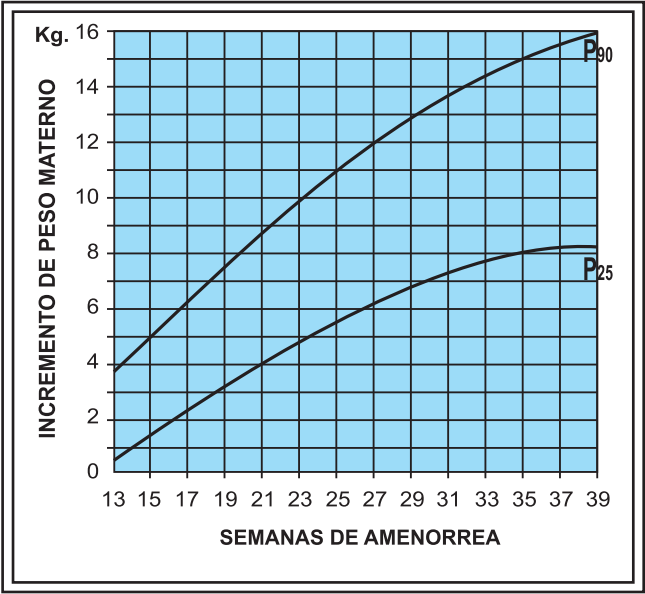
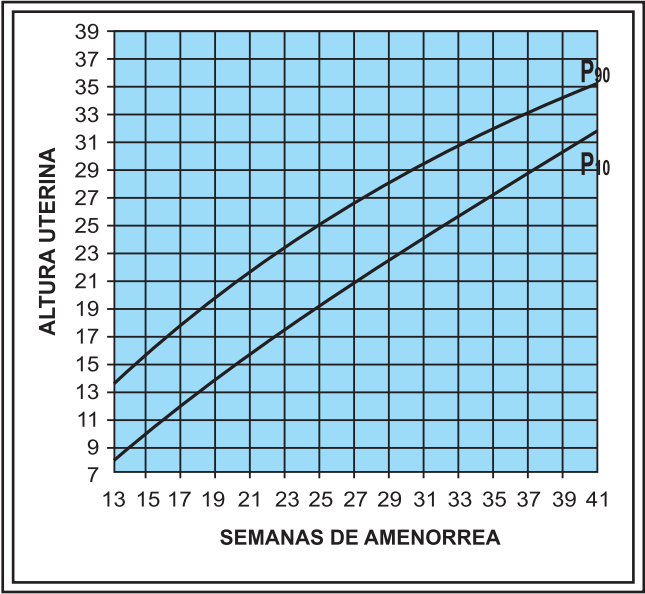
N° HC

CITA DE CONTROL DE GESTANTE

AÑO	MES	DÍA

CITA DE CONTROL PUERPERA

AÑO	MES	DÍA



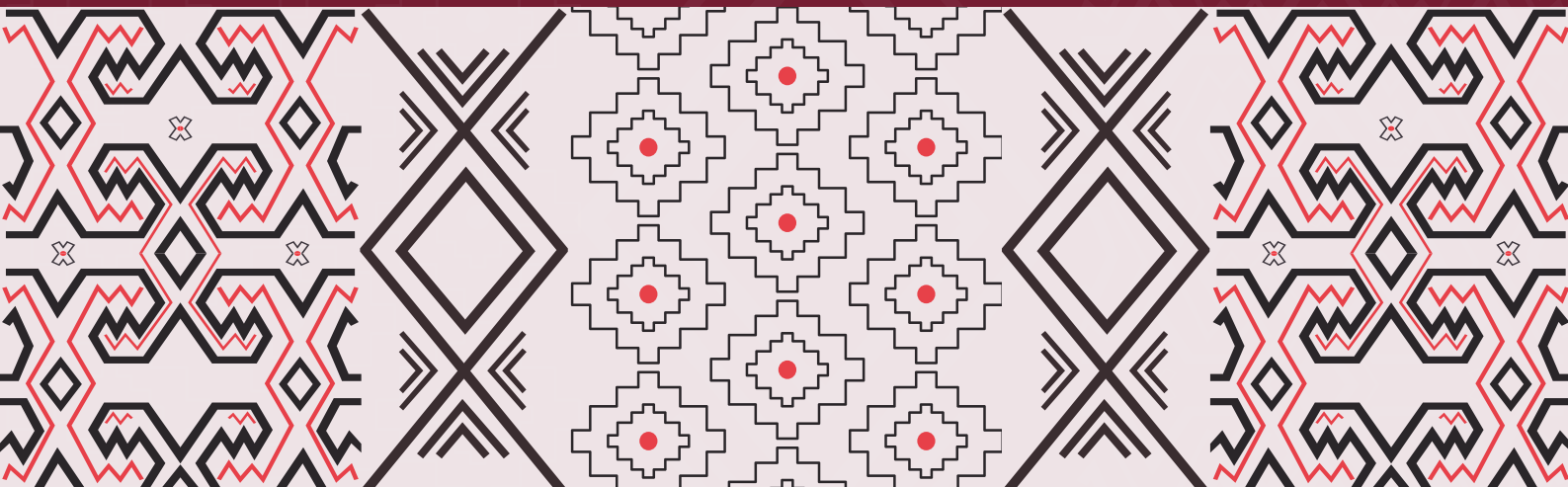
ATENCIONES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora de atención (a/m/dhh:mm)	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (°C)									
Presión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


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



Dirección de Red de Salud
N° 03 - Atalaya

¡CUIDANDO LA SALUD MATERNA NEONATAL!



		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud															
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																					
		NÚMERO DE FORMATO																			
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																					
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN															
PERSONAL QUE ATIENDE						LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR											
DE LA IPRESS		CÓDIGO DE AISPED		INTRAMURAL				AMBULATORIA				CÓD. RENIPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS		N° HOJA DE REFERENCIA					
ITINERANTE				EXTRAMURAL				REFERENCIA													
AISPED								EMERGENCIA													
DEL ASEGURADO / USUARIO																					
IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS													
TDI		N° DE 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							
MASCULINO		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							
FECHA DE ATENCIÓN				HORA		UPS		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION (ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
DÍA		MES		AÑO										DE INGRESO							
														DE ALTA							
														DE CORTE ADMINISTRATIVO							
REPORTE VINCULADO				CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR													
CONCEPTO PRESTACIONAL																					
ATENCIÓN DIRECTA																					
SEPELIO																					
NATIMUERTO																					
OBITO																					
OTRO																					
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																					
REFERIDO																					
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.					
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																					
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.									
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																					
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		IMC (Kg/m2)		P.AB (cm)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA							
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC							
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°				EVALUACIÓN INTEGRAL													
										APO		RUBEOLA		ANTITETANICA							
EDAD GEST		APGAR 1° 5°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPESI		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD (410)							
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH							
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		SR		IPV							
												HVB		PENTAVAL							
CONTROL PUERP (N°)				HB.GLICOSILADA (m g/dL)		DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/m L)		DEPURACION DE CREATININA (m L/min)		GRUPO DE RIESGO HVB				GRUPO DE RIESGO HVB : 1. TRA B A JA DOR DE SA LUD 2. TRA B A JA D. SEX UA LES 3. HSH 4. PRIV A DO LIB ERTA D 5. FF. A.A. 6. POLICIA N A CIONA L 7. ESTUDIA NTES DE SA LUD 8. POLITRA NFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES							
DIAGNÓSTICOS																					
N°		DESCRIPCIÓN						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 ATENCIÓN										N° DE COLEGIATURA							
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				ESPECIALIDAD				N° RNE				EGRESADO									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA 8. PSICOLOGA 9.TECNOLOGO MEDICO 10.NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXLIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO																					
FIRMA ASEGURADO REPRESENTANTE																					
REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS																					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																					
DNI O CE DEL REPRESENTANTE																					
Huella Digital del Asegurado o del Representante																					

**HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha

Dia	Mes	Año

Hora

--	--	--	--

Asegurado:	SI	NO
-------------------	-----------	-----------

SI **NO**

PLANES DE ATENCIÓN SIS

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

2. IDENTIFICACIÓN DE USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS								N° HISTORIA CLÍNICA							

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Edad		Años <input type="text"/> <input type="text"/>		Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Otros <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección:		Distrito:		Departamento			

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

Examen Físico T° PA ER EC

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

CIE - 10					D	P	R

Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

	UPS Destino de la Referencia		
	Emergencia <input type="radio"/>	Consulta Externa <input type="radio"/>	Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="radio"/>
Fecha en que será atendido:			
Hora en que será atendido:			
Nombre de quien lo atenderá:			
Nombre con quien se coordinó la atención:			

Especialidad de Destino:

Pediatría..... ☐ Medicina☐ Cirugía☐ Cineco-Obst.....☐ Lab. ☐ Dx. por Imag ☐ Otro ☐

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

Estable ○

Mal Estado ☐

Responsable de la RF	Respo. del establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe				
Nombre Colegiatura Profesión <div> <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Otro..... </div>	Nombre Colegiatura Profesión <div> <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Otro..... </div>	Nombre Colegiatura Profesión <div> <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Otro..... </div>	Nombre Colegiatura Profesión <div> <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Otro..... </div>				
			Fecha <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table> Hora <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 50%;"></td></tr></table>				
..... Firma v Sello Firma v Sello Firma v Sello Firma v Sello				

Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

☐ Estable

☐ Mal Estado

☐ Fallecido

HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año

 Hora

--	--	--	--

 Asegurado: ☐ SI ☐ NO

Tipo:..... PLANES DE ATENCIÓN SIS

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Establecimiento que Contrarrefiere

Establecimiento Destino de la Contrarreferencia

2. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS	N° HISTORIA CLÍNICA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

Sexo ☐ F ☐ M Edad: Años

--	--

 Meses

--	--

 Días

--	--

Dirección: Distrito: Departamento

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Ingreso

--	--	--

 Fecha de Egreso

--	--	--

Diagnóstico de Ingreso

Diagnóstico de Egreso

CIE - 10	D	P	R

Tratamiento y/o procedimientos realizados

Adjuntar informes y reportes de procedimientos

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

ORIGEN DE LA REFERENCIA

De la Comunidad ☐ De un Establecimiento de Salud ☐ Autorreferencia ☐

CALIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA REFERENCIA

Justificada ☐ No Justificada ☐

UPS QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA

Consulta Ext. ☐ Emergencia ☐ Apoyo al Dx ☐ Hospitalización ☐

ESPECIALIDAD QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA

Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco - Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Ima ☐ Otros ☐

RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO

RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA

CONDICIÓN DEL USUARIO PARA LA CONTRARREFERENCIA		Nombre:
Curado <input type="checkbox"/>	Deserción <input type="checkbox"/>	N° de colegiatura:
Mejorado <input type="checkbox"/>	Retiro voluntario <input type="checkbox"/>	
Atendido x Apoyo al Dx. <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>	

Firma y Sello

DIETA HIPOGLÚCIDA
(1500 Kcal)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

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

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

INDICACIONES GENERALES

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

ESQUEMA DIETÉTICO

DESAYUNO:

LECHE	1 TAZA.
PAN	2 UNIDADES
HUEVO	_____

ALMUERZO

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

CENA

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

Servicio: _____ Cama: _____ HCL: _____ Fecha de ingreso: ____/____/____

Nombre: _____ Sexo: _____ DNI: _____

Fecha de Nac: _____ Edad: _____ Piezas dentarias: _____ Antecedentes: _____

Dx. Med. _____

Cribado nutricional: Riesgo de desnutrición SI _____ NO _____

[illegible]

OBS:

MONITOREO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

CABELLO	CARA	OJOS	PIEL	BOCA	UÑAS

Apetito	Alergia/ Intolerancia
Deposición: Flatos:	Frecuencia: Consistencia:

FECHA		/ /	
RET		Kg	DÍA
	Energía (kcal)		
	CHO (g)		
	LIP (g)		
	PROT (g)		

FECHA	D	A	C






[illegible]

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

PLATO SALUDABLE



Diario de entrenamiento y dieta

1	2	3	5
DESAYUNO 	ENTRE HORAS 	COMIDA 	ENTRENAMIENTO <u>Entrenamiento de FUERZA</u> <u>Entrenamiento de CARDIO</u> <u>Clases COLECTIVAS</u>
PESO Y MEDICIONES  <div><div>PESO</div><div>% GRASA CORPORAL</div><div>% MASA GRASA</div><div>% AGUA</div><div>ÍNDICE GRASA VISCERAL</div><div>EDAD METABÓLICA</div></div> <div>NOTAS </div>			

RIESGO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

RIESGO	CRITERIOS
NINGUNO	NINGUNO
BAJO	UN CRITERIO TIPO “B”
ALTO	1 CRITERIO TIPO “A” O 2 CRITERIOS TIPO “B”
MUY ALTO	1 DE LOS SIGUIENTES FACTORES: a. $IMC < 14 \text{ Kg/m}^2$ b. PERDIDA DE PESO $> 20\% \text{ PC}$ c. INANICIÓN $> 15 \text{ DÍAS}$.

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL 2002 (NRS)

