

BASES ESTÁNDAR DE CONCURSO PÚBLICO 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> <div>Importante</div> <ul style="list-style-type: none"> • Abc </div>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
4	<div> <div>Advertencia</div> <ul style="list-style-type: none"> • Abc </div>	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
5	<div> <div>Importante para la Entidad</div> <ul style="list-style-type: none"> • Xyz </div>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

INSTRUCCIONES DE USO:

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

Elaboradas en enero de 2019

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

BASES ESTÁNDAR DE CONCURSO PÚBLICO PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL



**CONCURSO PÚBLICO N°
002-2024-RPSA-1**

PRIMERA CONVOCATORIA

BASES INTEGRADAS

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE
IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA OFICINA DE
SEGUROS Y SISMED PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS
MICROREDES DE SALUD DE LA RED DE SALUD
AREQUIPA CAYLLOMA**

2024

DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

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

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

1.2. CONVOCATORIA

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

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

Importante

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

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento.

Importante

No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada, aun cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente respecto a las características técnicas y/o requisitos de calificación y/o condiciones de ejecución. 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 los numerales 72.4 y 72.5 del artículo 72 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. ELEVACIÓN AL OSCE DEL PLIEGO DE ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

Los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones, así como a las bases integradas por supuestas vulneraciones a la normativa de contrataciones, a los principios que rigen la contratación pública u otra normativa que tenga relación con el objeto de la contratación, pueden ser elevados al OSCE de acuerdo a lo indicado en los numerales del 72.8 al 72.11 del artículo 72 del Reglamento.

La solicitud de elevación para emisión de Pronunciamiento se presenta ante la Entidad, la cual debe remitir al OSCE el expediente completo, de acuerdo a lo señalado en el artículo 124 del TUO de la Ley 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, al día hábil siguiente de recibida dicha solicitud.

Advertencia

La solicitud de elevación al OSCE de los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones, así como a las Bases integradas, se realiza de manera electrónica a través del SEACE, a partir de la oportunidad en que establezca el OSCE mediante comunicado.

Importante

Constituye infracción pasible de sanción según lo previsto en el literal n) del numeral 50.1 del artículo 50 de la Ley, presentar cuestionamientos maliciosos o manifiestamente infundados al pliego de absolución de consultas y/u observaciones.

1.7. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 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.*

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>

- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

1.8. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

Importante

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

En la apertura electrónica de la oferta, el comité de selección 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.

1.9. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el artículo 74 del Reglamento.

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

1.10. 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.

1.11. 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.

1.12. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

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

1.13. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el comité de selección 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.

1.14. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los ocho (8) 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 de 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 y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

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 comité de selección, 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 comité de selección.
- *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.*

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 ocho (8) 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 ocho (8) 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.

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

3.2. GARANTÍAS

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

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

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

Importante

- *En los contratos 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 sea igual o menor 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, 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 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

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

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

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

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA OFICINA DE SEGUROS Y SISMED, PARA EL ABASTECIMIENTO DE LAS MICROREDES DE SALUD DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

ITEM PAQUETE	DENOMINACION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD TOTAL
1	RECETA UNICA ESTANDARIZADA	BLOCK	8,686.00
	TICKET EN PAPEL AUTOCOPIATIVO	UNIDAD	100,000.00
	KARDEX	UNIDAD	144,000.00
2	FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA)	PAQUETE	4,831.00
3	HISTORIA CLINICA	UNIDAD	2,782,000.00
	ORDEN DE LABORATORIO	MILLAR	255.00

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **FORMATO N° 02 SOLICITUD Y APROBACION DEL EXPEDIENTE CONCURSO PUBLICO N° 002-2024-RPSA-1** de fecha 12 de junio del 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 CORRESPONDE.

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de:

ITEM PAQUETE	DENOMINACION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PLAZO DE ENTREGA
1	RECETA UNICA ESTANDARIZADA	BLOCK	8,686	UNICA ENTREGA 40 DIAS CALENDARIOS
	TICKET EN PAPEL AUTOCOPIATIVO	UNIDAD	100,000	
	KARDEX	UNIDAD	144,000	
2	FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA)	PAQUETE	1,450	1RA ENTREGA 20 DIAS CALENDARIOS
			3,381	2DA ENTREGA 120 DIAS CALENDARIOS
3	HISTORIA CLINICA	UNIDAD	2,782,000	UNICA ENTREGA 30 DIAS CALENDARIOS
	ORDEN DE LABORATORIO	MILLAR	255	

Contabilizados a partir del día siguiente de suscrito el contrato, 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 solicitar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/. 5.00 (Cinco con 00/100 Soles) en la caja de la Entidad sito en Av. Independencia Block E N° 600 Int 424 Arequipa – Arequipa.

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

- Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31954, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley N° 31955, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Decreto Legislativo N° 1440 - Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF que Aprueba el TUO de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias vigentes (Decreto Supremo N°234-2022-EF).
- Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.
- Directivas y Opiniones del OSCE.

- Código Civil.
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria, que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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 documentos², 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 – PIDE³ 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**)

² La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

³ 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)**⁴
- 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 comité de selección verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a. En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad.
- b. Los postores que apliquen el beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, deben presentar la Declaración Jurada de cumplimiento de condiciones para la aplicación de la exoneración del IGV (Anexo N° 7).
- c. Solicitud de bonificación del diez por ciento (10%) por servicios prestados fuera de la provincia de lima y callao (Anexo N° 10)
- d. Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (Anexo N° 11).

Advertencia

El comité de selección no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.

2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

⁴ 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.

- 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 – PIDE⁵ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación ⁶ (**Anexo N° 12**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁷.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete⁸.

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 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 del Reglamento y 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 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 sea igual o menor 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, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

⁵ Para mayor información de las Entidades usuarias de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

⁶ En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

⁷ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

⁸ Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

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 Haya⁹.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

Importante

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

2.5. FORMA DE PAGO

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

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

- Recepción del Bien se realizará por parte del Responsable de ALMACEN CENTRAL, sito en Psje. Martinetti 111, Cercado, Arequipa; en el horario de 8:00 a 12:20 y de 14:00 a 16:00 horas.
- Informe del funcionario responsable de cada Programa Presupuestal emitiendo la conformidad respectiva,
- Comprobante de pago.

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

⁹ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

FORMATO DE "REQUERIMIENTO DE SERVICIOS – TERMINOS DE REFERENCIA"

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de SISMED de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del servicio de impresiones para las prestaciones de salud en el ámbito de la Red de salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Abastecer de forma oportuna con el servicio de impresiones, para la atención de las intervenciones de salud de las 28 microrredes de la Red de salud Arequipa Caylloma para que reciban una atención oportuna.

4. FINALIDAD PUBLICA

Contar con una herramienta estandarizada para la mejora de las prestaciones de salud a los asegurados SIS y el control de medicamentos en el ámbito de las 28 microrredes de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 9002 APNOP
Meta Presupuestal : 0125
Fuente de Financiamiento : Donaciones y transferencias
Especifica de Gasto : 23.27.11 6

6. DESCRIPCION DEL SERVICIO REQUERIDO

<u>DESCRIPCION</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>UNIDAD DE MEDIDA</u>
RECETA UNICA ESTANDARIZADA	8,686	BLOCK X 100

7. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Papel químico (autocopiativo 01 copia).✓ Original y copia en papel auto copiable (amarilla).✓ Tamaño A5.✓ Letras de color NEGRO (utilizar tinta seca).✓ Presentación, Block x 100 hojas (desglosables) numeración según Anexo A.
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las recetas son personalizadas para cada establecimiento, según su respectivo nombre CENTRO DE SALUD Y/O PUESTO DE SALUD, según Anexo A. ✓ El nombre de la IPRESS que realiza la atención deberá de estar impreso en cada RECETARIO con letras mayúsculas y en negrita (Servicio personalizado por Centro de Salud y/o Puesto de Salud). ✓ La cantidad de recetarios a empaquetar serán de acuerdo con el anexo B.
--	--

8. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
TICKET EN PAPEL AUTOCOPIATIVO	100,000	UNIDAD

9. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel químico (autocopiativo 02 copia). ✓ Tamaño 10.50 cm de ancho x 14.8 cm de largo. ✓ Original y copia en papel auto copiable (celeste y rosado). ✓ Tamaño A6. ✓ Letras de color NEGRO (utilizar tinta seca). ✓ Presentación unidad. ✓ Empaque x millar ✓ El logo deberá de estar impreso en cada ticket en papel autocopiativo con letra mayúscula y en negrita (Servicio personalizado por Centro de salud y/o Establecimiento de salud. Anexo C.)
-----------------	--

10. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
KARDEX	144,000	UNIDAD

11. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel cartulina color verde. ✓ Letras de color negro (utilizar tinta seca) ✓ Tamaño 22 cm de largo x 12 cm de ancho. ✓ Embalaje, paquete x 1000 unidades.
-----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El nombre de la IPRESS que realiza la atención deberá de estar impreso en cada Kardex con letras mayúsculas y en negritas. ✓ Modelo según anexo D.
--	---

12. PLAZO DE ENTREGA:

✓ Plazo

El plazo de entrega del servicio a adquirir será hasta cuarenta (40) días calendarios, contados a partir del día siguiente de la SUSCRIPCION DEL CONTRATO, en UNICA ENTREGA, será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley de Contrataciones del Estado, su Reglamentos y demás normas aplicables.

13. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

✓ La entrega de los bienes se realizará en el almacén especializado de medicamentos, ubicado en la Av. De la Salud S/N Cercado – Arequipa, en el horario de 08:00 a 12:30 y de 13:30 a 15:00 horas.

14. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

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

15.OTRAS PENALIDADES APLICABLES

No corresponde

16.OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

17. CONFIDENCIALIDAD

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

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

18. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado acumulado de: _____, por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia _____, por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (05) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.
- ✓ Se consideran bienes similares a los siguientes: Servicio de impresiones en general.

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹¹ correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

19.CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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

GOBIERNO REPUBLICANO DE CHILE
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA
Dpto. de Asesoría Jurídica y Legal
Enka Patricia Velázquez Contreras
COORDINADORA ASISTENTE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

ANEXO A					
CONSOLIDADO RECETARIOS					
ITEM	NOMBRE DE LA IPRESS EN LA CUAL SE PRESTARA EL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NUMERACION DE CUAL INICIA	CANTIDAD	BLOCK
MICRORED CHIVAY					
1	CENTRO DE SALUD CHIVAY	MILLAR	30001	30000	300
2	PUESTO DE SALUD CANOCOTA	MILLAR	10001	5000	50
3	PUESTO DE SALUD ACHOMA	MILLAR	15001	15000	150
4	PUESTO DE SALUD COPORAQUE	MILLAR	15001	15000	150
5	PUESTO DE SALUD ICHUPAMPA	MILLAR	15001	15000	150
6	PUESTO DE SALUD LARI	MILLAR	15001	15000	150
7	PUESTO DE SALUD MACA	MILLAR	15001	15000	150
8	PUESTO DE SALUD MADRIGAL	MILLAR	15001	15000	150
9	PESTO DE SALUD YANQUE	MILLAR	15001	15000	150
10	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOSOQ QALLARY	MILLAR	15001	15000	150
MICRORED CALLALI					
12	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE SIBAYO	MILLAR	3001	1000	10
13	PUESTO DE SALUD TISCO	MILLAR	6000	1000	10
16	PUETO DE SALUD CHALHUANCA	MILLAR	0001	2000	20
MICRORED FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA					
28	CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI	MILLAR	30001	20000	200
29	PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUDE	MILLAR	15001	30000	300
30	PUESTO DE SALUD LA TOMILLA	MILLAR	15001	20000	200
MICRORED MARISCAL CASTILLA					
32	CENTRO DE SALUD MARISCAL CASTILLA	MILLAR	30001	20000	200
33	PUESTO DE SALUD JOSE SANTOS ATAHUALPA	MILLAR	15001	10000	100
34	CENTRO DE SALUD SEMI RURAL PACHACUTEC	MILLAR	25001	18000	180
35	PUESTO DE SALUD EL CURAI	MILLAR	10001	7000	70
MICRORED CERRO COLORADO					
36	CENTRO DE SALUD CERRO COLORADO	MILLAR	20001	20000	200
37	CENTRO DE SALUD ALTO LIBERTAD	MILLAR	06000	10000	100
38	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN MARTIN DE PORRES	MILLAR	05000	10000	100
MICRORED ALTO CAYMA					
39	CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA	MILLAR	30000	30000	300
40	PUESTO DE SALUD SAN JOSÉ (CASIMIRO C.)	MILLAR	15000	25000	250
41	PUESTO DE SALUD DEÁN VALDIVIA	MILLAR	15000	20000	150
MICRORED ZAMACOLA					
42	CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ -ZAMACOLA	MILLAR	50001	50000	500
43	CENTRO DE SALUD CIUDAD MUNICIPAL	MILLAR	30001	20000	200
44	PUESTO DE SALUD NAZARENO	MILLAR	15001	20000	200
45	PUESTO DE SALUD PERUARBO	MILLAR	15001	25000	250
MICRORED YANAHUARA					
46	CENTRO DE SALUD YANAHUARA	MILLAR	30001	30000	300
47	PUESTO DE SALUD SACHACA	MILLAR	15001	15000	150
48	PUESTO DE SLAUD PAMPA DE CAMARONES	MILLAR	10001	10000	100
MICRORED CIUDAD DE DIOS					
49	CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS	MILLAR	00001	40000	400
51	PUESTO DE SALUD IMATA	MILLAR	00001	2000	20
MICRORED SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL					
58	CENTRO DE SALUD SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL	MILLAR	50001	20000	200
59	PUESTO DE SALUD ASENTAMIENTO B-1	MILLAR	13000	18000	180
63	PUESTO DE SALUD SANTA ISABEL DE SIGUAS	MILLAR	10001	50000	500
MICRORES EDIFICADORES MISTI					
68	CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI	MILLAR	00001	30000	300
70	CENTRO DE SALUD PORVENIR-MIRAFLORES	MILLAR	25001	12000	120
71	CENTRO DE SALUD MATEO PUMACAHUA	MILLAR	25001	12000	120
72	PUESTO DE SALUD TOMASA TITO CONDEMAYTA	MILLAR	15001	7200	100
MICRORED AMPLIACION PAUCARPATA					
74	CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA	MILLAR	50001	40000	400
MICRORED CIUDAD BLANCA					
78	CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA	MILLAR	50001	20000	200
79	PUESTO DE SALUD ALTO JESÚS	MILLAR	4001	6000	60

80	PUESTO DE SLUD VILLA JESÚS	MILLAR	15001	10000	100
81	PUESTO DE SALUD ISRAEL	MILLAR	15001	14000	140
82	CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE CIUDAD BLANCA	MILLAR	25001	10000	100
83	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELÉN	MILLAR	25001	10000	100
	MICRORED ALTO SELVA ALEGRE				
84	CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE	MILLAR	30000	20000	200
85	CENTRO DE SALUD APURIMAC	MILLAR	25000	15000	200
86	CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA	MILLAR	25000	20000	200
87	PUESTO DE SALUD LEONES DEL MISTI	MILLAR	14000	10000	100
88	PUESTO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA	MILLAR	15000	10000	100
89	PUESTO DE SALUD HEROES DEL CENEP	MILLAR	15000	15000	120
	MICRORED ALTO SAN MARTIN				
90	CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTÍN	MILLAR	00001	15000	150
91	PUESTO DE SALUD JERUSALEN	MILLAR	00001	8000	80
	MICRORED 15 DE AGOSTO				
93	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO	MILLAR	50001	15000	150
94	CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU B	MILLAR	25001	15000	150
95	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO A	MILLAR	25001	15000	150
96	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO C Y D	MILLAR	25001	15000	150
	MICRORED MARIANO MELGAR				
97	CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR	MILLAR	30001	60000	600
98	PUESTO DE SALUD ATALAYA	MILLAR	15001	10000	100
99	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSIDAD SAN AGUSTIN	MILLAR	00001	8000	80
	MICRORED CHIGUATA				
100	CENTRO DE SALUD CHIGUATA	MILLAR	12001	14000	140
101	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE TARUCANI	MILLAR	15001	17000	170
	MICRORED CHARACATO				
104	CENTRO DE SALUD CHARACATO	MILLAR	30001	10000	10
	MICRORED JAVIER LLOSA GARCIA -HUNTER				
113	CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA - HUNTER	MILLAR	50001	100000	1,000
119	CENTRO DE SALUD UPIS PAISAJISTA	MILLAR	16001	3000	30
120	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUNTER	MILLAR	10001	2000	20
	MICRORED LA JOYA				
121	CENTRO DE SALUD LA JOYA	MILLAR	40001	50000	500
122	PUESTO DE SALUD BENITO LAZO	MILLAR	30001	50000	500
	MICRORED SAN MARTIN DE SOCABAYA				
127	CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE SOCABAYA	MILLAR	00001	20000	200
128	PUESTO DE SALUD CIUDAD MI TRABAJO	MILLAR	00001	30000	300
129	PUESTO DE SALUD LARA	MILLAR	00001	20000	200
130	PUESTO DE SALUD SALAVERRY	MILLAR	00001	20000	200
131	CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO	MILLAR	00001	30000	300
132	CENTRO DE SALUD 4 DE OCTUBRE	MILLAR	00001	20000	200
133	PUESTO DE SALUD HORACIO ZEVALLOS GAMEZ	MILLAR	00001	10000	100
134	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SOCABAYA	MILLAR	00001	20000	200
	MICRORED VICTOR RAUL HINOJOSA				
135	CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA	MILLAR	00001	40000	400
138	PUESTO DE SALUD CERRO JULI	MILLAR	10000	1000	10
139	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR	MILLAR	00001	15000	150
	MICRORED TIABAYA				
140	CENTRO DE SALUD TIABAYA	MILLAR	30001	60000	600
141	PUESTO DE SALUD UCHUMAYO	MILLAR	7001	4000	40
142	CENTRO DE SALUD CERRO VERDE	MILLAR	15001	10000	100
143	CENTRO DE SALUD CONGATA	MILLAR	15001	50000	500
	MICRORED SAN ISIDRO				
144	CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO	MILLAR	30001	10000	100
145	PUESTO DE SALUD LA CANO	MILLAR	12001	3000	30
146	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 5 - 6	MILLAR	12001	3000	30
147	PUESTO DE SALUD SAN JOSÉ	MILLAR	6001	2000	20
148	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 7	MILLAR	12001	2000	20
	TOTAL GENERAL			1,687,200	17,280

ANEXO B

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA																																																													
 RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA <small>GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA</small>		CENTRO DE SALUD LA JOYA <small>Av. Paz Soldan 301 La Joya - AREQUIPA</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 614- N° 34602 </div>																																																									
Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____		INDICACIONES																																																											
Código de atención del SIS: ARE- _____ H. CL _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Medicamento o Insumo</th> <th style="width: 16%;">Dosis</th> <th style="width: 16%;">Via</th> <th style="width: 16%;">Frec.</th> <th style="width: 19%;">Detalles</th> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 150px; vertical-align: top;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">USUARIO</td> <td style="width: 50%;">ATENCIÓN</td> <td style="width: 50%;">ESPECIALIDAD MÉDICA</td> </tr> <tr> <td>Demanda <input type="checkbox"/></td> <td>Consulta Externa <input type="checkbox"/></td> <td>Medicina <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIS <input type="checkbox"/></td> <td>Emergencia <input type="checkbox"/></td> <td>Cirugía <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/></td> <td>Hospitalización <input type="checkbox"/></td> <td>Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Odontología <input type="checkbox"/></td> <td>Pediatría <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____</td> <td>(CIE-10) _____</td> </tr> </table> </div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th style="width: 16%;">Concentración</th> <th style="width: 16%;">Forma Farmacéutica/ Presentación</th> <th style="width: 16%;">Cantidad</th> <th style="width: 19%;"></th> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 150px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;"> Otras Indicaciones: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> fecha de atención _____ </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Válido hasta _____ </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Sello Firma Col Profesional _____ </td> </tr> </table>				Medicamento o Insumo	Dosis	Via	Frec.	Detalles	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">USUARIO</td> <td style="width: 50%;">ATENCIÓN</td> <td style="width: 50%;">ESPECIALIDAD MÉDICA</td> </tr> <tr> <td>Demanda <input type="checkbox"/></td> <td>Consulta Externa <input type="checkbox"/></td> <td>Medicina <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIS <input type="checkbox"/></td> <td>Emergencia <input type="checkbox"/></td> <td>Cirugía <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/></td> <td>Hospitalización <input type="checkbox"/></td> <td>Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Odontología <input type="checkbox"/></td> <td>Pediatría <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____</td> <td>(CIE-10) _____</td> </tr> </table> </div> </div>					USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA	Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>	SIS <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>	Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Odontología <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____	(CIE-10) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th style="width: 16%;">Concentración</th> <th style="width: 16%;">Forma Farmacéutica/ Presentación</th> <th style="width: 16%;">Cantidad</th> <th style="width: 19%;"></th> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>					Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica/ Presentación	Cantidad							Otras Indicaciones: _____					fecha de atención _____		Válido hasta _____		Sello Firma Col Profesional _____	
Medicamento o Insumo	Dosis	Via	Frec.	Detalles																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">USUARIO</td> <td style="width: 50%;">ATENCIÓN</td> <td style="width: 50%;">ESPECIALIDAD MÉDICA</td> </tr> <tr> <td>Demanda <input type="checkbox"/></td> <td>Consulta Externa <input type="checkbox"/></td> <td>Medicina <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIS <input type="checkbox"/></td> <td>Emergencia <input type="checkbox"/></td> <td>Cirugía <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/></td> <td>Hospitalización <input type="checkbox"/></td> <td>Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Odontología <input type="checkbox"/></td> <td>Pediatría <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> <td>Otros <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____</td> <td>(CIE-10) _____</td> </tr> </table> </div> </div>					USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA	Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>	SIS <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>	Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Odontología <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____	(CIE-10) _____																																					
USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA																																																											
Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>																																																											
SIS <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>																																																											
Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/>																																																											
Otros <input type="checkbox"/>	Odontología <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>																																																											
	Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>																																																											
Diagnostico (Definitivo/Presuntivo) _____	(CIE-10) _____																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th style="width: 16%;">Concentración</th> <th style="width: 16%;">Forma Farmacéutica/ Presentación</th> <th style="width: 16%;">Cantidad</th> <th style="width: 19%;"></th> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>					Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica/ Presentación	Cantidad																																																					
Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica/ Presentación	Cantidad																																																										
Otras Indicaciones: _____																																																													
fecha de atención _____		Válido hasta _____		Sello Firma Col Profesional _____																																																									



