

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



RED DE SALUD AREQUIPA – CAYLLOMA

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

**CONCURSO PÚBLICO N°
001-2023-RPSA-1**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE DISEÑO E IMPRESIÓN
DE FUAS, HISTORIAS CLINICAS Y RECETARIOS PARA
LAS 28 MICROREDES LA RED DE SALUD AREQUIPA
CAYLLOMA 2023**

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*

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>

coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.

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

1.8. 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 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 realiza 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 a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : **GRA SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA**
 RUC N° : **20454157592**
 Domicilio legal : **AV. INDEPENDENCIA BLOCK E N° 600 INT. 424 (EDIFICIOS HEROES ANÓNIMOS)**
 Teléfono: : **054 – 200823 (Anexo 213)**
 Correo electrónico: : **logisticarsac@gmail.com**

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del SERVICIO DE DISEÑO E IMPRESIÓN DE FUAS, HISTORIAS CLINICAS Y RECETARIOS PARA LAS 28 MICROREDES LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA 2023

Nº	ITEMS /PAQUETE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
1		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS)	SERVICIO

N°	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	PAQUETE	CANTIDAD DE PAQUETES	RANGO DE NUMERACION		MODELO
					DEL	AL	
1	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 1	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr. Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	94	SEGUN ANEXO A		ANEXO B
2	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 2	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr. Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	1359	SEGUN ANEXO A		ANEXO B
3	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 3	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr. Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	1920	SEGUN ANEXO A		ANEXO C
4	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 4	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr. Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	748	SEGUN ANEXO A		ANEXO C
5	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para los CCSM nivel de atención I - 3	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr. Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	108	SEGUN ANEXO A		ANEXO D
TOTAL, DE FUAS /PAQUETE				4229	= 2,114, 500, Und de FUAS		

2	1	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE HISTORIAS CLINICAS	SERVICIO
---	---	---	----------

FORMATOS PARA LA IMPRESIÓN SEGÚN NORMATIVA DE HISTORIA CLINICA

ITEM	FICHA FAMILIAR	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FICHA FAMILIAR A1-A2	35,000	70	Imprimir ambos lados, HOJA A4	46
2	PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFFAM)-INTERVENCIONES A1-A2	35,000	70	Imprimir ambos lados, HOJA A4	45

ITEM	HISTORIA CLINICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A1-A2	6,000	12	Imprimir ambos lados, HOJA A4	44
2	CONSULTA/EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO	6,000	12	Imprimir ambos lados, HOJA A4	43
3	CONSULTA	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	42
4	CONSULTA	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	41
5	PESO PARA LA EDAD NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	40
6	LONGITUD/ESTATURA PARA LA EDAD NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	39
7	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	38
8	PESO PARA LA EDAD NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	37
9	LONGITUD/ESTATURA PARA LAS NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	36
10	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	35
11	TEST PERUANO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD	6,000	12	conservar color de la muestra	34
12	VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	33

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE A1 -A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	32
2	SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	31
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL A1-A2	40,000	80	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	30
4	MUJERES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1-A2	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos	29
5	VARONES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1-A2	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos	28
6	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	27
7	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	26
8	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	25
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	24
10	LISTA DE HABILIDADES SOCIALES A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	23
11	CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESION (cia) A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	22

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	21
2	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	20
3	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-MUJER JOVEN A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	19
4	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-HOMBRE JOVEN A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	18
5	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES A1-A2	60,000	120	Imprimir ambos lados, HOJA A4	17
6	ESCALA DE SALUD PERSONAL	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	16
7	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1-A2	30,000	60	Imprimir ambos lados, HOJA A4	15
8	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRANSTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCHOL DE LA OMS	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	14
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	13
10	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	12

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO A1-A2	50,000	100	Imprimir ambos lados, HOJA A4	11
2	LISTA DE PROBLEMAS A,B,C,D,E,F	40,000	80	(empaste 100)	8,9,10

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 1	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	7
2	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 2	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	6
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 3	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	5
4	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 4	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	4
5	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 5	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	3

ITEM	ATENCION INTEGRAL SALUD BUCAL	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FICHA DE CONTROL ESTOMATOLOGICO NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	2
2	ODONTOGRAMA	20,000	40	una sola cara	1