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

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

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

AÑADIR

TOTAL PUNTOS

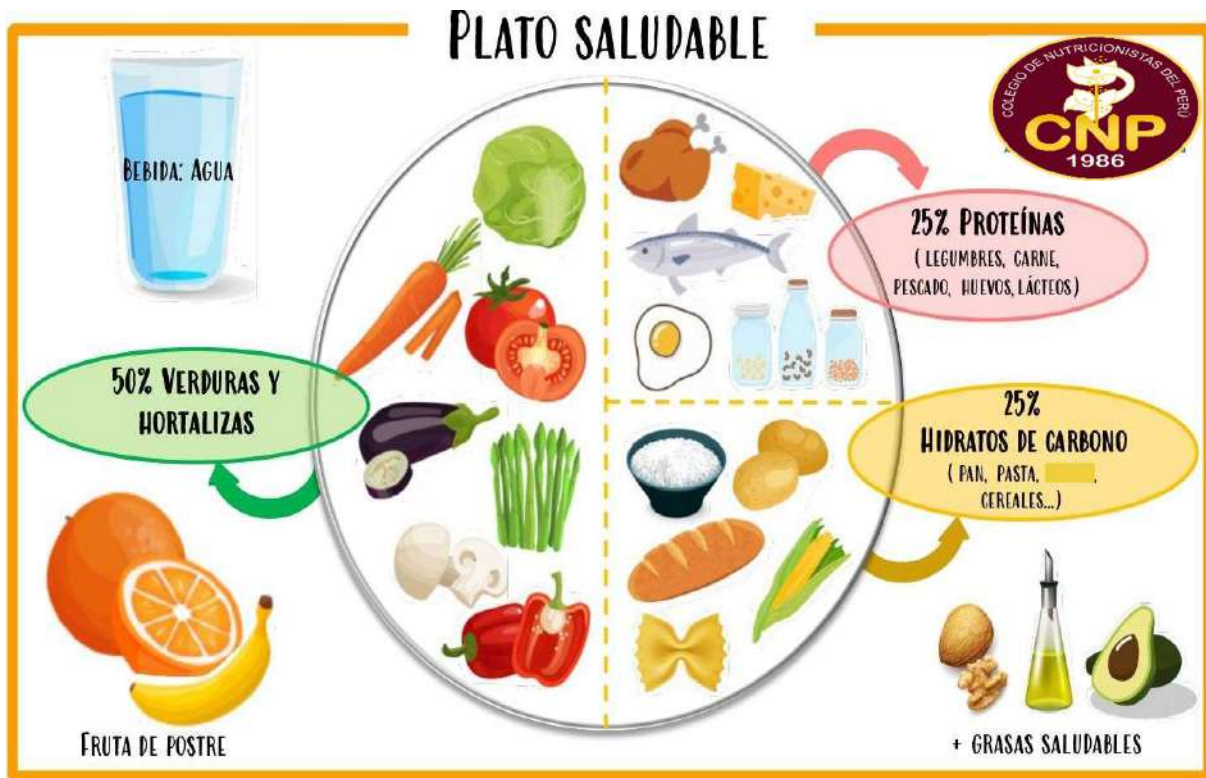
UN PUNTO SI LA EDAD ES >70 AÑOS

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

DE

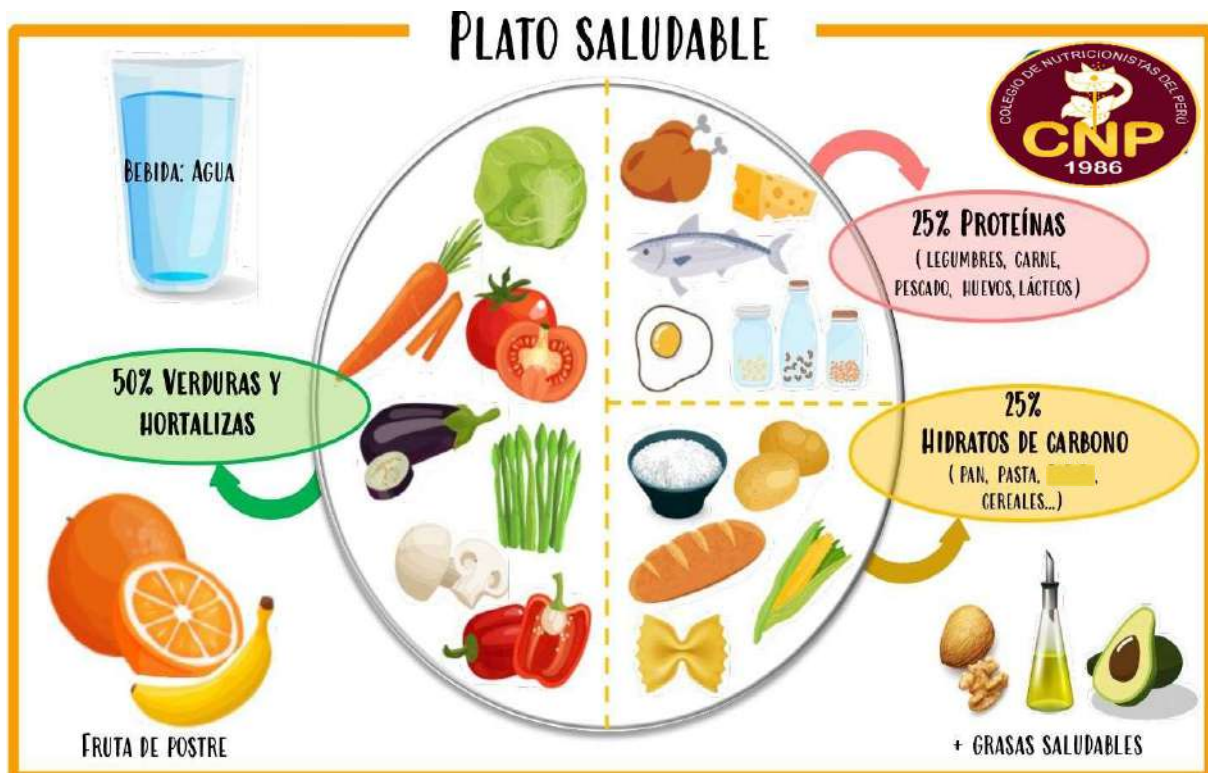
REGIMEN NUTRICIONAL


NOMBRE Y APELLIDOS: _____ PESO: __Kg IMC: _____



REGIMEN NUTRICIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ PESO: __Kg IMC: _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Salud de las Personas

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

1

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

N° de Historia Clínica

N° Afiliación SIS u otro Seguro:

Apellidos

Sexo:

M

F

Etnia

Nombres

Cel:


F. de Nac


Dirección /Referencia

Madre, Padre o adulto referente

Edad

DNI





Integrantes de familia

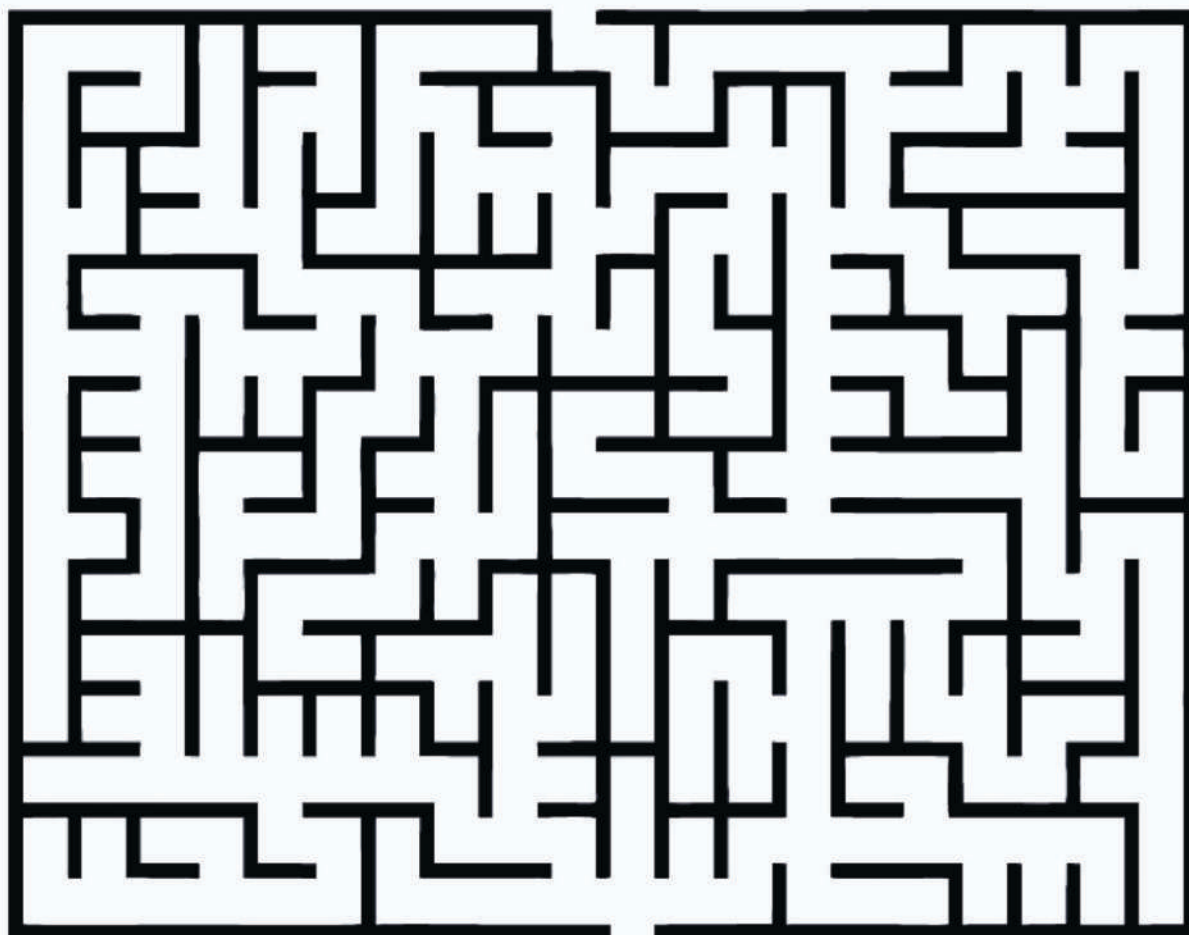
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS	OBSERVACIONES

N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES

N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACION DE CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL						
4	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)						
5							
6	IDENTIFICA CON DE FACTORES DE RIESGO DE PROTECCIÓN						
	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						
10	INMUNIZACIONES						