[illegible]

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIONES FUAs, PARA LAS 28 MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
Donaciones y Transferencia 4-13

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de impresiones Para las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Contar con el SERVICIO DE IMPRESIONES FUAs, diferenciadas por niveles de atención (I-1, I-2, I-3 y I-4) de las 28 Microrredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

4. FINALIDAD PUBLICA

Garantizar la buena gestión de la información de las Prestaciones de Salud que son registradas en el Formato Único de Atención (FUA) en el proceso de registro, resguardo, así mismo la gestión de la información de las Prestaciones de Salud de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el Periodo 2024.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS

Meta Presupuestal : 124

Fuente de Financiamiento : 13 Donaciones y Transferencias

Especifica de Gasto : 2.3.2.7.11.6

RI : 0068-2022

TRANS FINL : 0211-2022

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO:

N°	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN FUAs	PAQUET E	CANTID AD DE PAQUET ES	RANGO DE NUMERACION	
					DEL	AL
1	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 1	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 80 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca, block 500, hojas sueltas) ANEXO B	paquete de 500	85	<u>SEGÚN ANEXO A</u>	
		La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento				
2	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 2	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 80 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) ANEXO B	paquete de 500	1290	<u>SEGÚN ANEXO A</u>	
		La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento				
3	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 3	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 80 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca)	paquete de 500	1685	<u>SEGÚN ANEXO A</u>	
		La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento ANEXO C				
4	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 4	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 80 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca)	paquete de 500	318	<u>SEGÚN ANEXO A</u>	
		La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento ANEXO C				
TOTAL, DE FUAS /PAQUETES				3378 pqte / 1 689 000.00		

Nota Importante:

- ✓ Las FUAs, serán entregadas en paquetes de **500 unidades (hojas sueltas)**
- ✓ El contratista tendrá un plazo máximo de 03 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar el modelo de FUA, **DISEÑO Y NITIDEZ**
- ✓ El correlativo correspondiente a la numeración de las FUAS será proporcionado por el Oficina de Seguros el día de la firma de contrato y/o notificación de la orden de Servicio.

a) DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

El código de Ríenes de la IPRESS y el nombre de la IPRESS que realiza la atención deberán de estar impreso en cada FUA con letras mayúsculas y en negrita. (Servicio personalizado por Centro de Salud y/o Puesto de salud).

DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION
00001434	PUESTO DE SALUD TAPAY

DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION
00001420	CENTRO DE SALUD CABANA CONDE

b) NUMERACION DEL FORMATO UNICO DE ATENCION

- Es el número que identificara la atención brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y debe estar preimpreso en el formato antes de su distribución (FUA preimpreso). Deberá figurar el mismo número de Formato tanto en el anverso como en el reverso del FUA, en los casilleros correspondientes.
- El número de formato consta de tres campos
- El primer campo, estará conformado por ocho dígitos, que identifican al código REINPRESS (código numérico) correspondiente a la IPRESS.
- El segundo campo, conformado por dos dígitos numéricos, corresponde al lote. En el caso del FUA preimpreso, el lote corresponde a los dos dígitos finales del año de impresión de los formatos.
- El tercer campo estará formado por ocho dígitos que corresponde al número de FUA correlativo según Anexo adjunto.

Ejemplo

FUA que corresponde a la atención N° 12 de la IPRESS (Código REINPRESS 00002525) impreso en el año 2024.

NUMERO DE FORMATO		
00002525	24	N° 00000012

7. PLAZO DE ENTREGA:

La presente contratación se realizará en DOS (2) entregas según cronograma contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de las impresiones.

CRONOGRAMA				
N°	ITEMS	META	CANT	ENTREGAS
PRIMER ENTREGA	FUAs 2024	124	30%	A LOS 20 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO
SEGUNDA ENTREGA	FUAs 2025	124	70%	A LOS 120 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE DE SUSCRITO EL CONTRATO

Importante:

- Todo plazo de entrega se contabiliza desde el día siguiente de suscrito el contrato respectivo.

8. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

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

9. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):

NO aplica

10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

11. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

Penalidad diferente a la penalidad por mora (de corresponder)

12. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

13. CONFIDENCIALIDAD

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

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

Experiencia del postor en la especialidad

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

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

15. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
.....
Lic. Enf. Rosmary Chambi Mamani
C.E.P. 58355 - R.E.E. 11380
RESPONSABLE (E.) DE LA OFICINA DE SEGUROS

[illegible]

[illegible][illegible]Festa y baile del Esparecable de Procedimientos
y la Farmacia y la Laboratorio

Insulina (mg/ml)

37

ANEXO A REQUERIMIENTO FUAS 2024-2025									
ITEM	NOMBRE DE LA PRESA EN LA CUAL SE PRESTARA EL SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	CODIGO DE SERVICIO	NUMERACION DE LA CUALIFICA	DESCRIPCION DE LA CUALIFICACION	CANTIDAD DE FUAS REQUERIDO (por semana)	SENL (Week 2024)	CANTIDAD DE FUAS REQUERIDO (por semana)	SENL (Week 2025)
3049935491 - CLAS CHIVAY									
1	CENTRO DE SALUD CHIVAY	1-4	00001419	00001419-24-00000001		0.00	2	10000.00	20
2	PUESTO DE SALUD CANOCOTA	1-1	00001420	00001420-24-00000001	00001500	1000.00	2	2000.00	4
3	PUESTO DE SALUD ACHOMA	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	2500.00	7	2000.00	4
4	PUESTO DE SALUD COPORAQUE	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	3000.00	6	2000.00	4
5	PUESTO DE SALUD ICHUWAPHA	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	2000.00	4	2000.00	4
6	PUESTO DE SALUD LARI	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	1500.00	4	2000.00	4
7	PUESTO DE SALUD HACA	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	1500.00	2	2000.00	4
8	PUESTO DE SALUD MADRIDAL	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	3000.00	7	2000.00	4
9	PUESTO DE SALUD VINCURI	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	3500.00	7	2000.00	4
3049935521 - CLAS ADESGADO OALLALI									
10	CENTRO DE SALUD OALLALI	1-1	00001421	00001421-24-00000001		1000.00	0	10000.00	20
11	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE BAYO	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	1000.00	7	2000.00	4
12	PUESTO DE SALUD TISCO	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	1000.00	0	2000.00	4
13	PUESTO DE SALUD COTACOTA	1-2	00001421	00001421-24-00000001	00001500	2000.00	4	2000.00	4
14	PUESTO DE SALUD TUTI	1-2	00001420	00001420-24-00000001		3.00	0	2000.00	4
15	PUESTO DE SALUD CHA HUAYCA	1-2	00001420	00001420-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
16	PUESTO DE SALUD TARIJACAMARCA	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	500.00	1	2000.00	4
3049935507 - CLAS CASARAGUONES									
17	CENTRO DE SALUD CHAMAYACONDE	1-1	00001420	00001420-24-00000001		0.00	0	10000.00	20
18	PUESTO DE SALUD PINCHOLLO	1-2	00001420	00001420-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
19	PUESTO DE SALUD HUMERO	1-2	00001420	00001420-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
20	PUESTO DE SALUD TAPAY	1-2	00001420	00001420-24-00000001	00001500	2000.00	6	2000.00	4
21	PUESTO DE SALUD CHOCO	1-2	00001421	00001421-24-00000001		0	0	2000.00	4
3049935575 - CLAS CAYLLOMA ALTA									
22	CENTRO DE SALUD CAYLLOMA	1-1	00001422	00001422-24-00000001		0.00	0	10000.00	20
23	CENTRO DE SALUD CAYWANI	1-1	00001440	00001440-24-00000001		0.00	0	10000.00	20
24	PUESTO DE SALUD TUCUCO	1-2	00001440	00001440-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
3049935587 - CLAS MOYNA									
25	PUESTO DE SALUD MOYNA	1-2	00001418	00001418-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
26	PUESTO DE SALUD ARCATA	1-2	00001417	00001417-24-00000001		0.00	0	2000.00	4
3049935592 - CLAS FRANCISCO BOLONCHOS DE GAYMA									
27	CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLONCHOS	1-1	00001230	00001230-24-00000001		0.00	0	10000.00	20
28	PUESTO DE SALUD RAFAEL BELMUNDE	1-2	00001230	00001230-24-00000001		0.00	0	10000.00	20
29	PUESTO DE SALUD LA TOMILLA	1-2	00001240	00001240-24-00000001	00001500	5000.00	10	3000.00	10
3049935596 - CLAS MARISCAL CASTILLA									
30	CENTRO DE SALUD MARISCAL CASTILLA	1-1	00001230	00001230-24-00000001	00001501	8000.00	20	10000.00	20
31	CENTRO DE SALUD BENTINABAL	1-1	00001240	00001240-24-00000001	00001500	12000.00	20	30000.00	20
32	PUESTO DE SALUD EL CURAL	1-1	00001250	00001250-24-00000001	00001500	4000.00	8	3000.00	8
33	PUESTO DE SALUD JOMB SANTOS	1-2	00001250	00001250-24-00000001	00001500	5000.00	10	5000.00	10
3049935598 - CLAS LA LIBERTAD - CERRO COLORADO									
34	CENTRO DE SALUD CERRO COLORADO	1-2	00001230	00001230-24-00000001	00001500	8000.00	20	10000.00	20
35	CENTRO DE SALUD ALTO LIBERTAD	1-2	00001240	00001240-24-00000001	00001500	5000.00	10	5000.00	10
3049935599 - ASOCIACION CIVIL COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD ALTO GAYMA									
36	CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES DE GAYMA	1-1	00001230	00001230-24-00000001	00001500	8000.00	20	10000.00	20
37	PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1-2	00001240	00001240-24-00000001	00001500	5000.00	4	10000.00	20
38	PUESTO DE SALUD OLAN VILLON	1-2	00001240	00001240-24-00000001	00001500	5000.00	10	5000.00	10
3049935594 - CLAS ZAPACOLA									
39	CENTRO DE SALUD MARITZA CANPES DIAZ - ZAPACOLA	1-4	00001230	00001230-24-00000001		0.00	2	10000.00	20
40	CENTRO DE SALUD CIUDAD MUNICIPAL	1-1	00001240	00001240-24-00000001	00001500	20000.00	20	10000.00	20
41	PUESTO DE SALUD NADARENO	1-2	00001251	00001251-24-00000001	00001500	20000.00	40	10000.00	20
42	PUESTO DE SALUD PERUAMBO	1-2	00001250	00001250-24-00000001	00001500	20000.00	20	10000.00	20
3049935595 - COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD YAMAHUARA-SACHACA - CLAS YAMAHUARA-SACHACA									
43	CENTRO DE SALUD YAMAHUARA	1-1	00001230	00001230-24-00000001		0.00	0	10000.00	20

44	PUESTO DE SALUD BACHACA	1-3	0001180	0001180-24-0000001	0000000	1000.00	81	1000.00	81
45	PUESTO DE SALUD PAMPA DE CAMACHOS	1-3	0001181	0001181-24-0000001	0001000	1000.00	23	5000.00	12
304000000 - GLAS CIUDAD DE ORO									
46	CENTRO DE SALUD CIUDAD DE ORO	1-3	0001182	0001182-24-0000001	00000	1000.00	00	1000.00	00
47	PUESTO DE SALUD YURA	1-3	0001183	0001183-24-0000001	0000000	3.00	0	5000.00	19
48	PUESTO DE SALUD IMATA	1-3	0001184	0001184-24-0000001	0000000	2000.00	4	1000.00	10
49	PUESTO DE SALUD ISIRI - CHALABAMBA	1-3	0001185	0001185-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	33
50	PUESTO DE SALUD PILACONES	1-3	0001186	0001186-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	2
51	PUESTO DE SALUD HUANCAY	1-3	0001187	0001187-24-0000001	0000000	2000.00	4	4000.00	8
52	PUESTO DE SALUD LUYA	1-3	0001188	0001188-24-0000001	0000000	2000.00	8	8000.00	8
53	PUESTO DE SALUD TAY	1-3	0001189	0001189-24-0000001	0000000	1000.00	0	2000.00	0
304000001 - GLAS MARI									
54	CENTRO DE SALUD SAN PEDRO DE LA CRUZ	1-4	0001190	0001190-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	30
55	PUESTO DE SALUD AGENTAMIENTO B-1	1-3	0001191	0001191-24-0000001	0000000	0.00	0	4000.00	8
56	PUESTO DE SALUD AGENTAMIENTO B-2	1-3	0001192	0001192-24-0000001	0000000	0.00	0	4000.00	8
57	CENTRO DE SALUD LA COLINA	1-3	0001193	0001193-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	0
58	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE LOS RIOS	1-3	0001194	0001194-24-0000001	0000000	0.00	0	3000.00	7
59	PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ DE LOS RIOS	1-3	0001195	0001195-24-0000001	0000000	0.00	0	3000.00	8
60	PUESTO DE SALUD PUY	1-3	0001196	0001196-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	2
61	PUESTO DE SALUD QUEQUE	1-3	0001197	0001197-24-0000001	0000000	0.00	0	1000.00	1
62	PUESTO DE SALUD REMEDI	1-3	0001198	0001198-24-0000001	0000000	0.00	0	1500.00	0
304000002 - GLAS EMPICADORES MONTAÑAS									
63	CENTRO DE SALUD EMPICADORES MONTAÑAS	1-4	0001199	0001199-24-0000001	0000000	2000.00	40	1000.00	20
64	CENTRO DE SALUD MONTAÑAS	1-4	0001200	0001200-24-0000001	0000000	1000.00	0	1000.00	0
65	CENTRO DE SALUD PUY	1-4	0001201	0001201-24-0000001	0000000	0000.00	0	1000.00	0
66	CENTRO DE SALUD MATE PUMAHUA	1-4	0001202	0001202-24-0000001	0000000	0000.00	0	1000.00	0
67	CENTRO DE SALUD COMARCA	1-4	0001203	0001203-24-0000001	0000000	0000.00	0	1000.00	0
304000003 - ASOCIACION DE COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD GLAS PUCALLPA SUR									
68	PUCALLPA	1-4	0001204	0001204-24-0000001	0000000	17000.00	14	1000.00	31
69	CENTRO DE SALUD MANUEL PRADO	1-4	0001205	0001205-24-0000001	0001000	0000.00	0	0000.00	0
70	CENTRO DE SALUD NUEVA ALCORADA	1-4	0001206	0001206-24-0000001	0001000	0000.00	0	1000.00	0
71	CENTRO DE SALUD CAMPO MAR	1-4	0001207	0001207-24-0000001	0001000	0000.00	0	1000.00	0
304000004 - ASOCIACION DE COMUNIDAD LOCAL DE SALUD PUCALLPA SUR									
72	CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA	1-4	0001208	0001208-24-0000001	0000000	0000.00	0	1000.00	0
73	PUESTO DE SALUD ALTO RESUS	1-3	0001209	0001209-24-0000001	0001000	7000.00	14	1000.00	22
74	PUESTO DE SALUD VILLA ROSA	1-3	0001210	0001210-24-0000001	0001000	0000.00	15	1000.00	23
75	PUESTO DE SALUD ISIRI	1-3	0001211	0001211-24-0000001	0001000	0000.00	16	1000.00	21
76	CENTRO DE SALUD SAN ALFONSO	1-3	0001212	0001212-24-0000001	0001000	0000.00	17	1000.00	20
304000005 - GLAS ALTO SELVA ALCOR									
77	CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALCOR	1-3	0001213	0001213-24-0000001	0000000	37000.00	0	1000.00	0
78	CENTRO DE SALUD ALFONSO	1-3	0001214	0001214-24-0000001	0000000	30000.00	0	1000.00	0
79	CENTRO DE SALUD INDIANAYACA	1-3	0001215	0001215-24-0000001	0000000	30000.00	0	1000.00	0
80	PUESTO DE SALUD LEONIS DEL MISTO	1-3	0001216	0001216-24-0000001	0000000	14000.00	20	0000.00	10
81	PUESTO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA	1-3	0001217	0001217-24-0000001	0000000	12000.00	20	0000.00	10
82	PUESTO DE SALUD HERCULES DEL CEMPA	1-3	0001218	0001218-24-0000001	0000000	10000.00	20	1000.00	20
304000006 - GLAS ALTO SAN MARTIN									
83	CENTRO DE SALUD GENERAL ESPINOSA	1-3	0001219	0001219-24-0000001	0000000	20000.00	0	1000.00	0
84	PUESTO DE SALUD ESPINOSA	1-3	0001220	0001220-24-0000001	0000000	11000.00	20	0000.00	10
85	PUESTO DE SALUD EL INDIANAYACA	1-3	0001221	0001221-24-0000001	0000000	6000.00	20	0000.00	10
304000007 - GLAS PUCALLPA SUR									
86	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO	1-3	0001222	0001222-24-0000001	0001000	10000.00	0	1000.00	0

87	CENTRO DE SALUD MIGUEL GARCIA	1-2	0001272	0001272-24-0000001	00014000	8000.00	10	8000.00	10
88	PUESTO DE SALUD MIGUEL GARCIA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00014000	18000.00	30	8000.00	10
89	PUESTO DE SALUD MIGUEL GARCIA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00014000	8000.00	10	8000.00	10
384930045 - CLAS MELGARANO									
90	CENTRO DE SALUD MARINO MELGAR	1-4	0001294	0001294-24-0000001	00040000	19000.00	30	19000.00	30
91	PUESTO DE SALUD AYALZA	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00030000	2000.00	5	2000.00	10
384930041 - ASOC. CLAS CHIGANTA									
92	CENTRO DE SALUD CHIGANTA	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00017000	18000.00	30	18000.00	30
93	PUESTO DE SALUD SAN LUIS DE TARIJANA	1-2	0001299	0001299-24-0000000		0.00	5	4000.00	5
94	PUESTO DE SALUD ARENALTES	1-2	0001280	0001280-24-0000000		0.00	5	2000.00	5
95	PUESTO DE SALUD SALINAS BLANCO	1-2	0001281	0001281-24-0000000		0.00	5	2000.00	5
384930054 - CLAS RIVERO, GREGORIO									
0000000000									
96	CENTRO DE SALUD JAVIER PUELLA	1-4	0001289	0001289-24-0000000	00070000	28000.00	30	19000.00	30
97	PUESTO DE SALUD ALDO ALPAREZA	1-2	0001272	0001272-24-0000001	00012000	2000.00	5	5000.00	10
98	PUESTO DE SALUD CHUPIMILLA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00000000	3000.00	5	5000.00	10
99	PUESTO DE SALUD CAMEROS DEL INCA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00000000	3000.00	5	5000.00	10
100	PUESTO DE SALUD RAMOS DEL CURO	1-2	0001274	0001274-24-0000001	00017000	8000.00	10	19000.00	30
101	PUESTO DE SALUD DANIEL ALCEGA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00000000	4000.00	5	5000.00	10
102	CENTRO DE SALUD URSI PISABASTA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00012000	8000.00	30	5000.00	30
384930053 - CLAS LA AZOYA									
103	CENTRO DE SALUD LA AZOYA	1-2	0001282	0001282-24-0000001	00030000	18000.00	30	19000.00	30
104	PUESTO DE SALUD BENITO LAZO	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00030000	3000.00	5	10000.00	5
105	PUESTO DE SALUD CERRITO	1-2	0001287	0001287-24-0000001	00030000	3000.00	5	2000.00	5
106	CENTRO DE SALUD EL CRUCE TRIUNFO	1-2	0001280	0001280-24-0000001	00030000	18000.00	30	19000.00	30
107	PUESTO DE SALUD LOS MEDANOS	1-2	0001280	0001280-24-0000001	00030000	3000.00	5	2000.00	5
384930052 - CLAS SOCABAYA									
108	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA	1-2	0001280	0001280-24-0000001	00050000	18000.00	30	19000.00	30
109	PUESTO DE SALUD CIUDAD IN TRABAJO	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00018000	8000.00	10	10000.00	30
384930051 - CLAS SAN JUAN									
110	PUESTO DE SALUD LARA	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00018000	4000.00	5	10000.00	20
111	PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1-2	0001270	0001270-24-0000001	00018000	8000.00	10	5000.00	10
112	CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO	1-2	0001271	0001271-24-0000001	00030000	9000.00	30	10000.00	30
113	CENTRO DE SALUD 4 DE OCTUBRE	1-2	0001268	0001268-24-0000001	00030000	11000.00	30	6000.00	30
114	PUESTO DE SALUD FRANCISCO ZVALLOS	1-2	0001268	0001268-24-0000001	00030000	10000.00	30	5000.00	30
384930054 - CLAS PUEBLOS									
384930054 - CLAS PUEBLOS									
115	CENTRO DE SALUD CHAPAYO	1-2	0001281	0001281-24-0000001	00050000	10000.00	30	10000.00	30
116	PUESTO DE SALUD POLICARPO	1-2	0001282	0001282-24-0000001	00050000	10000.00	30	5000.00	30
117	PUESTO DE SALUD LEOPOLODO RONCON	1-2	0001284	0001284-24-0000001	00000000	2000.00	5	5000.00	10
118	PUESTO DE SALUD MACHUJUNTA	1-2	0001267	0001267-24-0000001		0.00	10	5000.00	10
119	PUESTO DE SALUD GUERQUENA	1-2	0001286	0001286-24-0000001	00015000	5000.00	10	5000.00	10
120	PUESTO DE SALUD VERRAMBA	1-2	0001287	0001287-24-0000001	00018000	4000.00	5	4000.00	5
121	PUESTO DE SALUD MOLLAJAYA	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00040000	2000.00	5	4000.00	5
122	PUESTO DE SALUD PACA	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00030000	1000.00	5	1000.00	5
123	PUESTO DE SALUD POCOI	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00050000	2000.00	5	1000.00	5
384930053 - CLAS JOSE LUIS									
384930053 - CLAS JOSE LUIS									
124	CENTRO DE SALUD VICTOR BAUL	1-2	0001282	0001282-24-0000001	00050000	20000.00	30	10000.00	30
125	PUESTO DE SALUD 12 DE FEBRERO	1-2	0001283	0001283-24-0000001	00017000	5000.00	10	5000.00	10
126	CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS	1-2	0001284	0001284-24-0000001	00020000	5000.00	10	5000.00	10
127	PUESTO DE SALUD CERRITO JULI	1-2	0001282	0001282-24-0000001		0.00	5	5000.00	10
384930050 - CLAS VALLE DEL CHILI									
128	CENTRO DE SALUD TAYASA	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00040000	8000.00	30	19000.00	30
129	PUESTO DE SALUD UCHUMAYO	1-2	0001288	0001288-24-0000001		0.00	5	3000.00	5
130	CENTRO DE SALUD CERRITO VIEJO	1-2	0001288	0001288-24-0000001	00011000	3000.00	5	3000.00	5
131	CENTRO DE SALUD CONGATA	1-2	0001281	0001281-24-0000001	00030000	5000.00	30	3000.00	30
384930054 - CLAS SAN ISIDRO									
132	CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO	1-2	0001283	0001283-24-0000001	00050000	12000.00	30	19000.00	30
133	PUESTO DE SALUD LA CANO	1-2	0001285	0001285-24-0000001	00010000	5000.00	10	5000.00	10
134	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 6	1-2	0001283	0001283-24-0000001	00015000	8000.00	10	5000.00	10
135	PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1-2	0001283	0001283-24-0000001	00030000	2000.00	5	3000.00	5
136	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 7	1-2	0001243	0001243-24-0000001	00050000	5000.00	5	3000.00	5
384930055 - CLAS VITOR									
384930055 - CLAS VITOR									
137	CENTRO DE SALUD VITOR	1-2	0001284	0001284-24-0000001	00050000	8000.00	30	10000.00	30
138	PUESTO DE SALUD YUMAYO	1-2	0001284	0001284-24-0000001	00050000	8000.00	30	2000.00	5
139	CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DE YUMAYO	1-2	0001285	0001285-24-0000001	00014000	1000.00	5	1000.00	5
TOTAL									
						84000.00	1281	84000.00	1287

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIONES Historias Clínicas PARA LAS 28 MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
Donaciones y Transferencia 4-13

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de Impresiones Para las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Contar con el SERVICIO DE IMPRESIONES Historias Clínicas diferenciadas por niveles de atención (I-1, I-2, I-3 y I-4) de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

4. FINALIDAD PUBLICA

Garantizar la buena gestión de la información de las Prestaciones de Salud que son registradas en las Historias clínicas por Cursos de Vida y fortalecer la continuidad de la buena prestación del servicio de salud de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el Periodo 2024.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS
Meta Presupuestal : 135
Fuente de Financiamiento : 13 Donaciones y Transferencias
Especifica de Gasto : 2.3.2.7.11.6

RJ : 0017-2024
TRANS FIN. : 0077-2024

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

6.1 DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

CARACTERISTICAS <u>Historias Clínicas</u>	Servicio de Impresión de Historia Clínicas por Curso de Vida en Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr El color de la Impresión será de acuerdo al MODELO ADJUNTO . El detalle de la Impresión será de acuerdo al orden del cuadro que se adjunta
---	--

ITEM	FICHAS ADICIONES	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	VISTA DOMICILIARIA PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES ENTRE LOS 4 A 24 MESES	12000.00	24	0	Hoja A4 una sola cara
2	VISTA DOMICILIARIA DEL RECIEN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 4 MESES	12000.00	24	0	Hoja A4 una sola cara
3	ANEXO 4: FORMATO DE VERIFICACION VISTA DOMICILIARIA (RESPONSABLE DE PROMESA)	2000.00	4	0	Hoja A4 una sola cara
4	ANEXO 2 FICHA PARA LA INVESTIGACION DE FOCO DE RABIA URBANA	2000.00	4	0	Hoja A4 una sola cara
5	FICHA VISTA DOMICILIARIA DE LA GESTANTE O PUERPERA	11000.00	22	0	Hoja A4 una sola cara
6	Anexo N° 02 Ficha de seguimiento clínica mediante visita domiciliar a pacientes en el contexto de la pandemia por COVID-19	1000.00	2	0	Hoja A4 una sola cara
ITEM	FICHA FAMILIAR	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	FICHA FAMILIAR A1(anverso) y A2 (reverso)	20,000	0	200	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	IX. PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA (PWFFAM)-INTERVENCIONES A1(anverso) y A2 (reverso)	20,000	0	200	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	HISTORIA CLINICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A1(anverso) y A2 (reverso)	12,000	24	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	CONSULTA/EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO A1(anverso) y A2 (reverso)	12,000	24	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
3	CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	22,000	44	0	Hoja A4 una sola cara
4	PESO PARA LA EDAD NIÑOS	12,000	24	0	conservar color de la muestra
5	LONGITUD/ESTATURA PARA LA EDAD NIÑOS	12,000	24	0	conservar color de la muestra
6	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑOS	12,000	24	0	conservar color de la muestra
7	PESO PARA LA EDAD NIÑAS	12,000	24	0	conservar color de la muestra
8	LONGITUD/ESTATURA PARA LAS NIÑAS	12,000	24	0	conservar color de la muestra
9	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑAS	12,000	24	0	conservar color de la muestra

10	TEST PERUANO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD	12,000	34	0	conservar color de la muestra
11	VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL	12,000	34	0	Hoja A4 una sola cara
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos
2	SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS 3-a 3-b A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	100,000	200	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos
4	MUJERES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos
5	VARONES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos
6	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
7	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
8	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
10	LISTA DE HABILIDADES SOCIALES A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
11	CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESION (cia) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-MUJER JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
3	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-HOMBRE JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4

4	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	120,000	240	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
5	ESCALA DE SALUD PERSONAL	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
6	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
7	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRANSFORMOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
8	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
9	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO (Hoja 1 y 2) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO (Hoja 3 y 4) A1(anverso) y A2 (reverso)	120,000	240	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
3	FICHA DE CONTROL ESTOMATOLOGICO A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023 NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
2	NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	120,000	240	0	Hoja A4, una sola cara
3	VACAM CORTA	80,000	160	0	Hoja A4, una sola cara
4	FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM (3 y 4) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
5	FORMATO DE HISTORIA CLINICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DEL PAM (1 y 2) A1(anverso) y A2 (reverso)	80,000	160	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL SALUD BUCAL	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	PAQUETES 100	OBSERVACIONES
1	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	80,000	120	0	Hoja A4, una sola cara

2	FICHA DE CONTROL ESTOMATOLOGICO NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR A1(anverso) y A2 (reverso)	60,000	120	0	Imprimir ambos lados, HOJA A4
3	ODONTOGRAMA	60,000	120	0	Hoja A4, una sola cara
	TOTAL	2,782,000.00	5,404.00	400.00	

7. PLAZO DE ENTREGA:

La presente contratación se realizará en UNA (1) entrega contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de las impresiones.

CRONOGRAMA				
N°	ITEMS	META	CANTIDAD	ENTREGAS
PRIMER ENTREGA	HISTORIAS CLINICAS	135	2,782,000.00	A LOS 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO

Importante:

- Todo plazo de entrega se contabiliza desde el día siguiente de suscrito el contrato respectivo.
- El contratista tendrá un plazo máximo de 03 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar el modelo. DISEÑO Y NITIDEZ

8. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

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

9. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):

NO aplica

10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

11. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

12. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

13. CONFIDENCIALIDAD

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

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

Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado : _____, por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, el valor estimado de _____ por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la _____.

fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

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

15. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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

SECRETARIA REGIONAL DE VIGILÂNCIA
SAÚDE PÚBLICA - RUA DO
PAULO DE SALES, 100 - 1.º ANDAR
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - 13.083-900
LUA, 01/04/2014
RESPONSÁVEL PELO LAUDO: DR. CARLOS ALBERTO DE SOUZA

[illegible]

FICHA VISITA DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 4 MESES						
DATOS GENERALES						
N° de Historia Clínica:	DNI:	F. de Nac:	Sexo:	M	F	
Apellidos del niño(a):	Peso al nacer:		Edad Gest al nacer (semanas):			
Nombre del niño(a):	Prematuro:	SI	NO	Bajo Peso:	SI	NO
Nombre de la madre:	Dirección:		Teléfono:			
VISITAS		1ra semana de nacido		2 meses		3 meses
FECHA DE LA VISITA		/ /		/ /		/ /
Tiene control CREO:		SI	NO	SI	NO	SI
Peso de control CREO:		SI	NO	SI	NO	SI
Tiene vacunas completas para su edad (Si la respuesta es NO, derivar al EE. SS.):		SI	NO	SI	NO	SI
Fecha dosaje Hemoglobina (Último control):		/ /		/ /		/ /
Valor Hemoglobina:		/ /		/ /		/ /
Fecha de último entrega de calentamiento:		/ /		/ /		/ /
Compartido asuado (C):		SI		NO		SI
Compartido asuado (C):		SI		NO		SI
Tiene tarjeta de compromisos:		SI	NO	SI	NO	SI
(C) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Explorar si el niño(a) está recibiendo Lactancia materna exclusiva						
1.1 ¿Le está dando pecho a demanda del niño(a)? (Si la respuesta No pasar a 1.4)		SI	NO	SI	NO	SI
Si la respuesta es No, ¿cuáles otros tipos de alimento observados?						
1.2 ¿Cuántas veces le da pecho durante el día?						
1.3 ¿Cuántas veces le da pecho durante la noche y hasta que amaneca?						
1.4 ¿Además de su leche le da fórmula "otro leche"?		SI	NO	SI	NO	SI
Si la respuesta es SI ¿Cuántas veces le da "otro leche"?						
1.5 ¿Le ha dado igual, más, menos, le a más?		SI	NO	SI	NO	SI
1.6 ¿Tiene alguna dificultad o problema para dar el pecho? Paso a siguiente pregunta		SI	NO	SI	NO	SI
Si la respuesta es SI, ¿Cuál dificultad tiene? Anote dificultad específica						
1.7 ¿Por qué no le da pecho?						
1.8 ¿Qué le da en lugar de lactancia materna?						
(C) SUPLEMENTACIÓN. Para niños con bajo peso al nacer y/o prematuro. Explorar uso correcto del suplemento						
2.1 ¿Le da suplemento de leche? (Si la Resp. es NO pasar a 2.4)		SI		NO		SI
2.2 ¿Muestra la que le da leche (2) jeringa (2) no muestra (2)						
2.3 ¿Cuánto le da y cada cuánto le da? Verifique si es correcto.						
2.4 - Si la Resp. es NO, pregunte ¿Por qué no le da?						
¿Está cumpliendo compromisos (C): (F)		SI	NO	SI	NO	SI
¿Está cumpliendo compromisos (C): (F)		SI	NO	SI	NO	SI
Si no está cumpliendo compromisos, explique ¿Por qué?						
Nombre del personal de salud que realizó la visita:						
OBSERVACIONES:						
Firma de la madre, padre o cuidador		Firma del responsable de la Visita				
DNI:		DNI:				

ANEXO 4:
FORMATO DE VERIFICACIÓN VISITA DOMICILIARIA (RESPONSABLE DE PROMSA)

FORMATO N° 05: Ficha de Verificación de las Visitas Domiciliarias a gestantes, madres o cuidadores de niñas y niños de 12 meses			
FECHA DE VERIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
DATOS DEL DECLARANTE		DATOS DE GESTANTE/MA O NIÑO	
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Apellidos:	Apellidos:	Apellidos:	
DNI:	DNI:	DNI:	
Celular:	Fecha de nacimiento:	Celular:	
Pareceres: Gestante <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Cuidador <input type="radio"/>			
DATOS DEL ACTOR SOCIAL QUE REALIZÓ LA VISITA			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	DNI
INFORMACIÓN SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA			
¿El actor social ha sido verificado por un Actor Social de la Municipalidad?	¿Recuerda el Nombre del Actor Social que lo visitó?	¿Me avisó el nombre del Actor Social? (preguntar solo si respondió SI)	¿Cuántas veces lo visitó el Actor Social en el mes anterior?
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Nombre: Apellidos: Celular: DNI: Fecha de nacimiento: Pareceres: Gestante <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Cuidador <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Observaciones:			
Firma del verificador		Firma del responsable	

ANEXO 2

FICHA PARA LA INVESTIGACIÓN DE FOCO DE RABIA URBANA

Buenos días/tardes, somos personal de salud que venimos para hacerte algunas preguntas sobre un problema de salud, sus respuestas nos ayudarán a tomar medidas para mejorar la atención.

Nombre y Apellido del entrevistado: _____ CNI: _____

1. Edad: 2. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Femenino 3. Grado de Instrucción: 1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior

4. Distrito: 5. Urb./Localidad/Cobrador/Casero:

6. Dirección: 7. Teléfono:

8. Tipo de vivienda: ☐ 1. Casa 2. Departamento 3. Habitación 4. Urbano 5. Otro

9. Número de personas que viven con usted en la vivienda (incluida Ud):

10. ¿Cuántos perros tiene?: 11. Procedencia:

N°	Nombre de la can	Sexo		VINCULADO		Primer de vacunado		SAC MEDIANTE		Extenso?		Procedencia
		M	F	SI	NO	SI	NO	VINCULADO	NO	SI (SI NO?)	NO	

12. Ha visto perros muertos o babeando en su barrio en los últimos 6 meses? ☐ 0 SI 1 No

N°	Estado (muerto/babeando)	Fecha	Lugar

13. ¿Alguien de la casa o del barrio fue mordido por un perro durante los últimos 6 meses? ☐ 0 SI 1 No

N°	Nombre y apellido	Fecha	Perro es	Si ha vacunado	Perro vacunado		Perro no vacunado	
					Comoc	Donde	SI	NO

14. Ha escuchado o leído alguna vez sobre rabia? ☐ 0 SI 1 No

Si respuesta es afirmativa (SI) ¿Dónde? ☐ 1. Radio ☐ 2. TV ☐ 3. Internet ☐ 4. Calleja ☐ 5. BBS ☐ 6. MV

7. Otro:

15. ¿Quién transmite la rabia? Sabe: ☐ 0 SI 1 No

16. ¿Cómo se contagia la rabia? Sabe: ☐ 0 SI 1 No

17. ¿La rabia es mortal? Sabe: ☐ 0 SI 1 No

18. Como se puede prevenir la rabia?

En los animales: Sabe: ☐ 0 SI 1 No

En las personas: Sabe: ☐ 0 SI 1 No

En las comunidades: Sabe: ☐ 0 SI 1 No

OBSERVACION: _____

Nombre del encuestador: _____ N° sistema: _____

[illegible]

DIRECTIVA SANITARIA N° 149-ANMSAD/SEP-2022
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CATEGORIZADOS COMO H1 Y H2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Anexo N° 02

Ficha de seguimiento clínico mediante visita domiciliar a a pacientes en el contexto de la pandemia por COVID-19

Nombres y apellidos											
DNI:		Ocupación:									
Día Seguimiento											
Fecha											
Funciones vitales	PA										
	FC										
	FR										
	T										
Signos y síntomas	Tos										
	Oloro garganta										
	Congestión nasal										
	Malestar general										
	Fiebre										
	Diarrea										
	Náusea/vómito										
	Cefalea										
	Otro										
	Otro										
Signos de alarma	Sat < 95										
	Fiebre persistente										
	Dolor pecho/insalida										
	PR > 24										
	Diarrea incesante/fuerte										
	Mareos/ansiedad										
	Recuperado										
	Intercedido										

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
SUBDIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RUE de Salud Arequipa, Chicla
D.C. María José Acuña Ordoñez
D.C. Pineda
Responsable Epidemiológica


FICHA FAMILIAR Nº

I. DATOS GENERALES				FAMILIA:									
IGSS/DINESA/GERESA	MPC de edad	Nº integrantes de la familia		Niños y Niñas	Adolescentes	Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores	TOTAL				
RED	E.E.S.S.												
II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				III. VISITA DE SALUD FAMILIAR									
Provincia	Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S.			Fecha	Responsable de la visita		Resultado de la visita		Próxima visita				
Localidad	Medio de transporte mayor uso												
Distrito	Tiempo de residencia en el domicilio actual												
Sector	Residencia anterior												
Área de residencia	Disponibilidad para prox. visitas												
Teléfono o celular	Correo electrónico												
Dirección de la vivienda													
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA(S) O LO(S) INFORMANTE(S):													
IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA													
Etnia/Raza:			Idioma predominante de la familia:				Religión						
Nº	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EDAD SEXO		D.N.I. / Carnet de extranjería	FECHA NACIMIENTO	(a) PARENTESCO	(b) ESTADO CIVIL	(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	(d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN	SEGURO DE SALUD	
			M	F								SIS	ESSALUD/AFAP/PHOTO (Si seg)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													


(a) PARENTESCO: (P) Padre (M) Madre (H) Hijo(a) Adoptivo, Abuelo (A), Tío (T), Nieto (N), Nieto(a) (PA), Madrina (MA), Esposado (E), Prometo (PR), Ex-esposado (EA), Amigo (AM), Hermano (HE), Tío(a) (T), Neta (N), (b) ESTADO CIVIL: Soltero (S), Conjugado (C), Casado (C), Separado (SP), Divorciado (D), Viudo (V), Otro (O), (c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin instrucción (SI), Inicial (I), Primaria completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria completa (SC), Secundaria Incompleta (SI) y Superior completa (SUP), Superior Incompleta (SUI) (d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN: Trabajador Asalariado (TA), Frec. Lab (FL), Sin Ocupación (SO), Afectado (A)

[illegible][illegible]

DISCAPACIDAD		GESTANTE		FAMILIA	
En sus actividades diarias tiene limitaciones de forma permanente para:		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Moverse o caminar, para salir dentro o afuera?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Entender o aprender?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Ver, oír, tocar, sentir, gustar?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Relaciones con los demás por sus características, sentimientos o conductas		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
¿Cuál es el origen de estos hechos?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Entrenamiento laboral		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Generosidad / Compromiso / de nacimiento		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Entrenamiento cívico		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Accidente laboral		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Accidente de tránsito		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Violencia familiar o pública		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
Accidente con otros en el o fuera del hogar		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?		¿Un y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?	
OBSERVACIONES:					