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

Encuentra la salida

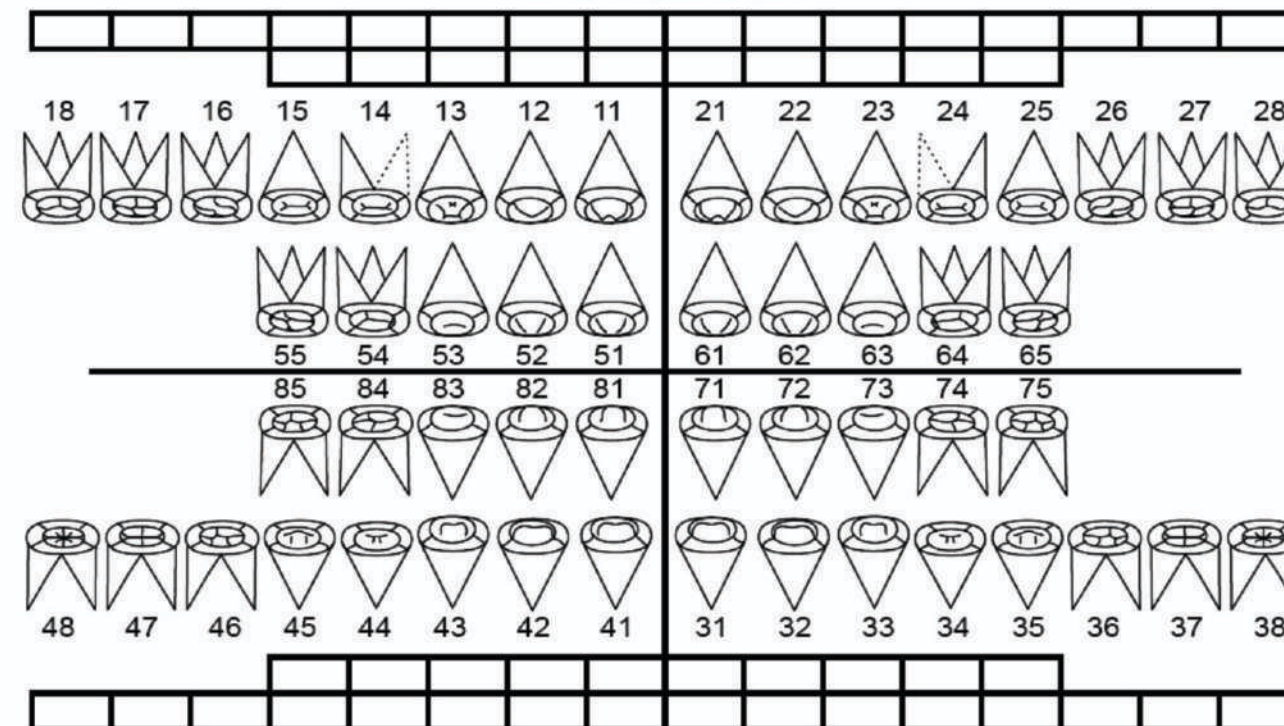


Nº :

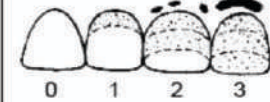
FICHA EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS:	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	GRADO Y SECCIÓN:
EDAD:	PROFESOR:

EXAMEN ODONTOLÓGICO ODONTOGRAMA INICIAL



RIESGO DE CARIES			
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Índice de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.2	1.3 a 2	3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **		Placa blanca *	Piezas	Placa calcificada**
	0		1.6	
	1		1.1	
	2		2.6	
	3		3.6	
			3.1	
ÍNDICE DE PB Y PC			4.6	
IHO-s				

* aplica a grupo niño

** a partir de adolescente

	1ºs	2ºs
Examen Odontológico		
IHO		
Asesoría Nutricional		
Aplicación Flúor		
Destartraje		

DIAGNÓSTICO / CIE-10 :

PLAN DE TRATAMIENTO :

TRATAMIENTO/CDT :

Fecha:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

2da. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Fecha:

EDAD : PESO: TALLA: Tº: P.A. :

MOTIVO DE ATENCIÓN:

DIAGNÓSTICO / CIE-10:

TRATAMIENTO/CDT

Firma y sello del Profesional

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:					Tiempo de Enfermedad:				
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO					
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P.ABD:	
DIAGNÓSTICO <small>(síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)</small>		(Enfermedad o		TIPO DE DX	CIE X	TRATAMIENT O:	VIA	DOSIS	FRECUCENCIA DE ADMINISTRACIÓN
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R		MEDIDAS HIGIENICO - DIETETICAS:			
				P D R					
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS PREVENTIVAS:			
						REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):			
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)			
Observación:									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:					Tiempo de Enfermedad:				
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO					
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P.ABD:	
DIAGNÓSTICO <small>(síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)</small>		(Enfermedad o		TIPO DE DX	CIE X	TRATAMIENT O:	VIA	DOSIS	FRECUCENCIA DE ADMINISTRACIÓN
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R		MEDIDAS HIGIENICO - DIETETICAS:			
				P D R					
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS PREVENTIVAS:			
						REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):			
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)			
Observación:									
APELLIDOS Y NOMBRES:									
								N° HCI:	