HISTORIA CLÍNICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO



PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Nº de Historia Clínica

Código de Afiliación SIS u otro seguro:

CUIRSEN

Apellidos

D. de Nac.

Nombres

Sexo

Edad

Sexo

Procedente de

Procedente de

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Edad

GRUPOS DE EDADES

ATENCIÓN DE SALUD	DESCRIPCION	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1. ATENCIÓN GENERAL DE SALUD	Verificación de crecimiento: Antropométrico - Cartilla de Desarrollo de la Salud de la Niña y el Niño						
2. ATENCIÓN DEL DENTISTA	Control de la salud bucal y prevención de caries						
3. TRABAJO SOCIAL	Asesoramiento y apoyo a la familia						
4. TRABAJO ASISTENCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
5. TRABAJO ASISTENCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
6. PREVENCIÓN Y DESARROLLO	A partir del 1º año						
7. EMERGENCIAS	A partir del nacimiento						
8. TRABAJO DE ASISTENCIA	A partir del 1º año						
9. ASISTENTE SOCIAL	A partir del año						
10. TRABAJO DE SALUD BUCA	Control de la salud bucal y prevención de caries						
11. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
12. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
13. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
14. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
15. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
16. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
17. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
18. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
19. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
20. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
21. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
22. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
23. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
24. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
25. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
26. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
27. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
28. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
29. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
30. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
31. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
32. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
33. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
34. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
35. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
36. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
37. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
38. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
39. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
40. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
41. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
42. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
43. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
44. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
45. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
46. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
47. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
48. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
49. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						
50. ASISTENTE SOCIAL	Atención de enfermería y apoyo a la familia						

ASISTENTE SOCIAL

ASISTENTE SOCIAL

2	
Establecimiento de Salud: _____ N° de Historia Clínica: _____ CUI: Aseguro BSA a todo seguro	
DATOS GENERALES	
Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Domicilio/Referencia: _____ CUI/DNI: _____ G.S./Rh: _____ Nombre y Apellidos de la Madre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio / Móvil: _____ Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____ Nombre y Apellidos del Padre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio / Móvil: _____ Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____	1. Antecedentes Personales: 1.1 Antecedentes Perinatales: Parto(s) durante la gestación: - Embarazo de riesgo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Infecciones intrauterinas, vaginales, etc.: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Cuidados gestacionales: - Infección aséptica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Control prenatal: N° de control: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 101 <input type="checkbox"/> 102 <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 107 <input type="checkbox"/> 108 <input type="checkbox"/> 109 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 114 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 116 <input type="checkbox"/> 117 <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 121 <input type="checkbox"/> 122 <input type="checkbox"/> 123 <input type="checkbox"/> 124 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 126 <input type="checkbox"/> 127 <input type="checkbox"/> 128 <input type="checkbox"/> 129 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 131 <input type="checkbox"/> 132 <input type="checkbox"/> 133 <input type="checkbox"/> 134 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 136 <input type="checkbox"/> 137 <input type="checkbox"/> 138 <input type="checkbox"/> 139 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 141 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 143 <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 146 <input type="checkbox"/> 147 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 149 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153 <input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162 <input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168 <input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171 <input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177 <input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183 <input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186 <input type="checkbox"/> 187 <input type="checkbox"/> 188 <input type="checkbox"/> 189 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 191 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> 193 <input type="checkbox"/> 194 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 196 <input type="checkbox"/> 197 <input type="checkbox"/> 198 <input type="checkbox"/> 199 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 202 <input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208 <input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 221 <input type="checkbox"/> 222 <input type="checkbox"/> 223 <input type="checkbox"/> 224 <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228 <input type="checkbox"/> 229 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245 <input type="checkbox"/> 246 <input type="checkbox"/> 247 <input type="checkbox"/> 248 <input type="checkbox"/> 249 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> 252 <input type="checkbox"/> 253 <input type="checkbox"/> 254 <input type="checkbox"/> 255 <input type="checkbox"/> 256 <input type="checkbox"/> 257 <input type="checkbox"/> 258 <input type="checkbox"/> 259 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> 263 <input type="checkbox"/> 264 <input type="checkbox"/> 265 <input type="checkbox"/> 266 <input type="checkbox"/> 267 <input type="checkbox"/> 268 <input type="checkbox"/> 269 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 271 <input type="checkbox"/> 272 <input type="checkbox"/> 273 <input type="checkbox"/> 274 <input type="checkbox"/> 275 <input type="checkbox"/> 276 <input type="checkbox"/> 277 <input type="checkbox"/> 278 <input type="checkbox"/> 279 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 281 <input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 283 <input type="checkbox"/> 284 <input type="checkbox"/> 285 <input type="checkbox"/> 286 <input type="checkbox"/> 287 <input type="checkbox"/> 288 <input type="checkbox"/> 289 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 291 <input type="checkbox"/> 292 <input type="checkbox"/> 293 <input type="checkbox"/> 294 <input type="checkbox"/> 295 <input type="checkbox"/> 296 <input type="checkbox"/> 297 <input type="checkbox"/> 298 <input type="checkbox"/> 299 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> 302 <input type="checkbox"/> 303 <input type="checkbox"/> 304 <input type="checkbox"/> 305 <input type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> 307 <input type="checkbox"/> 308 <input type="checkbox"/> 309 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 312 <input type="checkbox"/> 313 <input type="checkbox"/> 314 <input type="checkbox"/> 315 <input type="checkbox"/> 316 <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> 318 <input type="checkbox"/> 319 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 321 <input type="checkbox"/> 322 <input type="checkbox"/> 323 <input type="checkbox"/> 324 <input type="checkbox"/> 325 <input type="checkbox"/> 326 <input type="checkbox"/> 327 <input type="checkbox"/> 328 <input type="checkbox"/> 329 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 331 <input type="checkbox"/> 332 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 334 <input type="checkbox"/> 335 <input type="checkbox"/> 336 <input type="checkbox"/> 337 <input type="checkbox"/> 338 <input type="checkbox"/> 339 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 341 <input type="checkbox"/> 342 <input type="checkbox"/> 343 <input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/> 345 <input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/> 347 <input type="checkbox"/> 348 <input type="checkbox"/> 349 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 351 <input type="checkbox"/> 352 <input type="checkbox"/> 353 <input type="checkbox"/> 354 <input type="checkbox"/> 355 <input type="checkbox"/> 356 <input type="checkbox"/> 357 <input type="checkbox"/> 358 <input type="checkbox"/> 359 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> 361 <input type="checkbox"/> 362 <input type="checkbox"/> 363 <input type="checkbox"/> 364 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/> 366 <input type="checkbox"/> 367 <input type="checkbox"/> 368 <input type="checkbox"/> 369 <input type="checkbox"/> 370 <input type="checkbox"/> 371 <input type="checkbox"/> 372 <input type="checkbox"/> 373 <input type="checkbox"/> 374 <input type="checkbox"/> 375 <input type="checkbox"/> 376 <input type="checkbox"/> 377 <input type="checkbox"/> 378 <input type="checkbox"/> 379 <input type="checkbox"/> 380 <input type="checkbox"/> 381 <input type="checkbox"/> 382 <input type="checkbox"/> 383 <input type="checkbox"/> 384 <input type="checkbox"/> 385 <input type="checkbox"/> 386 <input type="checkbox"/> 387 <input type="checkbox"/> 388 <input type="checkbox"/> 389 <input type="checkbox"/> 390 <input type="checkbox"/> 391 <input type="checkbox"/> 392 <input type="checkbox"/> 393 <input type="checkbox"/> 394 <input type="checkbox"/> 395 <input type="checkbox"/> 396 <input type="checkbox"/> 397 <input type="checkbox"/> 398 <input type="checkbox"/> 399 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 401 <input type="checkbox"/> 402 <input type="checkbox"/> 403 <input type="checkbox"/> 404 <input type="checkbox"/> 405 <input type="checkbox"/> 406 <input type="checkbox"/> 407 <input type="checkbox"/> 408 <input type="checkbox"/> 409 <input type="checkbox"/> 410 <input type="checkbox"/> 411 <input type="checkbox"/> 412 <input type="checkbox"/> 413 <input type="checkbox"/> 414 <input type="checkbox"/> 415 <input type="checkbox"/> 416 <input type="checkbox"/> 417 <input type="checkbox"/> 418 <input type="checkbox"/> 419 <input type="checkbox"/> 420 <input type="checkbox"/> 421 <input type="checkbox"/> 422 <input type="checkbox"/> 423 <input type="checkbox"/> 424 <input type="checkbox"/> 425 <input type="checkbox"/> 426 <input type="checkbox"/> 427 <input type="checkbox"/> 428 <input type="checkbox"/> 429 <input type="checkbox"/> 430 <input type="checkbox"/> 431 <input type="checkbox"/> 432 <input type="checkbox"/> 433 <input type="checkbox"/> 434 <input type="checkbox"/> 435 <input type="checkbox"/> 436 <input type="checkbox"/> 437 <input type="checkbox"/> 438 <input type="checkbox"/> 439 <input type="checkbox"/> 440 <input type="checkbox"/> 441 <input type="checkbox"/> 442 <input type="checkbox"/> 443 <input type="checkbox"/> 444 <input type="checkbox"/> 445 <input type="checkbox"/> 446 <input type="checkbox"/> 447 <input type="checkbox"/> 448 <input type="checkbox"/> 449 <input type="checkbox"/> 450 <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> 452 <input type="checkbox"/> 453 <input type="checkbox"/> 454 <input type="checkbox"/> 455 <input type="checkbox"/> 456 <input type="checkbox"/> 457 <input type="checkbox"/> 458 <input type="checkbox"/> 459 <input type="checkbox"/> 460 <input type="checkbox"/> 461 <input type="checkbox"/> 462 <input type="checkbox"/> 463 <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> 465 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> 468 <input type="checkbox"/> 469 <input type="checkbox"/> 470 <input type="checkbox"/> 471 <input type="checkbox"/> 472 <input type="checkbox"/> 473 <input type="checkbox"/> 474 <input type="checkbox"/> 475 <input type="checkbox"/> 476 <input type="checkbox"/> 477 <input type="checkbox"/> 478 <input type="checkbox"/> 479 <input type="checkbox"/> 480 <input type="checkbox"/> 481 <input type="checkbox"/> 482 <input type="checkbox"/> 483 <input type="checkbox"/> 484 <input type="checkbox"/> 485 <input type="checkbox"/> 486 <input type="checkbox"/> 487 <input type="checkbox"/> 488 <input type="checkbox"/> 489 <input type="checkbox"/> 490 <input type="checkbox"/> 491 <input type="checkbox"/> 492 <input type="checkbox"/> 493 <input type="checkbox"/> 494 <input type="checkbox"/> 495 <input type="checkbox"/> 496 <input type="checkbox"/> 497 <input type="checkbox"/> 498 <input type="checkbox"/> 499 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 501 <input type="checkbox"/> 502 <input type="checkbox"/> 503 <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> 505 <input type="checkbox"/> 506 <input type="checkbox"/> 507 <input type="checkbox"/> 508 <input type="checkbox"/> 509 <input type="checkbox"/> 510 <input type="checkbox"/> 511 <input type="checkbox"/> 512 <input type="checkbox"/> 513 <input type="checkbox"/> 514 <input type="checkbox"/> 515 <input type="checkbox"/> 516 <input type="checkbox"/> 517 <input type="checkbox"/> 518 <input type="checkbox"/> 519 <input type="checkbox"/> 520 <input type="checkbox"/> 521 <input type="checkbox"/> 522 <input type="checkbox"/> 523 <input type="checkbox"/> 524 <input type="checkbox"/> 525 <input type="checkbox"/> 526 <input type="checkbox"/> 527 <input type="checkbox"/> 528 <input type="checkbox"/> 529 <input type="checkbox"/> 530 <input type="checkbox"/> 531 <input type="checkbox"/> 532 <input type="checkbox"/> 533 <input type="checkbox"/> 534 <input type="checkbox"/> 535 <input type="checkbox"/> 536 <input type="checkbox"/> 537 <input type="checkbox"/> 538 <input type="checkbox"/> 539 <input type="checkbox"/> 540 <input type="checkbox"/> 541 <input type="checkbox"/> 542 <input type="checkbox"/> 543 <input type="checkbox"/> 544 <input type="checkbox"/> 545 <input type="checkbox"/> 546 <input type="checkbox"/> 547 <input type="checkbox"/> 548 <input type="checkbox"/> 549 <input type="checkbox"/> 550 <input type="checkbox"/> 551 <input type="checkbox"/> 552 <input type="checkbox"/> 553 <input type="checkbox"/> 554 <input type="checkbox"/> 555 <input type="checkbox"/> 556 <input type="checkbox"/> 557 <input type="checkbox"/> 558 <input type="checkbox"/> 559 <input type="checkbox"/> 560 <input type="checkbox"/> 561 <input type="checkbox"/> 562 <input type="checkbox"/> 563 <input type="checkbox"/> 564 <input type="checkbox"/> 565 <input type="checkbox"/> 566 <input type="checkbox"/> 567 <input type="checkbox"/> 568 <input type="checkbox"/> 569 <input type="checkbox"/> 570 <input type="checkbox"/> 571 <input type="checkbox"/> 572 <input type="checkbox"/> 573 <input type="checkbox"/> 574 <input type="checkbox"/> 575 <input type="checkbox"/> 576 <input type="checkbox"/> 577 <input type="checkbox"/> 578 <input type="checkbox"/> 579 <input type="checkbox"/> 580 <input type="checkbox"/> 581 <input type="checkbox"/> 582 <input type="checkbox"/> 583 <input type="checkbox"/> 584 <input type="checkbox"/> 585 <input type="checkbox"/> 586 <input type="checkbox"/> 587 <input type="checkbox"/> 588 <input type="checkbox"/> 589 <input type="checkbox"/> 590 <input type="checkbox"/> 591 <input type="checkbox"/> 592 <input type="checkbox"/> 593 <input type="checkbox"/> 594 <input type="checkbox"/> 595 <input type="checkbox"/> 596 <input type="checkbox"/> 597 <input type="checkbox"/> 598 <input type="checkbox"/> 599 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 601 <input type="checkbox"/> 602 <input type="checkbox"/> 603 <input type="checkbox"/> 604 <input type="checkbox"/> 605 <input type="checkbox"/> 606 <input type="checkbox"/> 607 <input type="checkbox"/> 608 <input type="checkbox"/> 609 <input type="checkbox"/> 610 <input type="checkbox"/> 611 <input type="checkbox"/> 612 <input type="checkbox"/> 613 <input type="checkbox"/> 614 <input type="checkbox"/> 615 <input type="checkbox"/> 616 <input type="checkbox"/> 617 <input type="checkbox"/> 618 <input type="checkbox"/> 619 <input type="checkbox"/> 620 <input type="checkbox"/> 621 <input type="checkbox"/> 622 <input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 624 <input type="checkbox"/> 625 <input type="checkbox"/> 626 <input type="checkbox"/> 627 <input type="checkbox"/> 628 <input type="checkbox"/> 629 <input type="checkbox"/> 630 <input type="checkbox"/> 631 <input type="checkbox"/> 632 <input type="checkbox"/> 633 <input type="checkbox"/> 634 <input type="checkbox"/> 635 <input type="checkbox"/> 636 <input type="checkbox"/> 637 <input type="checkbox"/> 638 <input type="checkbox"/> 639 <input type="checkbox"/> 640 <input type="checkbox"/> 641 <input type="checkbox"/> 642 <input type="checkbox"/> 643 <input type="checkbox"/> 644 <input type="checkbox"/> 645 <input type="checkbox"/> 646 <input type="checkbox"/> 647 <input type="checkbox"/> 648 <input type="checkbox"/> 649 <input type="checkbox"/> 650 <input type="checkbox"/> 651 <input type="checkbox"/> 652 <input type="checkbox"/> 653 <input type="checkbox"/> 654 <input type="checkbox"/> 655 <input type="checkbox"/> 656 <input type="checkbox"/> 657 <input type="checkbox"/> 658 <input type="checkbox"/> 659 <input type="checkbox"/> 660 <input type="checkbox"/> 661 <input type="checkbox"/> 662 <input type="checkbox"/> 663 <input type="checkbox"/> 664 <input type="checkbox"/> 665 <input type="checkbox"/> 666 <input type="checkbox"/> 667 <input type="checkbox"/> 668 <input type="checkbox"/> 669 <input type="checkbox"/> 670 <input type="checkbox"/> 671 <input type="checkbox"/> 672 <input type="checkbox"/> 673 <input type="checkbox"/> 674 <input type="checkbox"/> 675 <input type="checkbox"/> 676 <input type="checkbox"/> 677 <input type="checkbox"/> 678 <input type="checkbox"/> 679 <input type="checkbox"/> 680 <input type="checkbox"/> 681 <input type="checkbox"/> 682 <input type="checkbox"/> 683 <input type="checkbox"/> 684 <input type="checkbox"/> 685 <input type="checkbox"/> 686 <input type="checkbox"/> 687 <input type="checkbox"/> 688 <input type="checkbox"/> 689 <input type="checkbox"/> 690 <input type="checkbox"/> 691 <input type="checkbox"/> 692 <input type="checkbox"/> 693 <input type="checkbox"/> 694 <input type="checkbox"/> 695 <input type="checkbox"/> 696 <input type="checkbox"/> 697 <input type="checkbox"/> 698 <input type="checkbox"/> 699 <input type="checkbox"/> 700 <input type="checkbox"/> 701 <input type="checkbox"/> 702 <input type="checkbox"/> 703 <input type="checkbox"/> 704 <input type="checkbox"/> 705 <input type="checkbox"/> 706 <input type="checkbox"/> 707 <input type="checkbox"/> 708 <input type="checkbox"/> 709 <input type="checkbox"/> 710 <input type="checkbox"/> 711 <input type="checkbox"/> 712 <input type="checkbox"/> 713 <input type="checkbox"/> 714 <input type="checkbox"/> 715 <input type="checkbox"/> 716 <input type="checkbox"/> 717 <input type="checkbox"/> 718 <input type="checkbox"/> 719 <input type="checkbox"/> 720 <input type="checkbox"/> 721 <input type="checkbox"/> 722 <input type="checkbox"/> 723 <input type="checkbox"/> 724 <input type="checkbox"/> 725 <input type="checkbox"/> 726 <input type="checkbox"/> 727 <input type="checkbox"/> 728 <input type="checkbox"/> 729 <input type="checkbox"/> 730 <input type="checkbox"/> 731 <input type="checkbox"/> 732 <input type="checkbox"/> 733 <input type="checkbox"/> 734 <input type="checkbox"/> 735 <input type="checkbox"/> 736 <input type="checkbox"/> 737 <input type="checkbox"/> 738 <input type="checkbox"/> 739 <input type="checkbox"/> 740 <input type="checkbox"/> 741 <input type="checkbox"/> 742 <input type="checkbox"/> 743 <input type="checkbox"/> 744 <input type="checkbox"/> 745 <input type="checkbox"/> 746 <input type="checkbox"/> 747 <input type="checkbox"/> 748 <input type="checkbox"/> 749 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 751 <input type="checkbox"/> 752 <input type="checkbox"/> 753 <input type="checkbox"/> 754 <input type="checkbox"/> 755 <input type="checkbox"/> 756 <input type="checkbox"/> 757 <input type="checkbox"/> 758 <input type="checkbox"/> 759 <input type="checkbox"/> 760 <input type="checkbox"/> 761 <input type="checkbox"/> 762 <input type="checkbox"/> 763 <input type="checkbox"/> 764 <input type="checkbox"/> 765 <input type="checkbox"/> 766 <input type="checkbox"/> 767 <input type="checkbox"/> 768 <input type="checkbox"/> 769 <input type="checkbox"/> 770 <input type="checkbox"/> 771 <input type="checkbox"/> 772 <input type="checkbox"/> 773 <input type="checkbox"/> 774 <input type="checkbox"/> 775 <input type="checkbox"/> 776 <input type="checkbox"/> 777 <input type="checkbox"/> 778 <input type="checkbox"/> 779 <input type="checkbox"/> 780 <input type="checkbox"/> 781 <input type="checkbox"/> 782 <input type="checkbox"/> 783 <input type="checkbox"/> 784 <input type="checkbox"/> 785 <input type="checkbox"/> 786 <input type="checkbox"/> 787 <input type="checkbox"/> 788 <input type="checkbox"/> 789 <input type="checkbox"/> 790 <input type="checkbox"/> 791 <input type="checkbox"/> 792 <input type="checkbox"/> 793 <input type="checkbox"/> 794 <input type="checkbox"/> 795 <input type="checkbox"/> 796 <input type="checkbox"/> 797 <input type="checkbox"/> 798 <input type="checkbox"/> 799 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 801 <input type="checkbox"/> 802 <input type="checkbox"/> 803 <input type="checkbox"/> 804 <input type="checkbox"/> 805 <input type="checkbox"/> 806 <input type="checkbox"/> 807 <input type="checkbox"/> 808 <input type="checkbox"/> 809 <input type="checkbox"/> 810 <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> 812 <input type="checkbox"/> 813 <input type="checkbox"/> 814 <input type="checkbox"/> 815 <input type="checkbox"/> 816 <input type="checkbox"/> 817 <input type="checkbox"/> 818 <input type="checkbox"/> 819 <input type="checkbox"/> 820 <input type="checkbox"/> 821 <input type="checkbox"/> 822 <input type="checkbox"/> 823 <input type="checkbox"/> 824 <input type="checkbox"/> 825 <input type="checkbox"/> 826 <input type="checkbox"/> 827 <input type="checkbox"/> 828 <input type="checkbox"/> 829 <input type="checkbox"/> 830 <input type="checkbox"/> 831 <input type="checkbox"/> 832 <input type="checkbox"/> 833 <input type="checkbox"/> 834 <input type="checkbox"/> 835 <input type="checkbox"/> 836 <input type="checkbox"/> 837 <input type="checkbox"/> 838 <input type="checkbox"/> 839 <input type="checkbox"/> 840 <input type="checkbox"/> 841 <input type="checkbox"/> 842 <input type="checkbox"/> 843 <input type="checkbox"/> 844 <input type="checkbox"/> 845 <input type="checkbox"/> 846 <input type="checkbox"/> 847 <input type="checkbox"/> 848 <input type="checkbox"/> 849 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 851 <input type="checkbox"/> 852 <input type="checkbox"/> 853 <input type="checkbox"/> 854 <input type="checkbox"/> 855 <input type="checkbox"/> 856 <input type="checkbox"/> 857 <input type="checkbox"/> 858 <input type="checkbox"/> 859 <input type="checkbox"/> 860 <input type="checkbox"/> 861 <input type="checkbox"/> 862 <input type="checkbox"/> 863 <input type="checkbox"/> 864 <input type="checkbox"/> 865 <input type="checkbox"/> 866 <input type="checkbox"/> 867 <input type="checkbox"/> 868 <input type="checkbox"/> 869 <input type="checkbox"/> 870 <input type="checkbox"/> 871 <input type="checkbox"/> 872 <input type="checkbox"/> 873 <input type="checkbox"/> 874 <input type="checkbox"/> 875 <input type="checkbox"/> 876 <input type="checkbox"/> 877 <input type="checkbox"/> 878 <input type="checkbox"/> 879 <input type="checkbox"/> 880 <input type="checkbox"/> 881 <input type="checkbox"/> 882 <input type="checkbox"/> 883 <input type="checkbox"/> 884 <input type="checkbox"/> 885 <input type="checkbox"/> 886 <input type="checkbox"/> 887 <input type="checkbox"/> 888 <input type="checkbox"/> 889 <input type="checkbox"/> 890 <input type="checkbox"/> 891 <input type="checkbox"/> 892 <input type="checkbox"/> 893 <input type="checkbox"/> 894 <input type="checkbox"/> 895 <input type="checkbox"/> 896 <input type="checkbox"/> 897 <input type="checkbox"/> 898 <input type="checkbox"/> 899 <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 901 <input type="checkbox"/> 902 <input type="checkbox"/> 903 <input type="checkbox"/> 904 <input type="checkbox"/> 905 <input type="checkbox"/> 906 <input type="checkbox"/> 907 <input type="checkbox"/> 908 <input type="checkbox"/> 909 <input type="checkbox"/> 910 <input type="checkbox"/> 911 <input type="checkbox"/> 912 <input type="checkbox"/> 913 <input type="checkbox"/> 914 <input type="checkbox"/> 915 <input type="checkbox"/> 916 <input type="checkbox"/> 917 <input type="checkbox"/> 918 <input type="checkbox"/> 919 <input type="checkbox"/> 920 <input type="checkbox"/> 921 <input type="checkbox"/> 922 <input type="checkbox"/> 923 <input type="checkbox"/> 924 <input type="checkbox"/> 925 <input type="checkbox"/> 926 <input type="checkbox"/> 927 <input type="checkbox"/> 928 <input type="checkbox"/> 929 <input type="checkbox"/> 930 <input type="checkbox"/> 931 <input type="checkbox"/> 932 <input type="checkbox"/> 933 <input type="checkbox"/> 934 <input type="checkbox"/> 935 <input type="checkbox"/> 936 <input type="checkbox"/> 937 <input type="checkbox"/> 938 <input type="checkbox"/> 939 <input type="checkbox"/> 940 <input type="checkbox"/> 941 <input type="checkbox"/> 942 <input type="checkbox"/> 943 <input type="checkbox"/> 944 <input type="checkbox"/> 945 <input type="checkbox"/> 946 <input type="checkbox"/> 947 <input type="checkbox"/> 948 <input type="checkbox"/> 949 <input type="checkbox"/> 950 <input type="checkbox"/> 951 <input type="checkbox"/> 952 <input type="checkbox"/> 953 <input type="checkbox"/> 954 <input type="checkbox"/> 955 <input type="checkbox"/> 956 <input type="checkbox"/> 957 <input type="checkbox"/> 958 <input type="checkbox"/> 959 <input type="checkbox"/> 960 <input type="checkbox"/> 961 <input type="checkbox"/> 962 <input type="checkbox"/> 963 <input type="checkbox"/> 964 <input type="checkbox"/> 965 <input type="checkbox"/> 966 <input type="checkbox"/> 967 <input type="checkbox"/> 968 <input type="checkbox"/> 969 <input type="checkbox"/> 970 <input type="checkbox"/> 971 <input type="checkbox"/> 972 <input type="checkbox"/> 973 <input type="checkbox"/> 974 <input type="checkbox"/> 975 <input type="checkbox"/> 976 <input type="checkbox"/> 977 <input type="checkbox"/> 978 <input type="checkbox"/> 979 <input type="checkbox"/> 980 <input type="checkbox"/> 981 <input type="checkbox"/> 982 <input type="checkbox"/> 983 <input type="checkbox"/> 984 <input type="checkbox"/> 985 <input type="checkbox"/> 986 <input type="checkbox"/> 987 <input type="checkbox"/> 988 <input type="checkbox"/> 989 <input type="checkbox"/> 990 <input type="checkbox"/> 991 <input type="checkbox"/> 992 <input type="checkbox"/> 993 <input type="checkbox"/> 994 <input type="checkbox"/> 995 <input type="checkbox"/> 996 <input type="checkbox"/> 997 <input type="checkbox"/> 998 <input type="checkbox"/> 999 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1001 <input type="checkbox"/> 1002 <input type="checkbox"/> 1003 <input type="checkbox"/> 1004 <input type="checkbox"/> 1005 <input type="checkbox"/> 1006 <input type="checkbox"/> 1007 <input type="checkbox"/> 1008 <input type="checkbox"/> 1009 <input type="checkbox"/> 1010 <input type="checkbox"/> 1011 <input type="checkbox"/> 1012 <input type="checkbox"/> 1013 <input type="checkbox"/> 1014 <input type="checkbox"/> 1015 <input type="checkbox"/> 1016 <input type="checkbox"/> 1017 <input type="checkbox"/> 1018 <input type="checkbox"/> 1019 <input type="checkbox"/> 1020 <input type="checkbox"/> 1021 <input type="checkbox"/> 1022 <input type="checkbox"/> 1023 <input type="checkbox"/> 1024 <input type="checkbox"/> 1025 <input type="checkbox"/> 1026 <input type="checkbox"/> 1027 <input type="checkbox"/> 1028 <input type="checkbox"/> 1029 <input type="checkbox"/> 1030 <input type="checkbox"/> 1031 <input type="checkbox"/> 1032 <input type="checkbox"/> 1033 <input type="checkbox"/> 1034 <input type="checkbox"/> 1035 <input type="checkbox"/> 1036 <input type="checkbox"/> 1037 <input type="checkbox"/> 1038 <input type="checkbox"/> 1039 <input type="checkbox"/> 1040 <input type="checkbox"/> 1041 <input type="checkbox"/> 1042 <input type="checkbox"/> 1043 <input type="checkbox"/> 1044 <input type="checkbox"/> 1045 <input type="checkbox"/> 1046 <input type="checkbox"/> 1047 <input type="checkbox"/> 1048 <input type="checkbox"/> 1049 <input type="checkbox"/> 1050 <input type="checkbox"/> 1051 <input type="checkbox"/> 1052 <input type="checkbox"/> 1053 <input type="checkbox"/> 1054 <input type="checkbox"/> 1055 <input type="checkbox"/> 1056 <input type="checkbox"/> 1057 <input type="checkbox"/> 1058 <input type="checkbox"/> 1059 <input type="checkbox"/> 1060 <input type="checkbox"/> 1061 <input type="checkbox"/> 1062 <input type="checkbox"/> 1063 <input type="checkbox"/> 1064 <input type="checkbox"/> 1065 <input type="checkbox"/> 1066 <input type="checkbox"/> 1067 <input type="checkbox"/> 1068 <input type="checkbox"/> 1069 <input type="checkbox"/> 1070 <input type="checkbox"/> 1071 <input type="checkbox"/> 1072 <input type="checkbox"/> 1073 <input type="checkbox"/> 1074 <input type="checkbox"/> 1075 <input type="checkbox"/> 1076 <input type="checkbox"/> 1077 <input type="checkbox"/> 1078 <input type="checkbox"/> 1079 <input type="checkbox"/> 1080 <input type="checkbox"/> 1081 <input type="checkbox"/> 1082 <input type="checkbox"/> 1083 <input type="checkbox"/> 1084 <input type="checkbox"/> 1085 <input type="checkbox"/> 1086 <input type="checkbox"/> 1087 <input type="checkbox"/> 1088 <input type="checkbox"/> 1089 <input type="checkbox"/> 1090 <input type="checkbox"/> 1091 <input type="checkbox"/> 1092 <input type="checkbox"/> 1093 <input type="checkbox"/> 1094 <input type="checkbox"/> 1095 <input type="checkbox"/> 1096 <input type="checkbox"/> 1097 <input type="checkbox"/> 1098 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> 1100 <input type="checkbox"/> 1101 <input type="checkbox"/> 1102 <input type="checkbox"/> 1103 <input type="checkbox"/> 1104 <input type="checkbox"/> 1105 <input type="checkbox"/> 1106 <input type="checkbox"/> 1107 <input type="checkbox"/> 1108 <input type="checkbox"/> 1109 <input type="checkbox"/> 1110 <input type="checkbox"/> 1111 <input type="checkbox"/> 1112 <input type="checkbox"/> 1113 <input type="checkbox"/> 1114 <input type="checkbox"/> 1115 <input type="checkbox"/> 1116 <input type="checkbox"/> 1117 <input type="checkbox"/> 1118 <input type="checkbox"/> 1119 <input type="checkbox"/> 1120 <input type="checkbox"/> 1121 <input type="checkbox"/> 1122 <input type="checkbox"/> 1123 <input type="checkbox"/> 1124 <input type="checkbox"/> 1125 <input type="checkbox"/> 1126 <input type="checkbox"/> 1127 <input type="checkbox"/> 1128 <input type="checkbox"/> 1129 <input type="checkbox"/> 1130 <input type="checkbox"/> 1131 <input type="checkbox"/> 1132 <input type="checkbox"/> 1133 <input type="checkbox"/> 1134 <input type="checkbox"/> 1135 <input type="checkbox"/> 1136 <input type="checkbox"/> 1137 <input type="checkbox"/> 1138 <input type="checkbox"/> 1139 <input type="checkbox"/> 1140 <input type="checkbox"/> 1141 <input type="checkbox"/> 1142 <input type="checkbox"/> 1143 <input type="checkbox"/> 1144 <input type="checkbox"/> 1145 <input type="checkbox"/> 1146 <input type="checkbox"/> 1147 <input type="checkbox"/> 1148 <input type="checkbox"/> 1149 <input type="checkbox"/> 1150 <input type="checkbox"/> 1151 <input type="checkbox"/> 1152 <input type="checkbox"/> 1153 <input type="checkbox"/> 1154 <input type="checkbox"/> 1155 <input type="checkbox"/> 1156 <input type="checkbox"/> 1157 <input type="checkbox"/> 1158 <input type="checkbox"/> 1159 <input type="checkbox"/> 1160 <input type="checkbox"/> 1161 <input type="checkbox"/> 1162 <input type="checkbox"/> 1163 <input type="checkbox"/> 1164 <input type="checkbox"/> 1165 <input type="checkbox"/> 1166 <input type="checkbox"/> 1167 <input type="checkbox"/> 1168 <input type="checkbox"/> 1169 <input type="checkbox"/> 1170 <input type="checkbox"/> 1171 <input type="checkbox"/> 1172 <input type="checkbox"/> 1173 <input type="checkbox"/> 1174 <input type="checkbox"/> 1175