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> FECHA <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div> N° <div style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
DATOS GENERALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Apellidos			Nombres			Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Edad: <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Lugar de Nacimiento:			Procedencia:			F Nac: <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>		<div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
G° de Instrucción Centro Educativo			Estado civil			Religión		Grupo sanguíneo <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> Rh <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Acompañante			Dirección			Ocupación		<div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
ANTECEDENTE PERSONALES					ANTECEDENTE FAMILIARES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> PARTO: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>Si <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> <div>no se <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>NORMAL <input type="checkbox"/></div> <div>CESAREA <input type="checkbox"/></div> <div>CONTROL CREDE <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="margin-top: 5px;">APGAR: <div style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">PERSONALES</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> AÑO → <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <div>1 / 20</div> <div>1 / 20</div> <div>1 / 20</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">EDAD ()</th> <th colspan="3">EDAD ()</th> <th colspan="3">EDAD ()</th> </tr> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="9">TBC</td></tr> <tr><td colspan="9">TRANSF. SANGUINEAS</td></tr> <tr><td colspan="9">HOSPITALIZACIONES</td></tr> <tr><td colspan="9">INTERVEN. QUIRURGICAS</td></tr> <tr><td colspan="9">ACCIDENTES</td></tr> <tr><td colspan="9">CONSUMO DE TABACO</td></tr> <tr><td colspan="9">CONSUMO DE ALCOHOL</td></tr> <tr><td colspan="9">CONSUMO DE DROGAS</td></tr> <tr><td colspan="9">USO DE MEDICINAS</td></tr> <tr><td colspan="9">ALTERAC VISIÓN</td></tr> <tr><td colspan="9">ALT AUDICIÓN</td></tr> <tr><td colspan="9">ALT. POSTURAL</td></tr> <tr><td colspan="9">TRAST. NUTRICIÓN</td></tr> <tr><td colspan="9">DEPRESIÓN</td></tr> <tr><td colspan="9">ANSIEDAD</td></tr> <tr><td colspan="9">VIOLENCIA FAM</td></tr> <tr><td colspan="9">ALERGIAS</td></tr> <tr><td colspan="9">TAMIZAJE RPR</td></tr> <tr><td colspan="9">TAMIZAJE VIH</td></tr> <tr><td colspan="9">SOBA/ASMA</td></tr> <tr><td colspan="9">VACUNAS COMPLETAS</td></tr> <tr><td colspan="9">OTROS</td></tr> <tr><td colspan="9">ESPECIFICAR: <div style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></td></tr> </tbody> </table> </div> </div> </div>					EDAD ()			EDAD ()			EDAD ()			SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	TBC									TRANSF. SANGUINEAS									HOSPITALIZACIONES									INTERVEN. QUIRURGICAS									ACCIDENTES									CONSUMO DE TABACO									CONSUMO DE ALCOHOL									CONSUMO DE DROGAS									USO DE MEDICINAS									ALTERAC VISIÓN									ALT AUDICIÓN									ALT. POSTURAL									TRAST. NUTRICIÓN									DEPRESIÓN									ANSIEDAD									VIOLENCIA FAM									ALERGIAS									TAMIZAJE RPR									TAMIZAJE VIH									SOBA/ASMA									VACUNAS COMPLETAS									OTROS									ESPECIFICAR: <div style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>									<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">FAMILIARES</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> AÑO → <div style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <div>1 / 20</div> <div>1 / 20</div> <div>1 / 20</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">EDAD ()</th> <th colspan="3">EDAD ()</th> <th colspan="3">EDAD ()</th> </tr> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> <th>SI</th><th>NO</th><th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="9">TBC</td></tr> <tr><td colspan="9">OBESIDAD</td></tr> <tr><td colspan="9">VIH / SIDA</td></tr> <tr><td colspan="9">HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td></tr> <tr><td colspan="9">DIABETES</td></tr> <tr><td colspan="9">HIPERLIPIDEMIA</td></tr> <tr><td colspan="9">TRAST. PSICOLÓGICO</td></tr> <tr><td colspan="9">CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG</td></tr> <tr><td colspan="9">VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</td></tr> <tr><td colspan="9">PADRE/MADRE ADOLESC.</td></tr> <tr><td colspan="9">CÁNCER</td></tr> <tr><td colspan="9">SUICIDIO/INTENTO</td></tr> <tr><td colspan="9">SUICIDIO</td></tr> <tr><td colspan="9">DEPRESIÓN</td></tr> <tr><td colspan="9">OTROS</td></tr> <tr><td colspan="9">OBSERVACIONES</td></tr> </tbody> </table> </div> </div> </div>					EDAD ()			EDAD ()			EDAD ()			SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS	TBC									OBESIDAD									VIH / SIDA									HIPERTENSIÓN ARTERIAL									DIABETES									HIPERLIPIDEMIA									TRAST. PSICOLÓGICO									CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG									VIOLENCIA INTRAFAMILIAR									PADRE/MADRE ADOLESC.									CÁNCER									SUICIDIO/INTENTO									SUICIDIO									DEPRESIÓN									OTROS									OBSERVACIONES								
EDAD ()			EDAD ()			EDAD ()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
TBC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TRANSF. SANGUINEAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
HOSPITALIZACIONES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
INTERVEN. QUIRURGICAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ACCIDENTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CONSUMO DE TABACO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CONSUMO DE ALCOHOL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CONSUMO DE DROGAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
USO DE MEDICINAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ALTERAC VISIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ALT AUDICIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ALT. POSTURAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TRAST. NUTRICIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
DEPRESIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ANSIEDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
VIOLENCIA FAM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ALERGIAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TAMIZAJE RPR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TAMIZAJE VIH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SOBA/ASMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
VACUNAS COMPLETAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
OTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ESPECIFICAR: <div style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
EDAD ()			EDAD ()			EDAD ()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
TBC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
OBESIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
VIH / SIDA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERLIPIDEMIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TRAST. PSICOLÓGICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
PADRE/MADRE ADOLESC.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CÁNCER																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SUICIDIO/INTENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SUICIDIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
DEPRESIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
OTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
OBSERVACIONES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">INMUNIZACIONES</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">VACUNAS</th> <th colspan="5">DOSIS / FECHA</th> </tr> <tr> <th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SPR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HvB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPH</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AMA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>INFLUENZA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>COVID 19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> </div>					VACUNAS	DOSIS / FECHA					1°	2°	3°	4°	5°	DT						SPR						HvB						VPH						AMA						INFLUENZA						COVID 19						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> </div> </div> <div> ESPECIFIQUE <div style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
VACUNAS	DOSIS / FECHA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	1°	2°	3°	4°	5°																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
DT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SPR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
HvB																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
VPH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
AMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
INFLUENZA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
COVID 19																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ANTECEDENTE PSICOSOCIALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">EDUCATIVOS</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ESTUDIA? <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> DE ACUERDO A LA EDAD? <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> NIVEL <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>NO ESCOLARIZADO <input type="checkbox"/></div> <div>PRIMARIA <input type="checkbox"/></div> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> BAJO RENDIMIENTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>Si <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> DESERCIÓN <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> REPITENCIA <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">LABORALES</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> TRABAJAS? <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> REMUNERADO <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> ESTABLE <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> TIEMPO COMPLETO <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> EDAD INICIO TRABAJO <div style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> TIPO DE TRABAJO <div style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVO PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACION NUTRICIONAL	FECHA			
	Perimetro Abdominal			
	Talla/ Edad			
	Indice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL SEGÚN TANNER	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACION POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACION DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	FECHA			
	Agudeza visual OD			
	Agudeza visual OI			
	Agudeza auditiva OD			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de Colesterol			
	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (eterminación de proteína en orina)			
	Dosaje de triglicérido			
	Toma de presión			
DIAGNOSTICO DE RIESGO	FECHA			
	Aprendizaje y escolaridad			
	Pandillaje			
	Funcionalidad Familiar			
APELLIDOS Y NOMBRE:				Nº

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI		NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI		NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		T°:		P A :		FC:		FR: Peso: Talla: P.ABD:	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)									
TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENT O:		VIA		DOSIS FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
MEDIDAS HIGIENICO - DIETETICAS:									
EXÁMENES AUXILIARES:									
MEDIDAS PREVENTIVAS:									
REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):									
Próxima Cita:									
Observación:									
Firma y Sello (Colegio Profesional)									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI		NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI		NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		T°:		P A :		FC:		FR: Peso: Talla: P.ABD:	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)									
TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENT O:		VIA		DOSIS FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
P D R									
MEDIDAS HIGIENICO - DIETETICAS:									
EXÁMENES AUXILIARES:									
MEDIDAS PREVENTIVAS:									
REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):									
Próxima Cita:									
Observación:									
Firma y Sello (Colegio Profesional)									
APELLIDOS Y NOMBRES:									
Nº HCl:									

Escalas de Tanner en niñas.

TEST DE TANNER

11

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

RESULTADOS:

ESTADIO
Nº

Escalas de Tanner en niños.

TEST DE TANNER

	Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y Pene Infantil.
	Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.
	Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.
	Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y escurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.
	Estadio 5. Genitales adulto. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

RESULTADOS:

ESTADIO
Nº

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

APELLIDOS Y NOMBRES

Nº

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

TALLA PARA LA EDAD		
PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN	COD.
< -3 DE	Talla Baja severa	E45X
< -2 a -3 DE	Talla Baja	Z006
+2 DE	Normal	Z006
> 2 DE	Talla Alta	E344



HÁBITOS ALIMENTICIOS (MARCAR SI O NO)

Nº comidas al día: DESAYUNO ☐ ALMUERZO ☐ CENA ☐

REFRIGERIO ☐

ALIMENTOS	20.....	20.....	ESTANDAR
Fecha			
Leche, queso y yogurt			Diario
Carnes, pollo, hígado, pescado y otros			Diario
Menestras y legumbres			3 v/sem
Cereales, tubérculos y derivados			2 a 3 v/día
Frutas y verduras			5 v/día
Frituras y bocaditos			Esporádico

Escribir : D (diario), I (Interdiario 3-4 v/semana), S (semanal)
M (Mensual), N (Nunca o esporádicamente)