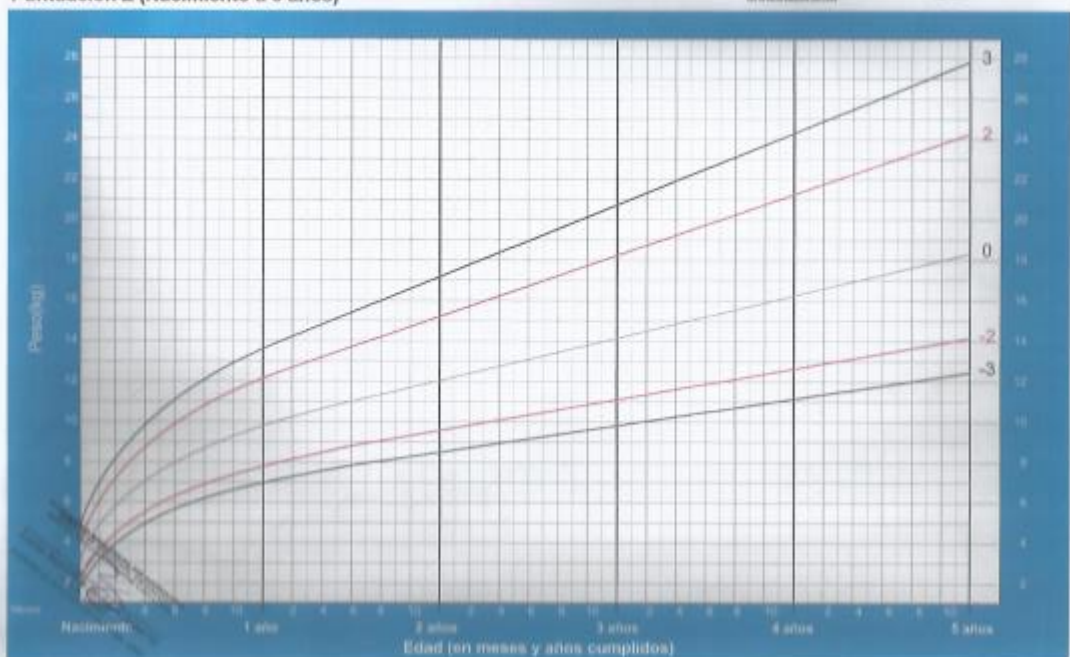
[illegible]

[illegible]

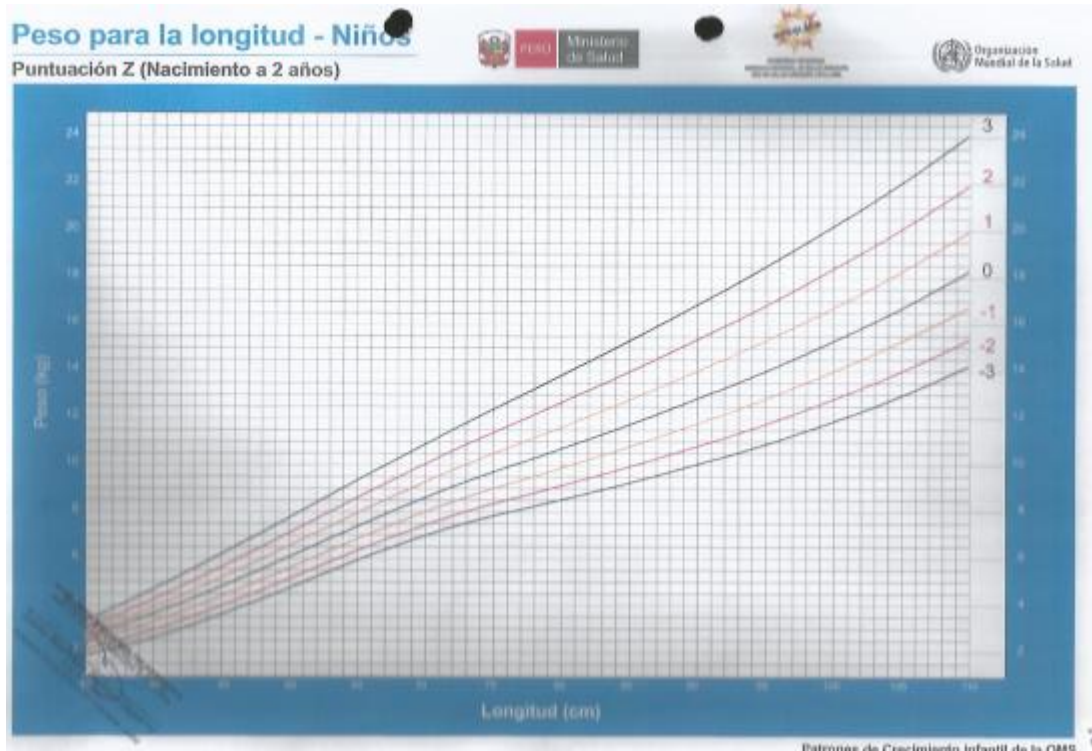
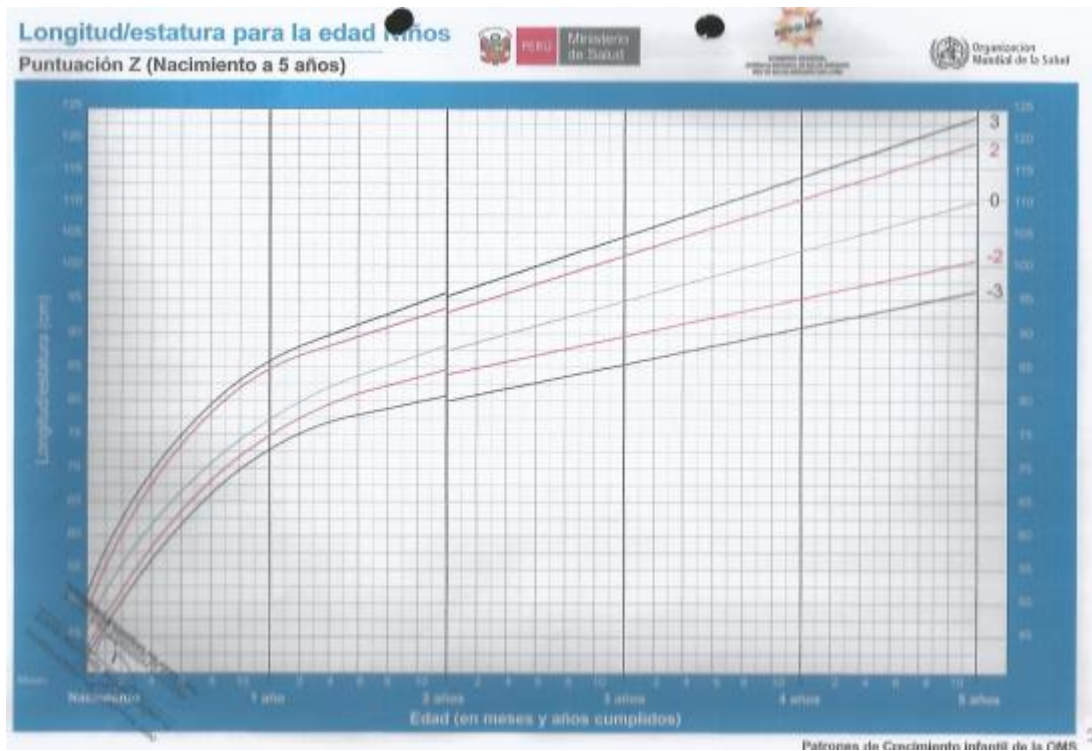
[illegible]