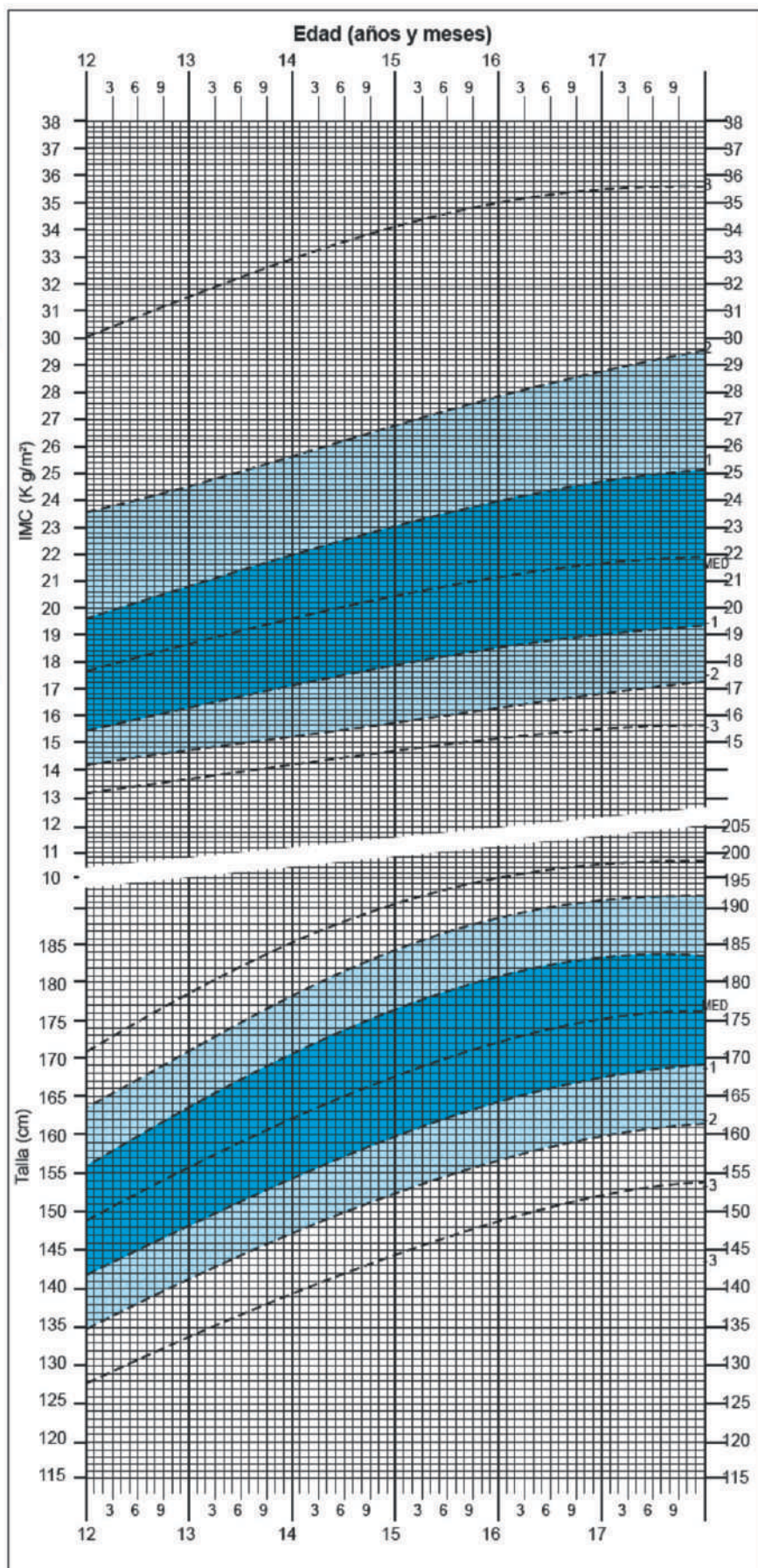
Año	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL					ORIENTACIÓN NUTRICIONAL	
	Peso	Talla	IMC	T/E	T.A	SI	NO
20....							
20....							
20....							

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (TA)	20.....	20.....
1. ¿Vómitos después de la comidas?	SI NO	SI NO
2. ¿Sientes culpa después de comer?	SI NO	SI NO
3. ¿Comes desesperadamente?	SI NO	SI NO
4. ¿Te sientes gorda, inconforme con tu peso?	SI NO	SI NO
5. ¿Eres de hacer dietas o dejar de comer?	SI NO	SI NO
6. ¿Te provocas vómitos después de comer?	SI NO	SI NO

Ítem 1: Anorexia, 1, 2, 4 y 5 Más de 3 ítems con respuesta positiva = Presunción de Anorexia
Ítem 2: Bulimia, 2, 3 y 6 Más de 2 ítems con respuesta positiva = Presunción de Bulimia

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



CUESTIONARIO AUDIT - C:
PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL

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

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

Fuente: AUDIT C versión corta de 3 ítems

Muchas gracias por su ayuda

El AUDIT-C se califica en una escala de 0 a 12 puntos (puntajes de 0 indican ningún uso de alcohol).

En hombres, una puntuación de 4 o más es considerada significativa (o "positiva"); en mujeres, se considera significativa una puntuación de 3 o más.

Un puntaje significativo ("positivo") indica que la persona está en riesgo elevado de consumo perjudicial o abusivo o dependencia de alcohol.

ESCALA DE SSI (BECK)

NOMBRE Y APELLIDOS EDAD F/N

GRADO Y SECCIÓN DNI..... Nº D E CELULAR

DIRECCIÓN REFERENCIA

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

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

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist -PSC) Adaptación para adolescentes

Por favor, marque lo que mejor te describa

	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Te sientes triste			
2 Te sientes pesimista/piensas que las cosas son difíciles y te van a salir mal			
3 Te sientes mal contigo mismo(a)			
4 Te preocupas mucho			
5 Parece que te diviertes menos que antes/ Te aburres fácilmente			
6 Te cuesta estar tranquilo(a)			
7 Sueñas despierto(a)/ estás en su propio mundo			
8 Te distraes fácilmente			
9 Te cuesta concentrarse			
10 Eres muy inquieto(a), tienes demasiada energía			
11 Peleas con otros chicos(as) o adolescentes			
12 No sigues las órdenes/reglas			
13 No comprendes los sentimientos de los demás			
14 Molestas o te burias de los demás			
15 Culpas a los demás de tus problemas			
16 Te niegas a compartir			
17 Coges cosas ajenas			

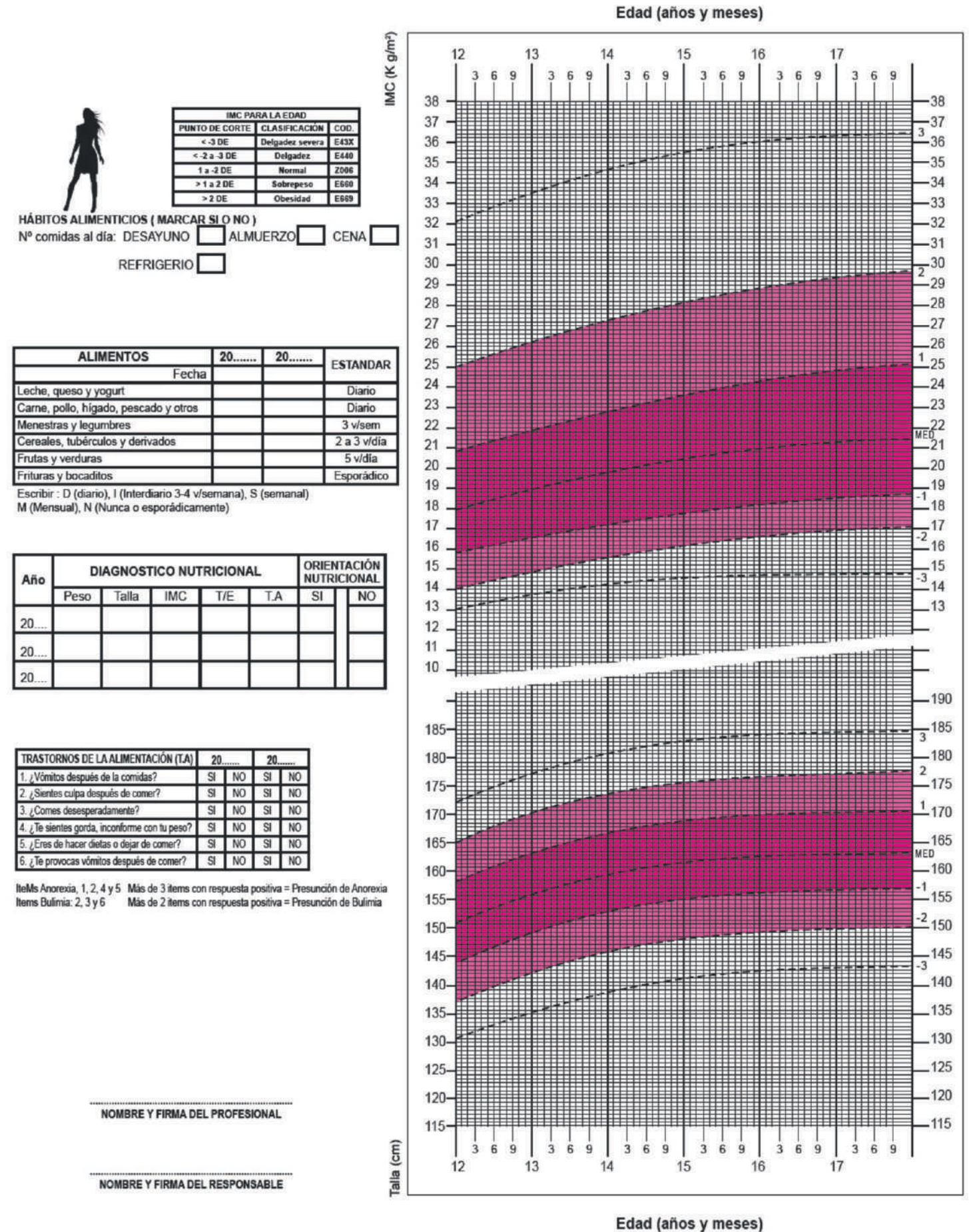
¿Consideras que tienes algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesitas ayuda?	SI	NO
--	----	----