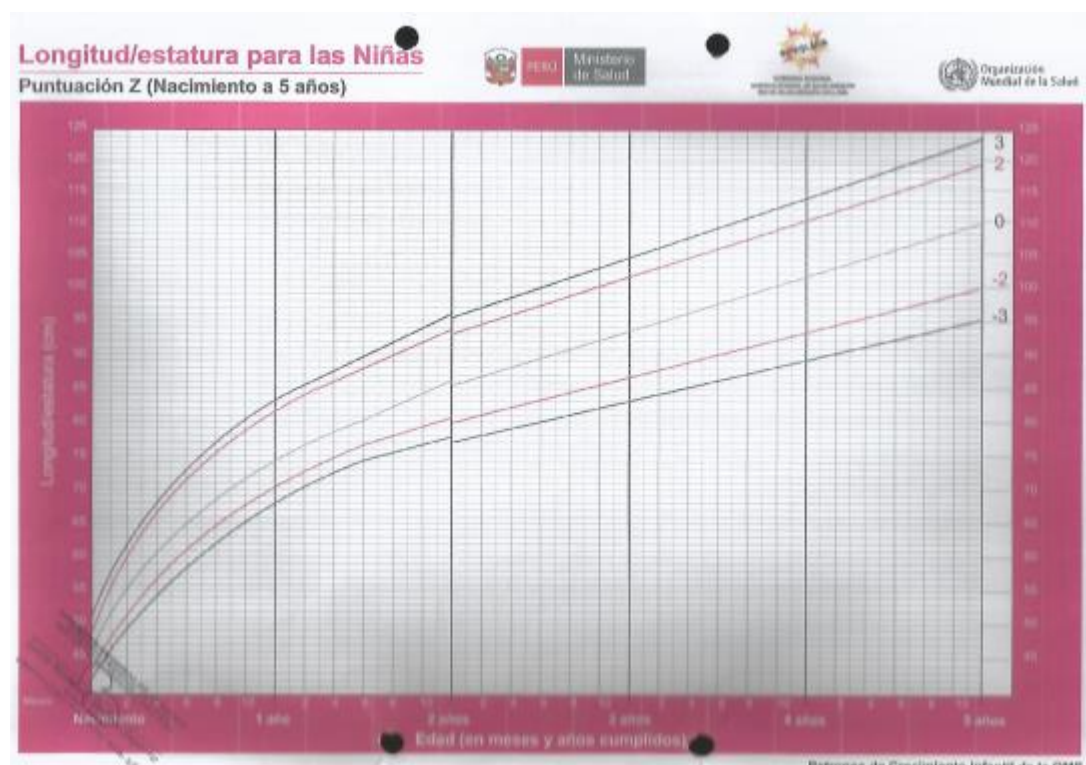
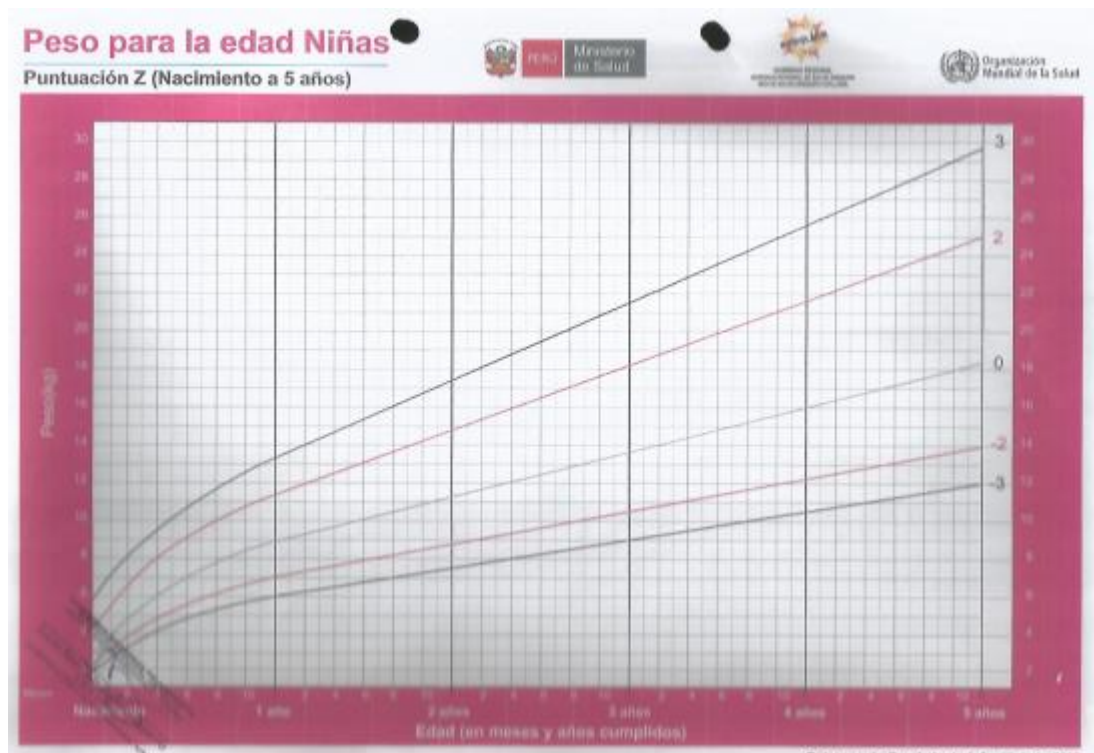
[illegible]

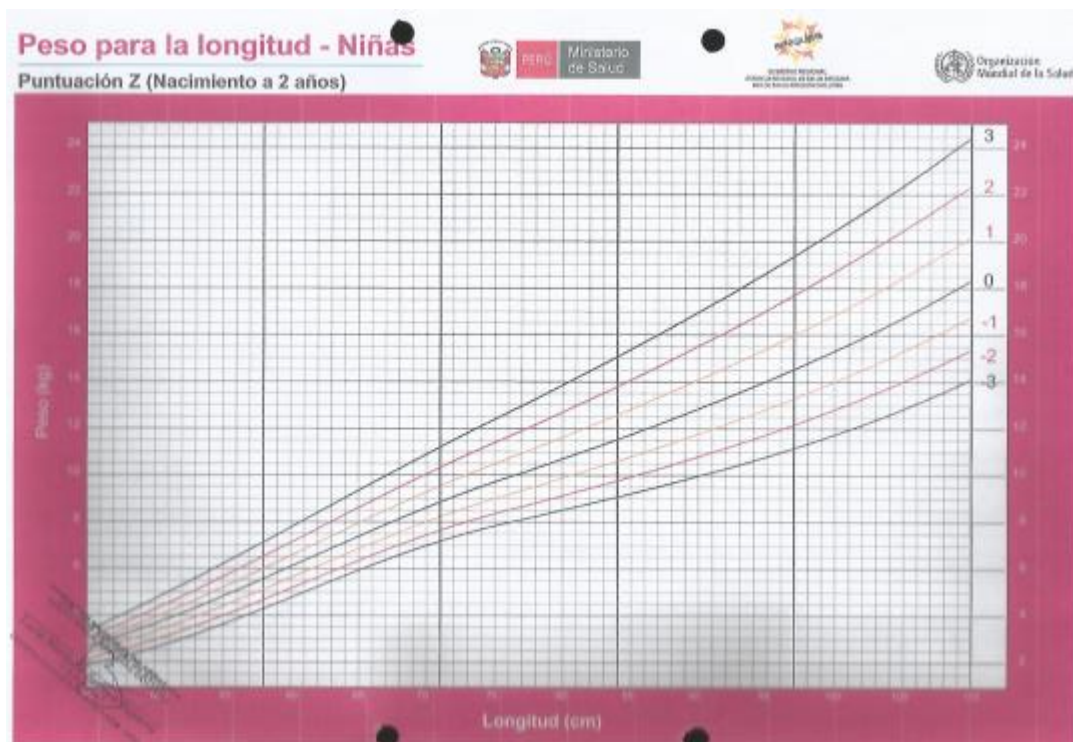
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Relatório do Conselho de Infância de la CIDE







TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD


	1 MESES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L

RECUERDA A partir de los 1 años se aplica el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TDP)

FICHA DE TAMIZAJE		
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL		
Lee al padre, madre o adulto responsable de cuidado del niño o niña		
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a la pregunta:		
Pregunta:		
Al adulto (a)		
¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	SI No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	SI No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	SI No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	SI No	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	SI No	
¿Cuánto?		
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña		
¿Pasa en la mayor parte del tiempo, diría que su hijo o hija es feliz o feliz?	Feliz Defeliz	
¿Alguna vez pierde el control?	SI NO Paga? Otra? Empuja o asusta? Enojado? SI NO	
¿Su hijo es muy desobediente?		
Marque con una X, todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:		
Físico Hematomas, contusiones, irregularidades Cicatrices, quemaduras Fracturas irregulares Marcas de mordeduras Lesiones de partes íntimas, nudo etc. Laceraciones en boca, mejillas, ojos etc. Cuerpos extraños sin causa física: oídos, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones del sueño) Problemas con el apetito Enanismo (niños) Psicológico Se muestra falta de confianza en sí mismo Tristeza, depresión o angustia Retraimiento	Úlcera frecuente Exagerada necesidad de ganar, sobresalir Demanda excesiva de atención Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños Tatuado Tener a los padres o de lejos al hogar Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad Asentimiento escolar Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde Bajo rendimiento académico Aislamiento de personas Intento de suicidio	Sexuales Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños) Intimidación, lesión y terrorización en zona genital Enfermedad de transmisión sexual Negligencia Falta de peso o pobre patrón de crecimiento No vacunas o atención de salud Accidentes o enfermedades muy frecuentes Descuido en higiene o al vestir Falta de estimulación por parte de los padres Falta, sueño, náusea

Adaptación de Normas y Procedimientos para la Atención a la violencia y el maltrato infantil MINSA 2009


[illegible]



PERU Ministerio de Salud

Decreto Supremo de Organización y Estructura Organizacional del Sector Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"




GOBIERNO REGIONAL
REGIONAL GOVERNMENT OF AREQUIPA
GOV. DE LA REGIÓN AREQUIPA

3 - a

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGO				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla/Edad			
	Índice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACIÓN DE DESARROLLO SEXUAL SEGUN Tanner	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACIÓN POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	FECHA			
	Agudeza Visual OD			
	Agudeza visual OI			
	Agudeza auditiva OD			
	Agudeza auditiva OI			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de colesterol			
	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (determinación de proteína en orina)			
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previniendo la violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de decisiones			
	Valores			
Asertividad				
	Calificación total			

APELLIDOS Y NOMBRES





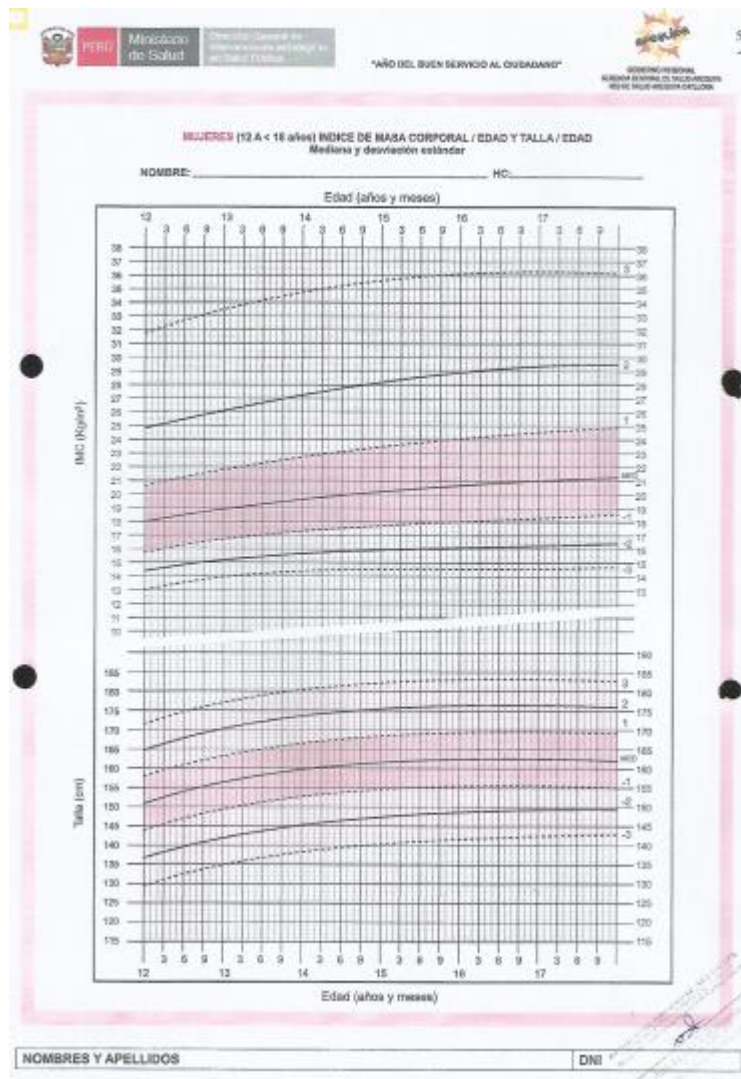
H A 5

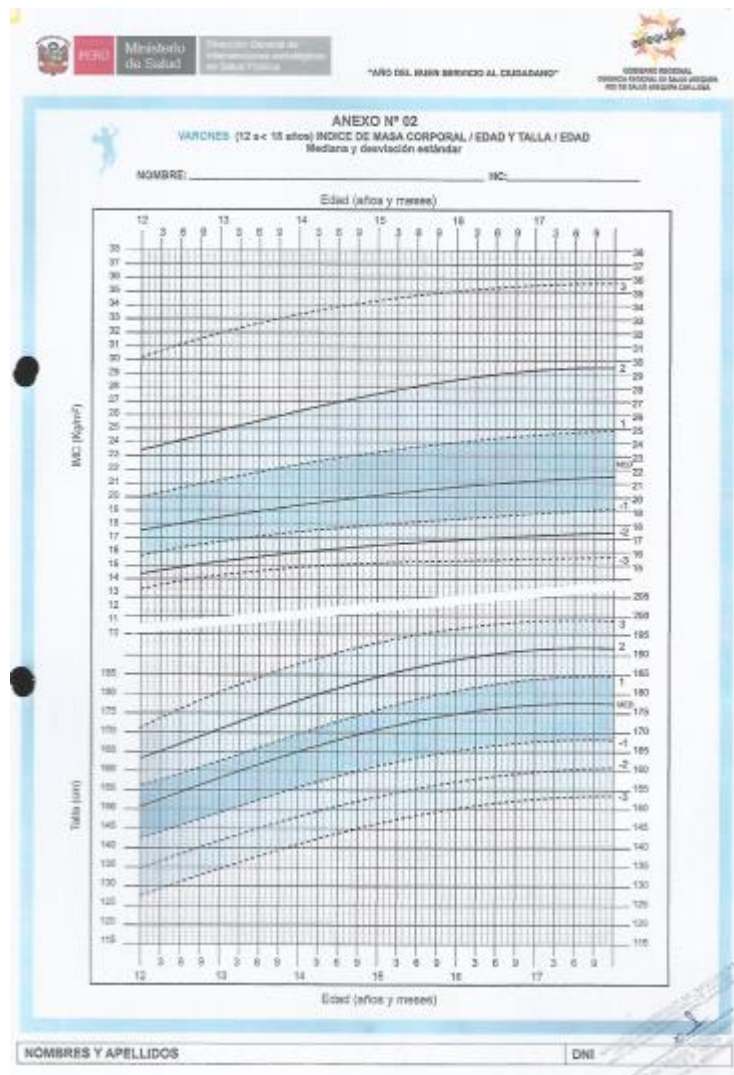
3 - b


FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS

EVALUACIÓN DE CÓLERA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN	FECHA			
	Cólera			
	Irritabilidad			
	Agresión			
	Calificación total			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	FECHA			
	Violencia familiar			
	Violencia sexual			
	Violencia política			
ESCOLARIDAD	FECHA			
	Asistencia a la escuela/colegio			
	Rendimiento escolar			
	Deserción escolar			
HÁBITOS	FECHA			
	Uso del tiempo libre			
	Sedentarismo			
	Uso de alcohol			
	Uso de tabaco			
	Uso de drogas			
	Pertenencia a Pandillas			
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			
	Conocimiento para prevenir embarazo no deseado			
Conocimiento para prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA				
APELLIDOS Y NOMBRES				

	Ministerio de Salud <small>Ministerio de Salud del Perú</small>	"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL CONSULTA			
FECHA:		HORA:	
Motivo de consulta:		EDAD:	
Signos y Síntomas:		Tiempo de Enfermedad:	
Relato cronológico: 			
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO: ANETO: SED: SUCIO: ORINA: DEPOSICIONES:			
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI NO VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO LUGAR:			
TOS MÁS DE OCHO DÍAS: SI NO ROTACIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO			
CUR: ANTECEDENTES DE IMPORTACIÓN:			
País:	Tr:	Al:	PC: PR: Pico: Talla: P. ABO
HISTÓRICO: (Enfermedad o lesión, nacionalidad, desarrollo personal y otros)			
TIPO DEGR: DE X:		TRATAMIENTO: VIA DOSE FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
		P D R	
		P D R	
		P D R	
		P D R	
		P D R	
MEDIDAS HIGIENICO-EDUCATIVAS:		MEDIDAS PREVENTIVAS	
		REFERENCIA (Fecha, lugar y motivo)	
Exámenes auxiliares:		Firma y sello (Colegio profesional)	
Apellido y nombre:		Nº HCl	








NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

41 ³



Cuestionario de Síntomas para adolescentes, Jóvenes y Adultos
Symptoms Report Questionnaire - SRQ

FECHA DE ENTREVISTA:

ESTABLECIMIENTO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: SEXO:

DIRECCIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

.....

1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2.- ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3.- ¿Duerme mal?	SI	NO
4.- ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5.- ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
6.- ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7.- ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8.- ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9.- ¿Se siente triste?	SI	NO
10.- ¿Llora usted? ¿Con mucha frecuencia?	SI	NO
11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12.- ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13.- ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15.- ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16.- ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:

NTS N° 138-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

19.- ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?

20.- ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?

21.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?

22.- ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?

23.- ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y/o piernas con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?

24.- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia sus amigos su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado?

25.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?

26.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo, o colegio o faltar a ellos?

27.- ¿Ha estado en ristas o lo han detenido estando borracho?

28.- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

29.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN


- Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansioso, nueve (9) o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso"
- La pregunta del diecinueve (19) al veintidos (22) son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinará un "caso"
- La respuesta positiva a la pregunta veintitres (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.
- Las preguntas del veinticuatro (24) al veintiocho (28) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.
- Cualquiera de estas posibilidades o la combinación de las tres indica que efectivamente se trata de un "caso"

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA TERAPIA

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS
TEST AUDIT PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Ítem	Criterios de Valoración
1.- ¿Con cuánta frecuencia toma Ud. bebidas alcohólicas?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 3 a 4 veces a la semana 4. Cuatro mas veces a la semana
2.- Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe usted?	0. Uno o dos 1. Tres o cuatro 2. Cinco o seis 3. Siete u ocho 4. Diez o mas
3.- ¿Cuántas veces toma usted seis o mas tragos en una ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
4.- ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
5.- ¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de usted debido a la bebida?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
6.- ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
7.- ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
8.- ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que paso la noche anterior por que estuvo bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
9.- ¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)
10.- ¿Algun familiar, amigo, médico u otras personas de salud, le ha preocupado que usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que Ud. debiera dejar de beber?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)

J. Botas M. Portillo, M. Bouza/la Banca de Instrumentos Básicos para la gestión clínica Psiquiatria 2da edición APO Médica Barcelona España 2002



NTS N° 139-MINSA/2016/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Fecha: ____/____/____

DISA: _____ Establecimiento: _____

Servicio: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Gineco obstetricia ☐ CRED ☐ Otros _____

Nombre y Apellido del Usuario: _____

Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Ministerio de Salud, Normas y Procedimientos para prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, Lima - Julio 2001

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

Preguntas:	
A la joven o el joven	
¿Alguna vez un miembro de su familia lo insulta, lo golpea.	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
¿Le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
¿Dáven? _____	
Si es padre o madre de familia:	
¿Su hijo es muy desobediente?	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez patea al control y lo golpea?	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>

Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe

Físico	Emocional	Sexuales
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de uñas, pechos, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejilla, ope entre otros. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física. <input type="checkbox"/> Cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño). <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito. <input type="checkbox"/> Esiuresia en niños. Psicológico <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Retraimiento. <input type="checkbox"/> Uso frecuente. <input type="checkbox"/> Esquece cosas de hacer o administrar. <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención. <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. <input type="checkbox"/> Tartamudeo. <input type="checkbox"/> Temor a los padres o a llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo en centro de estudios/escuela. <input type="checkbox"/> Llegar temprano al centro de estudios/escuela y retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico. <input type="checkbox"/> Aislarse de las personas.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio. <input type="checkbox"/> Uso de alcohol u otras drogas. <input type="checkbox"/> Tranquilizantes y analgésicos. Sexuales <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (ritos). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. <input type="checkbox"/> Aborto o amenaza de aborto. <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual. <input type="checkbox"/> Negligencia. <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunado o atención de salud. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Falta de sueño y hambre.

Fecha: ____/____/____ Derivado por: _____ Firma: _____

Nombre del personal de la salud que atendió al caso: _____

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre y apellidos: Edad:

Ocupación: Grado de instrucción: Fecha:

Instrucciones:

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria. Señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios: N = nunca, RV = rara vez, AV = a veces, AM = a menudo, S = siempre.

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante no hay respuesta buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDADES:	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas					
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona lo insulto					
3. Si necesito ayuda le pido de buena manera					
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años					
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa					
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada					
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo exigiendo mi derecho a ser respetado					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender que me dicen					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias					
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud					
23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico					
24. Me gusta verme arreglado (a)					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a)					
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas					
28. Puedo hablar sobre mis temores					
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera					
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as)					
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante					
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as)					
33. Rechazo hacer las tareas de la casa					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema					
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema					
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones					
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas					
38. Hago planes para mis vacaciones					
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro					
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado					
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as)					
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

NTS N° 139-MINSA/2013/DGAIN
MEMORIA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

DISA: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

DIRESA/DISA: _____ RED: _____ Micromed: _____ ESES: _____

Servicio: Obstetricia ☐ Ginecología ☐ Pediatría ☐ CRED/Inmunizaciones ☐ Emergencia ☐ Otro: _____

Nombres y apellidos de usuaria/o: _____

DNI: _____ SIS ☐ SI ☐ NO ☐ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del agresor/a: _____ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Para dar lectura a usuaria/o. La violencia familiar es dañina para la salud de las personas y su familia, por ello en todos los establecimientos de salud estamos preguntando, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

N°	PREGUNTAS DE EXPLORACIÓN INICIAL	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Si la respuesta es si especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Quién es?		
6	¿Desde cuándo?		
7	¿Cuándo fue la última vez?		
8	Si es niño o adolescente		
9	¿Te obligan a pagar o recibir?		
10	¿Cómo te castigan?		
11	¿Alguna persona extraña o de tu propia familia, le ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?		
12	¿Desde cuándo?		
13	¿Cuándo fue la última vez?		

Marque con una (X) todas las indicaciones de maltrato que observe, en todos los casos de niño(a), adolescente adulto(a), adulto(a) mayor.

FÍSICAS	Restricción	SEXUALES
Hemorragias o contusiones inexplicables	Llanto frecuente	Concomitante y conducta sexual inapropiada
Ciegos	Exagerada necesidad de ganar sobresalir	Irritación, dolor, hemorragia en genitales
Quemaduras	Demandas excesivas de atención	Embarazo precoz
Fracturas inexplicables	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Abortos o amenazas de infección de transmisión sexual
Marcas de mordeduras	Tartramiento	NEGLIGENCIA
Lesiones de vulva, peneo	Temor a los padres o de llegar al lugar	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
Laceraciones en la mejilla, boca, oreja	Robo, mentira, brega desobediencia, agresividad	No tiene vacunas o atención de salud
Quejas crónicas sin causa física, cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño)	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	Accidente o enfermedades muy
Enuresis (orinica)	Bajo rendimiento académico y aislamiento de personas	Descuido en la higiene y estimulación del desarrollo
PSICOLÓGICO	Intento de suicidio	Falta de sueño y hambre
Existencia falta de confianza en si mismo	Uso de alcohol, drogas	
Trauma, depresión o angustia	Uso de tranquilizantes o analgésicos	

Fuente: Protocolo de atención de la violencia basada en género MINSA 2017

Perfil diagnóstico de las habilidades sociales

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()

Colegio: _____ Año de estudio: _____ Fecha: _____

Nombre del Evaluador: _____

CATEGORIAS	Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Áreas	Puntaje						
Asertividad							
Comunicación							
Auto estima							
Manejo de emociones							
PUNTAJE TOTAL							

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión (cia)



Nombre y apellidos: Edad:

Grado de instrucción:

Fecha:

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "x" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios: N = nunca, RV = rara vez, AV = a veces, AM = a menudo, S = siempre. Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegurate de contestar todas.

	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a)					
2. No puedo evitar ser algo loco (a) con la persona que no me agrada					
3. Siento como que me hierve la sangre cuando alguien se burla de mí					
4. Paso mucho tiempo molesto(a) más de lo que la gente					
5. Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros					
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor					
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido					
8. Con frecuencia estoy muy molesto(a) y a punto de explotar					
9. No me molesta si alguien no me trata bien					
10. Yo soy muy comprensivo(a) con todas las personas					
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten					
12. Es muy común estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo					
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura					
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar, mientras que otras veces no grito					
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta					
16. Hay momentos en la que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un corto tiempo me siento bastante relajado(a)					
17. Normalmente me siento tranquilo(a) y de pronto de un momento a otro, me esfuerzo a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa					
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me he puesto tranquilo(a)					
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un pufeteo o una cachetada					
20. Peleo con casi toda la gente que conozco					
21. Si alguien me levanta la voz, lo insulto para que se calle					
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas					
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien					
24. Pienso que cualquiera que me insulta o insulta a mi familia está buscando pelear					
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien					
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera					
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario					
28. Yo golpear a otro (a) cuando él (ella) me insulta primero					
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema					
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo					
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella)					
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito					
33. Cuando me enoja digo cosas feas					
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo					
35. Cuando discuto rápidamente otro le voy					
36. Aún cuando esté enojado (a), no digo malas palabras, ni maltrato					
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir					
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta					
39. Yo me podría molestar tanto que podría romper el objeto más cercano y romperlo					
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa					
41. Me molesto lo suficiente como para amagar objetos.					
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas.					

Perfil diagnóstico

Nombre: Edad: Sexo: M () F ()

Colegio: Año de estudio: Fecha:

Nombre del Evaluador:

CATEGORIAS	Puntaje directo de Irritabilidad	Puntaje directo de Cólera	Puntaje directo de Agresión	TOTAL
Muy bajo				
Bajo				
Promedio bajo				
Promedio				
Promedio alto				
Alto				
Muy alto				

Pasos para la calificación e interpretación del listado del Cuestionario ICA

1. Comparar las respuestas del adolescente y la clave de respuestas
2. Sumar las puntuaciones del número 1 al 11 correspondiente al área de irritabilidad, del 12 al 18, referente al área de Cólera, del 19 al 42 correspondiente al área de agresividad.
3. Los puntajes obtenidos son llevados al cuadro de Categorías de cada área.
4. Interpretar de la siguiente manera:
 - a. Los puntajes que se ubican en la Categoría de Promedio en cualquiera de las áreas serán interpretados como respuestas de personas que tienden a responder con ciertos descontrol de irritabilidad, cólera o agresividad.
 - b. Los puntajes en las Categorías Alto y Muy Alto en cualquiera de las áreas serán consideradas como respuestas de personas con bajos mecanismos emocionales para controlar su irritabilidad, Cólera y Agresividad.
 - c. Los puntajes que se ubican en las Categorías Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como de personas que presentan mecanismos adecuados de control y manejo de la irritabilidad, Cólera o Agresividad

A1

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL JOVEN

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA JOVEN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD							
N° de Historia Clínica		N° de Atención SB u otro seguro					
Apellidos		DNI O CUI					
Nombres		Sexo		M		F	
Dirección / Referente		Edad		DNI			
Acompañante							
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	INACTIVO	OBSERVACIONES			
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	OBSERVACIONES			
N°	PRESTACIONES DE SALUD	FECHA	FLEW	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL						
2	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO						
3	MANEJO DE VIOLENCIA						
4	DETECTAR DE DOPEDICIONES NO TENDIBLES						
5	EVALUACIÓN SOCIAL						
6	PREVENCIÓN Y DE HABITUDES SOCIALES						
7	PREVENCIÓN						
8	OTRAS INTERVENCIÓN PREVENTIVA						
9	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES						
10	CONSEJO INTEGRAL						
11	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
12	VISTA FAMILIAR INTEGRAL						
13	TEMAS EDUCATIVOS						
14	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS						

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			N° <input style="width: 100px;" type="text"/>		
FECHA <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>					
DATOS GENERALES					
Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nombres <input style="width: 150px;" type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad <input style="width: 60px;" type="text"/>	
Lugar de nacimiento <input style="width: 150px;" type="text"/>		Procedencia <input style="width: 150px;" type="text"/>		F. Nac. <input style="width: 60px;" type="text"/> Rn <input style="width: 60px;" type="text"/>	
Grado de instrucción <input style="width: 150px;" type="text"/>		Estado civil <input style="width: 150px;" type="text"/>		Ocupación <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Acompañante <input style="width: 150px;" type="text"/>		Edad <input style="width: 60px;" type="text"/>		Identificación (DNI) <input style="width: 150px;" type="text"/> Dirección <input style="width: 150px;" type="text"/>	
ANTECEDENTES					
Personales		Personales		Familiares	
Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
RA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Alergias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Inf. Transmis. sexual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hospitalizac. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		DDM <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
VIH-SIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Inter. quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		HTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ITU <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Transfusiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Infarto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Accidentes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cáncer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cáncer de cervix <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Depresión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
HTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Patología preexistente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Prob. Psicopatología <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sobrepeso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Discapacidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Alcoholismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dislipidemia (colesterol) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Riesgo ocupacional <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Medicamento de uso frecuente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>					
(Dosis, forma de uso y otra observación) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
ANTECEDENTES PERSONALES					
ESTUDIO		PROFESIONAL		Consumos	
Estudios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tercer año <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Consumo tabaco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nivel <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teóricas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Consumo alcohol <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
No escolarizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Participa en grupos juveniles <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Consumo drogas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Primaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Entre otros (a) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sufrir violencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Secundaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Edad deprimido (a) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sufrir abuso sexual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Superior <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Conducta suicida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vivir violencia política <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
LABORALES		Experiencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Trabajos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Remunerado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
T. Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
SEXUALIDAD:					
Uso sistemático de condón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Edad de inicio de relación sexual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de parejas sexuales en el último año <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ejecución precoz <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dolor coital <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Anorgasmo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Menarquia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de última regla <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		R/C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Embarazo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Aborto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nac. muertos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hijos vivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Parto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cesárea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Gesta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
</					

[illegible][illegible]

A1

NTS N° 138-MINSA/2015/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA INFECCIÓN

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRE JOVEN
FICHA DE EXAMEN MEDICO DE CONTROL ANUAL PREVENTIVO

Colocar SI o Ocasional, NO o Aspa

CADA CONSULTA	Fecha	SI	Ocasional	NO	Aspa	COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días						
Tos más de 15 días						
Secreción o lesión en genitales						
Fecha de última regla						
PERIÓDICAMENTE						
Examen Físico:	Fecha					
Talla / Peso						
Perímetro de cintura						
Índice de masa corporal IMC						
Presión arterial						
VACUNAS						
Antitetánica (2 dosis)						
Antitarrálica (zona de riesgo)						
Antihpatitis B (3 dosis)						
Anti rubéola						
Examen Bucal:						
Capacidad masticatoria %						
Encías						
Caries dental						
Edentulismo parcial o total						
Portador de prótesis dental						
Estado de higiene bucal						
Urgencia de tratamiento						
Fluorización						
Destartraje						
Examen Visual:						
Ojo derecho						
Ojo izquierdo						
Presión ocular						
Examen preferencial						
Aparato respiratorio						
Aparato cardiovascular						
Aparato digestivo						
Aparato genitourinario						
- Vagla y próstata						
- Ex Mama						
Aparato locomotor						
Examen LABORATORIO						
Serología (VDRL y ELISA)						
BIK						
Hemograma/Hb						
Examen de Orina						
Coolesterol						
Glucosa						

[illegible]

NTS N° 138-MINSA/2018/DGAIN									
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES CONSULTA									
PERSONA		HORA		EDAD					
Motivo de consulta:									
Apellido		Sexo		Sueldo		Estado de ánimo			
Cédula		Deposiciones							
Familia	Tn	PA:	FC:	PR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO				
					Exámenes auxiliares				
PLAN DE ACCIÓN					Referencia (lugar y motivo)				
					Finca y sello (olografía prof.)				
Próxima cita:									
Atendido por:									
Observación:									
NOMBRES Y APELLIDOS					FOLIO DE HISTORIA CLÍNICA				

[illegible]



NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
FICHA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA

ESCALA DE SALUD PERSONAL

NOMBRE: EDAD:

SEXO: GRADO:

DOMICILIO: FECHA:

Indique con un aspa la frecuencia con la cual ha experimentado lo siguiente durante el MES PASADO (desde hace 4 semanas hasta hoy)

	Nunca	A veces	Siempre
1.- ¿Ha tenido dificultades para dormir?			
2.- ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?			
3.- ¿Se ha sentido nervioso o tenso?			
4.- ¿Se ha sentido triste?			
5.- ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?			
6.- ¿Se ha sentido cansado?			
7.- ¿Ha dejado de asistir o hacer su trabajo? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa)			
8.- ¿Ha dejado de relacionarse o llevar a cabo actividades con sus familiares?			
9.- ¿Ha dejado de relacionarse con gente de su comunidad?			
10.- ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y que requiere atención profesional?			
PUNTAJE TOTAL			

Determinación de la puntuación: Un puntaje > 0 significa que es un caso de depresión

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

Cuestionario de Síntomas para adolescentes, Jóvenes y Adultos
Symptoms Report Questionnaire - SRQ

FECHA DE ENTREVISTA:

ESTABLECIMIENTO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: SEXO:


DIRECCIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2.- ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3.- ¿Duerme mal?	SI	NO
4.- ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5.- ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
6.- ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7.- ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8.- ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9.- ¿Se siente triste?	SI	NO
10.- ¿Llora usted? ¿Con mucha frecuencia?	SI	NO
11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12.- ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13.- ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15.- ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16.- ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:



NTS N° 138-MINSA/2018/DGAIN
MINIMA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA

19.- ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	SI	NO
20.- ¿Es usted una persona mucho mas importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
21.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22.- ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23.- ¿Ha tenido convulsiones ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y/o piernas con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
24.- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia sus amigos su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	SI	NO
26.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo, o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27.- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28.- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebe demasiado?	SI	NO
29.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

- Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansioso, nueve (9) o mas respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso"
- La pregunta del diecinueve (19) al veintidos (22) son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinara un "caso"
- La respuesta positiva a la pregunta veintitres (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.
- Las preguntas del veinticuatro (24) al veintiocho (28) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.
- Cualquiera de estas posibilidades a la combinación de las tres indica que efectivamente se trata de un "caso"

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA RESTORACIÓN

**PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS
TEST AUDIT PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL**

Items	critérios de Valoración
1.- ¿Con cuánta frecuencia toma Ud. bebidas alcohólicas?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 3 a 4 veces a la semana 4. Cuatro mas veces a la semana
2.- Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe usted?	0. Uno o dos 1. Tres o cuatro 2. Cinco o seis 3. Siete u ocho 4. Diez o mas
3.- ¿Cuántas veces toma usted seis o mas tragos en una ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
4.- ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
5.- ¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de usted debido a la bebida?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
6.- ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
7.- ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
8.- ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que paso la noche anterior por que estuvo bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
9.- ¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)
10.- ¿Algun familiar, amigo, médico u otras personas de salud, le ha preocupado que usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que Ud. debiera dejar de beber?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)

J. Bobes N. Portillo, M. Bourassa Banco de Instrumentos Banco para la práctica clínica Psiquiátrica 2da edición ARS Médica Sanofi-Sigla España 2002

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VERIFICACIÓN DE LA HISTORIA

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO

DISA: Departamento: Provincia: Distrito:

DIRESA/DISA: RED: Maternal: PESS:

Servicios: Obstetricia ☐ Ginecología ☐ Pediatría ☐ CRED/Inmunizaciones ☐ Emergencia ☐ Otros:

Nombre y apellidos de usuario/a:

DNI: SIS: SI ☐ NO ☐ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Dirección: Teléfono:

Nombre del agresor/a: Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Para dar lectura a usuario. La violencia familiar se define para la salud de las personas y su familia, por ello en todos los establecimientos de salud estamos preguntando, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

N°	PREGUNTAS DE EXPLORACIÓN INICIAL	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿Es adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Alguna vez ha sido maltratado psicológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Alguna vez ha sido maltratado físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Ha sido forzado a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Si la respuesta es sí especificar		
6	¿Quién es?		
7	¿Desde cuándo?		
8	¿Cuándo fue la última vez?		
9	Si es niño o adolescente		
10	¿La causa la papá o mamá?		
11	¿Cómo le castigan?		
12	¿Alguna persona extraña o de su propia familia, lo ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?		
13	¿Desde cuándo?		
14	¿Cuándo fue la última vez?		

Marque con una (X) todos indicadores de maltrato que observe, en todos los casos de niño(a), adolescente adulto(a) o adulto(a) mayor:


FÍSICAS	RESTRICCIÓN	SEXUALES
Hematomas o contusiones inexplicables	Llanto frecuente	Conocimiento y conducta sexual inapropiada
Ciastrosis	Exagerada necesidad de pasar sobresalir	Irritación, dolor, hemorragia en genitales
Quemaduras	Demanda excesiva de atención	Embarazo precoz
Fracturas inexplicables	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Abortos o amenazas de infección de transmisión sexual
Marcas de mordeduras	Tartamudeo	NEGLIGENCIA
Lesiones de rasguño, pñeno	Temor a los padres o de llegar al lugar	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
Laceraciones en la mejilla, boca, ojos	Robo, mentira, falta de obediencia, agresividad	No tiene vacunas o atención de salud
Quejas crónicas sin causa física, cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño)	Llevar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	Accidente o enfermedades muy
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico y aislamiento de personas	Decuido en la higiene y estimulación del desarrollo
PSICOLÓGICO	Intento de suicidio	Falta de sueño y hambre
Extrema falta de confianza en sí mismo	Uso de alcohol, drogas	
Tristeza, depresión o ansiedad	Uso de tranquilizantes o anestésicos	

Fuente: Documento de referencia de la violencia familiar en niños menores de 18 años

FICHA DE TAMIZAJE	
VIOLENCIA - MALTRATO INFANTIL Y ADOLESCENTE	
<p>Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de encuentro, si están en esta situación, para participar con ellas en la solución de sus problemas, por favor conteste a la pregunta</p>	
Preguntas:	
Al adulto (a)	
¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Cuántos?	
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña	
¿Pasa en la mayor parte del tiempo, diría que su hijo o hija es feliz o triste?	<input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil
¿Alguna vez pierde el control?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Paga? <input type="checkbox"/> Grita? <input type="checkbox"/> Empuja o sacude? <input type="checkbox"/> Encierra?
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Marque con x (x), todas las indicaciones de maltrato que observe en el niño o niña:</p>	
<p>Físico</p> <p>Hematomas, contusiones, inexplicables:</p> <p>Cicatrices, quemaduras:</p> <p>Fracturas inexplicables:</p> <p>Marcas de mordeduras:</p> <p>Lesiones de partes íntimas, recto etc.</p> <p>Lesiones en boca, mejillas, ojos etc.</p> <p>Cuñas orificios sin causa física: refritos, problemas de sueño (muchos despertares, interrupciones del sueño).</p> <p>Problemas con el apetito:</p> <p>Enfermedades (niños)</p> <p>Psicológico</p> <p>Extrema falta de confianza en sí mismo:</p> <p>Tristeza, depresión o angustia:</p> <p>Retraimiento:</p>	<p>Uso frecuente</p> <p>Exagerada necesidad de ganar, sobresalir:</p> <p>Demanda excesiva de atención:</p> <p>Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños:</p> <p>Tatamulaco:</p> <p>Temer a los padres o de dejar el hogar:</p> <p>Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad:</p> <p>Ausentismo escolar:</p> <p>Llegan temprano a la escuela o retardo tarde:</p> <p>Bajo rendimiento académico:</p> <p>Aldentamiento de personas:</p> <p>Intento de suicidio:</p>
	<p>Sexuales</p> <p>Conocimiento y conducta sexual inapropiados (niños):</p> <p>Intoxicación de la zona genital:</p> <p>Exposición de transmisión sexual:</p> <p>Negligencia</p> <p>Falta de peso o pobre patrón de crecimiento:</p> <p>No vacunas o atención de salud:</p> <p>Accidentes o enfermedades muy frecuentes:</p> <p>Descuido en higiene o al niño:</p> <p>Falta de estimulación del desarrollo:</p> <p>Fatiga, sueño, hambre:</p>

Acreditado de Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil y Adolescente MINSA 2021

A1



HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

1

SECRETARÍA REGIONAL
INTERIOR REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

LISTA DE PROBLEMAS					
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROL AGUDO CONTROLADO	OBSERVACIÓN	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

N°	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL					
N°	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL				
2	IMUNIZACIONES				
3	EVALUACIÓN SOCIAL				
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				
7	VISTA DOMICILIARIA				
8	TEMAS EDUCATIVOS				
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANTORIAS				