Fuente:

Jellinek M, Murphy M. Pediatric Symptom Checklist (Internet]. Massachusetts General Hospital. 2020 (citado 4 diciembre 2020). Disponible en:

[https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist#:~:text=The%20Pediatric%20Symptom%20Checklist%20\(PSC\)%20is%20a%20brief%20questionnaire%20that,an%20assessment%20of%20psychosocial%20functioning.](https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist#:~:text=The%20Pediatric%20Symptom%20Checklist%20(PSC)%20is%20a%20brief%20questionnaire%20that,an%20assessment%20of%20psychosocial%20functioning.)

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



PANDILLAJE											
INDAGAR EN EL/A ADOLESCENTE:		I / 20		I / 20		I / 20		Criterio de Dx: Dos o más rptas. afirmativas denotan problemas de pandillaje y violencia Dx. de Riesgo: Pertenencia a Pandilla - presencia de Agresividad y Violencia (Cód. F9121)			
		EDAD()		EDAD()		EDAD()					
		SI NO		SI NO		SI NO					
1	¿TU BARRIO ES FRECUENTADO O TIENE PANDILLAS?										
2	¿TIENES AMIGOS DE UNA BARRA O PANDILLAS?										
3	¿FORMAS PARTE DE ALGUNA BARRA O PANDILLA?										
4	¿HAS PARTICIPADO EN PELEAS CALLEJERAS?										
5	¿HAZ SIDO ACUSADO/DENUNCIADO POR ALTERAR EL ORDEN SOCIAL?										
FECHA DE EVALUACIÓN: DIAGNOSTICO DE RIESGO:											

HABILIDADES SOCIALES																
ASERTIVIDAD																
REGISTRAR SOLO UN TIPO DE RESPUESTA																
N= Nunca / RV= Rara Vez / AV= A Veces / AM= A Menudo / S= Siempre																
AÑO																
N RV AV AM S N RV AV AM S N RV AV AM S																
1	PREFIERO MANTENERME CALLADO(A) PARA EVITARME PROBLEMAS	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2	SI UN AMIGO(A) HABLA MAL DE MI PERSONA LE INSULTO	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3	SI NECESITO AYUDA LA PIDO DE BUENA MANERA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	SI UN(A) AMIGO(A) SE SACA UNA BUENA NOTA EN EL EXAMEN NO LE FELICITO	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5	AGRADEZCO CUANDO ALGUIEN ME AYUDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	ME ACERCO A ABRAZAR A MI AMIGO(A) CUANDO CUMPLE AÑOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	SI UN(A) AMIGO(A) FALTA A UNA CITA ACORDADA LE EXPRESO MI AMARGURA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	CUANDO ME SIENTO TRISTE EVITO CONTAR LO QUE ME PASA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9	LE DIGO A MI AMIGO(A) CUANDO HACE ALGO QUE NO ME AGRADA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	SI UNA PERSONA MAYOR ME INSULTA ME DEFENDO SIN AGREDIRLO EXIGIENDO MI DERECHO A SER RESPETADO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	RECLAMO AGRESIVAMENTE CON INSULTOS CUANDO ALGUIEN QUIERE ENTRAR AL CINE SIN HACER SU COLA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12	NO HAGO CASO CUANDO MIS AMIGO(S) ME PRESIONAN PARA CONSUMIR ALCOHOL	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	ME DISTRAIGO FÁCILMENTE CUANDO UNA PERSONA ME HABLA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
14	PREGUNTO CADA VEZ QUE SEA NECESARIO PARA ENTENDER LO QUE ME DICEN	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	MIRO A LOS OJOS CUANDO ALGUIEN ME HABLA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	NO PREGUNTO A LAS PERSONAS SI ME HE DEJADO COMPRENDER	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
17	ME DEJO ENTENDER CON FACILIDAD CUANDO HABLO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	UTILIZO UN TONO DE VOZ CON GESTO APROPIADOS PARA QUE ME ESCUCHEN Y ME ENTIENDAN MEJOR	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	EXPRESO MIS OPINIONES SIN CALCULAR LAS CONSECUENCIAS	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
20	SI ESTOY "NERVIOSO (A)" TRATO DE RELAJARME PARA ORDENAR MIS PENSAMIENTOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21	ANTES DE OPINAR ORDENO MIS IDEAS CON CALMA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22	EVITO HACER COSAS QUE PUEDAN DAÑAR MI SALUD	1	4	3	2	1	1	4	3	2	1	1	4	3	2	1
23	NO ME SIENTO CONTENTO CON MI ASPECTO FÍSICO	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
24	ME GUSTA VERME ARREGLADO (A)	1	2	3	4	1	1	2	3	4	1	1	2	3	4	5
25	PUEDO CAMBIAR MI COMPORTAMIENTO CUANDO ME DOY CUENTA QUE ESTOY EQUIVOCADO (A)	1	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
26	ME DA VERGÜENZA RECONOCER MIS ERRORES	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
27	RECONOZCO FÁCILMENTE MIS CUALIDADES POSITIVAS Y NEGATIVAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28	PUEDO HABLAR SOBRE MIS TEMORES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29	CUANDO ALGO ME SALE MAL NO SÉ COMO EXPRESAR MI CÓLERA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
30	COMPARTO MIS ALEGRÍAS CON MIS AMIGOS (as)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	ME ESFUERZO PARA SER MEJOR ESTUDIANTE	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32	GUARDO LOS SECRETOS DE MIS AMIGOS (as)	1	4	3	2	1	1	4	3	2	1	1	4	3	2	1
33	ME NIEGO HACER LAS TAREAS DE MI CASA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
34	PIENSO EN VARIAS SOLUCIONES FRENTE A UN PROBLEMA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35	ME DEDICO POR LO QUE LA MAYORÍA DECIDE	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
36	PIENSO EN LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE MIS DECISIONES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37	NO ME AGRADA HABLAR SOBRE MI FUTURO	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
38	HAGO PLANES PARA MIS VACACIONES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39	BUSCO APOYO DE OTRA PERSONA PARA DECIDIR ALGO IMPORTANTE PARA MI FUTURO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40	ME CUESTA DECIR NO	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
41	MANTENGO MI IDEA CUANDO VEO QUE MIS AMIGOS ESTÁN EQUIVOCADOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42	RECHAZO UNA INVITACIÓN SIN SENTIRME GULPABLE	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

FIRMA / SELLO DEL PROFESIONAL (AÑO 20.....)				FIRMA / SELLO DEL PROFESIONAL (AÑO 20.....)				FIRMA / SELLO DEL PROFESIONAL (AÑO 20.....)			
VALORACIÓN FINAL APRENDIZAJE Y ESCOLARIDAD FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Interconsulta a Psicología RIESGO SI NO SI NO SI NO				RIESGO SI NO SI NO SI NO			

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 - 17 Años)											
TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (96153.03)											
1. ¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	Año 20.....	¿Por quién?							
2. ¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a esta?	SI	NO		¿Desde Cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?						
3. ¿Te has sentido(a) o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO		¿Por quién?							
1. ¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	Año 20.....	¿Desde Cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?						
2. ¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a esta?	SI	NO		¿Por quién?							
3. ¿Te has sentido(a) o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO		¿Desde Cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?						
1. ¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	Año 20.....	¿Por quién?							
2. ¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a esta?	SI	NO		¿Desde Cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?						
3. ¿Te has sentido(a) o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO		¿Por quién?							

Indicaciones de Violencia Familiar (marcar una o más aspas donde corresponda)																				
FÍSICOS	Año			Año			Año			PSICOLÓGICOS	Año			Año			SEXUALES	Año		
	/ / /			/ / /			/ / /				/ / /			/ / /						
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO	SI	NO
Hematomas, confusiones, fracturas inexplicables							Tristeza, depresión, angustia													
Laceraciones en boca, mejillas, ojos etc.							Retraimiento, aislamiento, baja autoestima													
Cefaleas, problemas de sueño (mucho o interrupción)							Llanto frecuente. Quejas crónicas sin causa física													
Irritación, dolor, lesión y/o hemorragia en zona genital							Aborto, Infecciones de Transmisión Sexual.													

Dx. de Riesgo	Código	Dx. de Especialista	Código
Problemas relacionados a violencia	R 456	Dx. Abuso Físico	T741
		Dx. Abuso Psicológico	T743
		Dx. Abuso Sexual	T742
		Dx. Negligencia	T740

Año	Fecha	Dx. de Riesgo	Consejería SM (Cód. 99404)	I / C o Ref. a Psicología
20.....			SI NO	SI NO
20.....			SI NO	SI NO
20.....			SI NO	SI NO

FIRMA / SELLO DEL RESPONSABLE AÑO 20.....	FIRMA / SELLO DEL RESPONSABLE AÑO 20.....	FIRMA / SELLO DEL RESPONSABLE AÑO 20.....



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



Nombres y Apellidos

EDAD

Código del asegurado

DNI:

USUARIO

ATENCIÓN

ESPECIALIDAD MÉDICA

Demanda

Consultorio ex externo

Medicina

SIS

Emergencia

Cirugía

Intervención Sanitaria

Odontología

Psiquiatría

Otros

Otros

Otros

Historia Clínica:

(CIE-10)

Diagnostico (Definitivo Presuntivo)

Rp.	Producto farmacéutico o insumo (Obligatorio DCI o equivalente para insumo)	Concentración	Forma Farmaceutica	Cantidad
-----	---	---------------	--------------------	----------

Sello/Firma/Col.Profesional

Fecha Atención

Válido hasta



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



INDICACIONES

Nombres y Apellidos

Producto farmacéutico o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
--------------------------------	-------	-----	------------	----------

Sello/Firma/Col.Profesional

Fecha Atención

Válido hasta



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



Nombres y Apellidos

EDAD

Código del asegurado

DNI:

USUARIO

ATENCIÓN

ESPECIALIDAD MÉDICA

Demanda

Consultorio ex externo

Medicina

SIS

Emergencia

Cirugía

Intervención Sanitaria

Odontología

Psiquiatría

Otros

Otros

Otros

Historia Clínica:

(CIE-10)

Diagnostico (Definitivo Presuntivo)

Rp.	Producto farmacéutico o insumo (Obligatorio DCI o equivalente para insumo)	Concentración	Forma Farmaceutica	Cantidad
-----	---	---------------	--------------------	----------

Sello/Firma/Col.Profesional

Fecha Atención

Válido hasta



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



INDICACIONES

Nombres y Apellidos

Producto farmacéutico o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
--------------------------------	-------	-----	------------	----------

Sello/Firma/Col.Profesional

Fecha Atención

Válido hasta

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:

3.1. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

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

	<p>Importante</p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p>
C	<p>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente S/ 120,000.00 (Ciento Veinte mil con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 30,000.00 (Treinta mil con 00/100 soles), por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: SERVICIO DE IMPRESIÓN Y/O CONFECCIÓN E FORMATOS Y FORMULARIOS EN ENTIDADES DEL SECTOR SALUD (IPRRS).</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se</p>

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

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

(...)

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

presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

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

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

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

Importante

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

Importante

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

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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

Importante

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

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO²

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

² En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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

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

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE 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 ACCESORIAS³

“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:

³ 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 CONTROVERSIAS⁴

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 Digitales⁵.

⁴ 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).

⁵ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

ANEXOS



ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE ⁶	Sí	No	
Correo electrónico :			

Autorización de notificación por correo electrónico:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios⁷

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.

⁶ 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.

⁷ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

Datos del consorciado 1					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ⁸		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado 2					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ⁹		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁰		Sí		No	
Correo electrónico :					

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

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

⁸ 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.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem.

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios¹¹

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.

¹¹ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.



ANEXO N° 2

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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



ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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



ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]¹²

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]¹³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%¹⁴

¹² Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁴ 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
<i>De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.</i>



Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
TOTAL			

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

Importante para la Entidad

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

Incluir o eliminar, según corresponda

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

Importante para la Entidad

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

Incluir o eliminar, según corresponda

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]
Presente.-

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

OFERTA A PRECIOS UNITARIOS DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
Monto del componente a precios unitarios			

OFERTA A SUMA ALZADA DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
Monto del componente a suma alzada	

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante



- *El postor debe consignar en su oferta los precios unitarios de los componentes previstos para este sistema en el presente anexo y por un monto fijo integral de los componentes previstos a suma alzada.*
- *En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*
Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN].

Importante para la Entidad

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

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

Importante para la Entidad

*En caso de la prestación de servicios bajo el sistema en base a porcentajes incluir el siguiente anexo:
Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

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

CONCEPTO	OFERTA
Porcentaje ofertado ¹⁵	%
Monto Total Ofertado	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

Importante para la Entidad

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

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

¹⁵ De conformidad con la Opinión N° 202-2016/DTN, corresponde al porcentaje del monto total a cobrar o recuperar.

Importante para la Entidad

En caso de la prestación de servicios bajo el sistema en base a honorario fijo y comisión de éxito incluir el siguiente anexo:

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	MONTO
(A) Honorario Fijo	
(B) Comisión de éxito ¹⁶	
Precio de la Oferta (A) + (B)	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

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

Importante para la Entidad

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

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

¹⁶ De conformidad con la Opinión N° 011-2017/DTN “El postor formula su oferta contemplando un monto fijo y un monto adicional como incentivo que debe pagársele en caso consiga el resultado esperado”.

Importante para la Entidad

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

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

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

Señores

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

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

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa¹⁷ 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.

¹⁷ En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]
Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ¹⁸	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ¹⁹	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁰ DE:	MONEDA	IMPORTE ²¹	TIPO DE CAMBIO VENTA ²²	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²³
1										
2										
3										
4										

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

²⁰ 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”.

²¹ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

²² 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.

²³ 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 ¹⁸	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ¹⁹	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁰ DE:	MONEDA	IMPORTE ²¹	TIPO DE CAMBIO VENTA ²²	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²³
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 10

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

Importante

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

ANEXO N° 10

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 11

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 12

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

(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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