APELLIDOS Y NOMBRE:
N°

2

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO

FECHA: / / DIRECCIÓN: Nº:

DATOS GENERALES

Apellidos: Nombres: Sexo: M ☐ F ☐ Edad:

Lugar de Nacimiento: Procedencia: R. Nac.:

G° de instrucción: Estado Civil: Grupo sanguíneo: Rh:

Acompañante o cuidador: Edad: Identificación (DNI): Ocupación:

ANTECEDENTES

Personales	SI	NO	Ign	Personales	SI	NO	Ign	Familiares	SI	NO	Ign
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inf. Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH - SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH - SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interv. Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DBM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♀Cáncer cervicouterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia (colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	♂Patología prostática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prob. Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia Política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción de antecedentes y otros:

Reacción Alérgica a Medicamento: NO ☐ SI ☐

Medicamento de uso frecuente: NO ☐ SI ☐ (Dosis, tiempo de uso u otra observación):

Sexualidad: ☐ Estado de inicio de Relación sexual: Número de parejas sexuales (últimos 3 meses):

Riesgo con personas del mismo sexo: SI ☐ NO ☐

Menarquia: ☐ Fecha de última regla: R/C:

Prst vaginal patológico: NO ☐ SI ☐ Dismenorea: SI ☐ NO ☐

Embarazo: ☐ Parto: ☐ Prematuro: ☐ Aborto: ☐

Nº	año	OPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio

APELLIDOS Y NOMBRES:

Ign = ignora o desconoce

Firma:
FECHA: / /

3

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES									
CADA CONSULTA	FECHA:								COMENTARIO
Padre en el último mes									
Tos más de 15 días									
Secreción o lesión en genitales									
Fecha de última regla									
PERIÓDICAMENTE									
Físico:	Índice de masa corporal (IMC)								
	Presión Arterial								
Vacunas:	Antitetánica (2 dosis)								
	Antimeningocócica (zona de riesgo)								
	Contra la hepatitis B (3 dosis)								
Examen bucal:	Encías								
	Caries dental								
	Edentulismo parcial o total								
	Portador de prótesis dental								
	Estado de higiene dental								
	Urgencia de tratamiento								
Examen:	Visual (> 40 años)								
	de colesterol (> 45 años)								
	de glucosa								
	de próstata (> 50 años)								
	marfomática (> 50 años)								
Psico social:	Ansiedad - depresión								
	Violencia Familiar								
	Violencia política								
Hábitos:	Actividad física								
	Uso de alcohol								
	Uso de tabaco								
	Uso de drogas								
Sexualidad:	Actividad sexual								
	Planificación familiar								
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRES									
CADA CONSULTA	FECHA:								COMENTARIO
Padre en el último mes									
Tos más de 15 días									
Secreción o lesión en genitales									
PERIÓDICAMENTE									
Físico:	Índice de masa corporal (IMC)								
	Presión Arterial								
Vacunas:	Antitetánica (2 dosis)								
	Antimeningocócica (zona de riesgo)								
	Contra la hepatitis B (3 dosis)								
Examen bucal:	Encías								
	Caries dental								
	Edentulismo parcial o total								
	Portador de prótesis dental								
	Estado de higiene dental								
	Urgencia de tratamiento								
Examen:	Visual (> 40 años)								
	de colesterol (> 45 años)								
	de glucosa								
	de próstata (> 50 años)								
Psico social:	Ansiedad - depresión								
	Violencia Familiar								
	Violencia política								
Hábitos:	Actividad física								
	Uso de alcohol								
	Uso de tabaco								
	Uso de drogas								
Sexualidad:	Actividad sexual								
	Planificación familiar								

Nota: se puede colocar SI o NO, No o SI, N (normal) o AN (anormal), buena regular, mala o valores.

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ Nº _____

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO 4

CONSULTA

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____
Motivo de consulta: _____ Tiempo de enfermedad: _____

Apetito: _____ Sed: _____ Sueño: _____ Estado de ánimo: _____
Dolor: _____ Depresión: _____

Ex. Físico: T°: _____ PA: _____ PC: _____ FR: _____ Preso: _____ Talla: _____ IMC: _____

DIAGNOSTICO: _____ TRATAMIENTO: _____

PLAN DE ACCIÓN: _____ Exámenes auxiliares: _____

Referencia (lugar y motivo): _____

Próxima cita: _____ Fono y sello (collegio prof): _____

Atendido por: _____

Observación: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Nº DE HISTORIA CLINICA: _____

FICHA DE CONTROL ESTOMATOLÓGICO
NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR

COMPONENTE DE SALUD BUCAL

H.C.: _____

APELLIDOS PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

CENTRO EDUCATIVO: _____ GRADO/SECCION: _____

DOMICILIO: _____

(Localidad, Distrito y Provincia)

EXAMEN N° 1

FECHA	EXAMEN N° 1		EXAMEN N° 2	
ENCIA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
LABIOS	SANO	ENF.	SANO	ENF.
CARILLOS	SANO	ENF.	SANO	ENF.
PALADAR	SANO	ENF.	SANO	ENF.
LENGUA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
ATM	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
OCLUSIÓN	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
CARIEDADES				
PERDIDAS				
ESTRAC. INDIC.				
OSTURAGAS				
Índice de Caries				
Uso del Cepillo	cep-d Hda. Ocas Nueva DI-S PIEZAS CI-S		cep-d Hda. Ocas Nueva DI-S PIEZAS CI-S	
Detección de placa blanda y café/rojo	17-18 19-21 22-27 28-37 38-41 42-47		17-18 19-21 22-27 28-37 38-41 42-47	
Índice DI y CI-3				
Índice de HO-S				
Estado de Higiene	Buena Regular Mala	Buena Regular Mala	Buena Regular Mala	Buena Regular Mala

EXAMEN N° 2

DIAGNOSTICO (S): _____

OBSERVACIONES: _____

ANTECEDENTES:

Alergias: ☐ SI ☐ NO Anestesia: ☐ SI ☐ NO Psicosis: ☐ SI ☐ NO

Hemorragias: ☐ SI ☐ NO

☒ según: Fono por trabajo
☒ según: Fono por trabajo
☒ según: Fono por trabajo

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

[illegible]

1. The undersigned hereby certifies that the above is a true and correct copy of the original document.
 2. The undersigned hereby certifies that the above is a true and correct copy of the original document.
 3. The undersigned hereby certifies that the above is a true and correct copy of the original document.
 4. The undersigned hereby certifies that the above is a true and correct copy of the original document.
 5. The undersigned hereby certifies that the above is a true and correct copy of the original document.

MTS N° 207-MINSA/DGESA-2003
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

COMORBILIDADES					
	SI	NO			
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
Dislipidemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	
Disfibrilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	
ACV (Cerebro Central)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura de cadera	<input type="checkbox"/>	
Gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
✓ Cáncer de cerviz / mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
✓ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Descripción de antecedentes y otros: _____					

PRINCIPALES SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS					
	SI	NO		SI	NO
Delirium cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión / Koitacional		
Ceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audición Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maintención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera por Decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

V
A
C
A
M

C
O
R
T
A

SYLVANIA INDUSTRIAL DE ARQUITECTURA
 C/DE LA PRISION DE CALLO
 NED DE SALVA MISERERE CAPTIONE
 LUGAR PARA LA ANTES
 P.A. 1000 1000 1000
 1000 1000 1000

V
A
C
A
M

C
O
R
T
A

V
A
C
A
M

C
O
R
T
A

SECRETARIA DE FOMENTO DE LAS ACTIVIDADES
DEPORTIVAS Y RECREATIVAS DE SALUD
C/DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE FOMENTO

Alfonso

Lic. Ana María Linares - 2005
FALCÓN AGUIRRE IDIARZ
COORDINADORA

[illegible]

EXTENDED DELEGATION OF THE ASSISTANT
ATTORNEY GENERAL
RE: THE STATE OF NEW YORK
LIE. APPL. MONTAGNA AVOLAS
PAUL S. KRAVITZ
COORDINATOR

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD
DE LA PAM

RECEIVED: 10/10/2013
LIC. AND MARIOLINA IVÁÑEZ
COORDINADORA

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE LA PAM		2						
VALORACIÓN SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN								
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR BREVE - VACAM BREVE (B-1)								
VALORACIÓN FUNCIONAL	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE PARCIAL <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN NUTRICIONAL ADECUADA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NO ADECUADA <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/>						
VALORACIÓN MENTAL	NORMAL <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO LEVE <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO MODERADO <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO SEVERO <input type="checkbox"/>							
VALORACIÓN SOCIAL	EXISTE RIESGO SOCIAL <input type="checkbox"/>							
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR CORTA - VACAM CORTA (B-2) (B-3) (B-4)								
Indique la valoración breve además de:								
VALORACIÓN AFECTIVA	En manifestación depresiva <input type="checkbox"/> Con manifestación depresiva <input type="checkbox"/>	ODONTORAMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
VALORACIÓN DE FRAGILIDAD	Fragil <input type="checkbox"/> Fragil <input type="checkbox"/>							
Lista de comorbilidades:								
Principales Síndromes y Problemas geriátricos:								
<table border="0"> <tr> <td>Caídas <input type="checkbox"/></td> <td>Fragilidad <input type="checkbox"/></td> <td>Disfunción <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Delirio cognitivo <input type="checkbox"/></td> <td>Depresión neuropsiquiátrica <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			Caídas <input type="checkbox"/>	Fragilidad <input type="checkbox"/>	Disfunción <input type="checkbox"/>	Delirio cognitivo <input type="checkbox"/>	Depresión neuropsiquiátrica <input type="checkbox"/>	
Caídas <input type="checkbox"/>	Fragilidad <input type="checkbox"/>	Disfunción <input type="checkbox"/>						
Delirio cognitivo <input type="checkbox"/>	Depresión neuropsiquiátrica <input type="checkbox"/>							
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM (B-5; B-6)								
Indique VACAM corto además de:								
VALORACIÓN FUNCIONAL BARTHELL	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE LEVE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE MODERADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE SEVERO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL <input type="checkbox"/>							
LAWTON AND BRODY	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE LEVE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE MODERADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE SEVERO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL <input type="checkbox"/>							
VALORACIÓN MENTAL (FOLSTERN)	NORMAL <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO <input type="checkbox"/> DEMENCIA <input type="checkbox"/>	BOBACHA DC <input type="checkbox"/>						
VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA)	NORMAL <input type="checkbox"/> RIESGO DE MALNUTRICIÓN <input type="checkbox"/> MALNUTRICIÓN <input type="checkbox"/>							
VELOCIDAD DE LA MARCHA (m/s)	<input type="checkbox"/>							
BATERÍA CORTA DE RENDIMIENTO FÍSICO (SPPB)	<input type="checkbox"/>							
ESCALAS DE EXPECTATIVA DE VIDA Y TERMINALIDAD	Enfermedad asociada cuando con esfuerzos de terminalidad <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
LISTA DE SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL - VGI (B-7; B-8)								
Indique VACAM además de:								
Plan de evaluación y estructuración de plan multidisciplinario								
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD BUCAL

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS,
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**

Yo, _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento, en nombre propio o en mi calidad del representante legal del paciente en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al odontólogo (a) _____, así como de los auxiliares y técnicos en ejercicio legal de su profesión, practiquen el siguiente tratamiento odontológico y/o intervención quirúrgica a través de los siguientes procedimientos:

El pronóstico del tratamiento a realizar es: Bueno: _____, Regular: _____, Malo: _____. Así mismo quedan autorizados para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, cuando el resultado del tratamiento así lo requiera. Se informa de la existencia de riesgos así:

Generales: _____


Específicos: _____

O de aquellos imprevisibles que por su misma característica no se pueden advertir razonablemente. Como paciente o representante legal, declaro que conozco y comprendo en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que estos eventos se presenten en el desarrollo del curso del tratamiento y/o del postoperatorio y acepto todos los riesgos que conlleva los tratamientos a realizar. Acepto que la Odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará la utilización de los medios idóneos para el caso y los resultados no dependen exclusivamente del odontólogo. Certifico que el presente documento ha sido leído y aceptado por mí en su integridad.

Arequipa, de _____ del 2024.

Firma del paciente o apoderado
DNI: _____

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD BUCAL
Lic. Ana Mariela Avila
FALSA Y ACUSADOR
COORDINADORA



FICHA DE CONTROL ESTOMATOLÓGICO
Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor

D.N.I.:

COMPONENTE DE SALUD BUCAL

H.C.:

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 REGIONAL DE AREQUIPA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA - CAVELIMA

APellidos PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GRADO/SECCIÓN

CENTRO EDUCATIVO

DOMICILIO

(Localidad, Distrito y Provincia)

EXAMEN N° 1

FECHA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
ENCIA				
LABIOS				
CARILLLOS				
RELADOR				
LENGUA				
ATM	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
OCULACIÓN	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
CARIADAS				
PERIODIAS				
ESTRUC. INDIC.				
OSTURADAS				
Índice de Caries				

Uso del Capillo

	cas-d	CPD-D	cas-d	CPD-D
Deteción de placa blanda y calcificada	DI-S	PIEZAS	CI-S	PIEZAS


Índices BI y CI-S

Índice de HO-3

Estado de Higiene

Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala

EXAMEN N° 1



EXAMEN N° 2




DIAGNOSTICO (S)

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES:

Analgesia: ☐ SI ☐ NO Anestesia: ☐ SI ☐ NO

Hemorragias: ☐ SI ☐ NO


Dr. Carlos Alberto Torres Caceres
 C.O.P. 1517 R.N. 216
 C.O.P. 1517 R.N. 216

EXAMEN N° 1

FECHA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
ENCIA				
LABIOS				
CARILLLOS				
RELADOR				
LENGUA				
ATM	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
OCULACIÓN	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
CARIADAS				
PERIODIAS				
ESTRUC. INDIC.				
OSTURADAS				
Índice de Caries				

Uso del Capillo

	cas-d	CPD-D	cas-d	CPD-D
Deteción de placa blanda y calcificada	DI-S	PIEZAS	CI-S	PIEZAS

Índices BI y CI-S

Índice de HO-3


Estado de Higiene

Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala

EXAMEN N° 1



EXAMEN N° 2



DIAGNOSTICO (S)

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES:

Analgesia: ☐ SI ☐ NO Anestesia: ☐ SI ☐ NO

Hemorragias: ☐ SI ☐ NO


Dr. Carlos Alberto Torres Caceres
 C.O.P. 1517 R.N. 216
 C.O.P. 1517 R.N. 216

EXAMEN N° 1


FECHA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
ENCIA				
LABIOS				
CARILLLOS				
RELADOR				
LENGUA				
ATM	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
OCULACIÓN	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA
CARIADAS				
PERIODIAS				
ESTRUC. INDIC.				
OSTURADAS				
Índice de Caries				

Uso del Capillo

	cas-d	CPD-D	cas-d	CPD-D
Deteción de placa blanda y calcificada	DI-S	PIEZAS	CI-S	PIEZAS

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

[illegible]



GOBIERNO REGIONAL
MINISTERIO REGIONAL DE SALUD
CENTRO DENTAL AREQUIPA

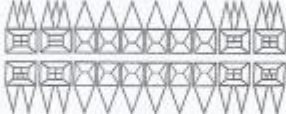
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____


NOMBRE DEL PACIENTE: _____


HISTORIA CLÍNICA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

ODONTOGRAMA

10	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															

50	51	52	53	54	55	61	62	63	64	65
										


65	64	63	62	61	71	72	73	74	75
									

45	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
															

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

FIRMA Y SELLO DEL C.D. _____



TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIONES Ordenes de Laboratorio PARA LAS 28 MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1. OFICINA o ÁREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
Donaciones y Transferencia 4-13

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de impresiones Para las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Contar con el SERVICIO DE IMPRESIONES Ordenes de Laboratorio, diferenciadas por niveles de atención (I-1, I-2, I-3 y I-4) de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

4. FINALIDAD PUBLICA

Garantizar la buena gestión de la información de las Prestaciones de Salud que son registradas en las Ordenes de Laboratorios y fortalecer la continuidad de la buena prestación del servicio de salud de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el Periodo 2024.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : 9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS
Meta Presupuestal : 135
Fuente de Financiamiento : 13 Donaciones y Transferencias
Especifica de Gasto : 2.3.2.7.11.6

RJ : 0017-2024
TRANS FINL : 0077-2024

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

6.1 Descripción del servicio de Impresión de Ordenes de Laboratorio

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
Ordenes de Laboratorio	255	MILLAR

CARACTERISTICAS Ordenes de Laboratorio	Material: Papel Bond 80 gr Tamaño de papel A5 Block Empastado x 100 hojas (goma elástica) Se adjunta ANEXO D FORMATO A5 (14,8 x 21 cm)
---	---

7. PLAZO DE ENTREGA:

La presente contratación se realizará en UNA (1) contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de las impresiones.

CRONOGRAMA				
N°	ITEMS	META	CANTIDAD MILLAR	ENTREGAS
PRIMER ENTREGA	ORDENES DE LABORATORIO	135	255 MILLAR	A LOS 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO

Importante:

- El contratista tendrá un plazo máximo de 03 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar el modelo. **DISEÑO Y NITIDEZ**
- Todo plazo de entrega se contabiliza desde el día siguiente de suscrito el contrato respectivo.

8. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

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

9. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

10. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

Penalidad diferente a la penalidad por mora [de corresponder]

11. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

El PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados,

representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.

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

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

12. CONFIDENCIALIDAD

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

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

Experiencia del postor en la especialidad

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

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

15. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

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

GOVERNMENT REGIONAL CHIEF OFFICER
STAFFED BY THE REGIONAL CHIEF OFFICER
WHO IS THE ONLY AUTHORIZED SIGNATURE

[Signature]

Lic. Enl. Rosmary Chambi Mamani
C.E. 1000000 - 1000000 - 1000000
RESPONSABLE DE LA OFICINA DEL DELEGADO

[illegible]

Advertencia

De conformidad con el artículo 30 del Reglamento, las fichas de homologación aprobadas son de uso obligatorio para todas las contrataciones que realizan las Entidades, con independencia del monto de la contratación. En ese sentido, cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente, las características técnicas y/o requisitos de calificación y/o condiciones de ejecución homologados, son de uso obligatorio.

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a:</p> <p>ITEM 01: S/. 206,976.80 (Doscientos seis mil novecientos setenta y seis con 80/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p><i>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/. 25,872.00 por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</i></p> <p>ITEM 02: S/. 416,238.96 (Cuatrocientos dieciséis mil doscientos treinta y ocho con 96/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p><i>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/. 52,029.90 por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</i></p> <p>ITEM 03: S/. 204,855.85 (Doscientos cuatro mil ochocientos cincuenta y cinco con 85/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p><i>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/. 25,606.98 por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</i></p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL, DISEÑO DE CATALOGOS, DE TARJETAS, FOLLETOS, GIGANTOGRAFIAS Y TRIPTICOS.</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 pago¹⁰, correspondientes a un</p>

¹⁰ 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

	<p>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 presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Importante</p> <ul style="list-style-type: none"> 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". </div>
--	--

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.

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".

- *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).		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: $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ 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 100 puntos
PUNTAJE TOTAL		100 puntos¹¹

Importante

Los factores de evaluación elaborados por el comité de selección 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.

¹¹ Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha [.....], el comité de selección adjudicó la buena pro del **CONCURSO PÚBLICO 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 PAGO¹²

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 de las contraprestaciones pactadas a favor del CONTRATISTA dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios,

¹² En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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 ACCESORIAS¹³

“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

¹³ 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.

ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

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

Importante

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

Importante

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

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

Importante

En 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 sea igual o menor 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, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

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 por 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 CONTROVERSIAS¹⁴

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 Digitales¹⁵.

¹⁴ 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).

¹⁵ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE ¹⁶	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 servicios¹⁷

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.

¹⁶ 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.

¹⁷ Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

Datos del consorciado 1				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁸		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁹		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ²⁰		Sí	No	
Correo electrónico :				

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.

¹⁸ 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. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

¹⁹ Ibídem.

²⁰ Ibídem.

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 servicios²¹

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.

²¹ Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta al **CONCURSO PÚBLICO 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] [%]²²

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%²⁴

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

²² Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁴ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

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

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

Importante

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1
Presente.-

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
TOTAL			

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- En caso de **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".

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

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".*

ANEXO N° 7

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1
Presente.-

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa²⁵ 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.

²⁵ 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 aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1
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 ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
1										
2										
3										
4										

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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”*.

²⁹ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³⁰ 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.

³¹ 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 ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

ANEXO N° 10

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO (DE SER EL CASO, SOLO PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL ITEM 001)

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
CONCURSO PÚBLICO N° 002-2024-RPSA-1
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- *Para asignar la bonificación, el comité de selección, 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 ITEM 001**

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO 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 comité de selección, 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
ITEM 001 – 002 - 003**

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO 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 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

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO 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.