3		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETARIOS			SERVICIO	
N°	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	BLOCK	CANTIDAD DE BLOCK	CANTIDAD POR IPRESS	MODELO
1	Receta Única Estandarizada	Papel químico, tamaño de hoja A5 Letras color negro (utilizar tinta seca) La cantidad de recetas a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	block de 100	30,610.00	SEGUN ANEXO A	ANEXO B
TOTAL, DE RECETARIOS /BLOCK				30,610.00	= 3 061,000. Unid de RECETARIOS	

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante FORMATO N° 02 SOLICITUD Y APROBACION DE EXPEDIENTE CONCURSO PUBLICO N° 001-2023 de fecha 20 de Julio del 2023.

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 (30) treinta días calendarios en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

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

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

- Ley N° 31638: Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley N° 31639 - Aprobación del Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023.
- Texto Único ordenado de la Ley N° 30225.
- Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado y modificatoria aprobada con D.L 1444.
- Decreto Supremo N°344-2018-EF que modifica el Reglamento de la Ley de Contrataciones.
- Decreto Supremo N°308-2022-EF que modifica el Reglamento de la Ley de Contrataciones.
- Ley 26842 Ley general de Salud.
- Decreto supremo N° 004-2019-JUS Decreto supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 27444 Ley del procedimiento Administrativo General.
- Directivas, Pronunciamientos y Opiniones del OSCE.
- Resoluciones emitidas por el Tribunal de Contrataciones del Estado
- Código Civil.

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:

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:

- 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

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.

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) Estructura de costos⁸.
- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete⁹.

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.*

Importante

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

⁹ Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

- *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 Haya¹⁰.*
- *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.

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 pagos parciales.

N°	ITEMS /PAQUETE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ENTREGAS
1		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS)	SERVICIO	2 ENTREGAS (1RA ENTREGA 40%, 845,800 FUAS HASTA LOS 18 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO; 2DA ENTREGA A LOS 30 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DE LA FIRMA DEL CONTRATO)
2	1	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE HISTORIAS CLINICAS	SERVICIO	1 ENTREGA (HASTA LOS 23 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO)
3		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETARIOS	SERVICIO	1 ENTREGA (HASTA LOS 23 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO)

¹⁰ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

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

- Recepción por parte del responsable de Almacén
- Informe del funcionario responsable de la Oficina de Seguros emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Guía de Remisión, con el recibí conforme por el Área Usuaria y Responsable de Almacén.

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, en el horario de 08:15 horas hasta las 15:15 horas.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

TÉRMINOS DE REFERENCIA SERVICIO DE DISEÑO E IMPRESIÓN DE FUAS DEL 2023 PARA LAS 28 MICROREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1.- ÁREA SOLICITANTE

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma

2.- DENOMINACION DEL SERVICIO

Servicio de Diseño e Impresión de Fuas Para las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3.- OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Contar con el servicio de diseño e impresión de Fuas, 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 PÚBLICA

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 y la calidad de los establecimientos de salud de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el periodo 2023 y 2024 (primer semestre)

5. DESCRIPCION DEL SERVICIO

a) Descripción del servicio según el siguiente cuadro:

N°	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	PAQUETE	CANTIDAD DE PAQUETES	RANGO DE NUMERACIÓN		MODELO
					DEL	AL	
1	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 1	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	94	SEGÚN ANEXO A		ANEXO B
2	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 2	Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	1359	SEGÚN ANEXO A		ANEXO B
3	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 3	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	1020	SEGÚN ANEXO A		ANEXO C
4	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para nivel de atención I - 4	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	748	SEGÚN ANEXO A		ANEXO C
5	Formato Único de Atención (anverso y reverso) para los CCSM nivel de atención I - 3	Papel bond, tamaño de hoja Oficio (215x330mm) de 75 gr, Numeración color negro (utilizar tinta seca) La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	paquete de 500	108	SEGÚN ANEXO A		ANEXO D
TOTAL DE FUAS /PAQUETE				4229	= 2,114,500. Und de FUAS		

NOTA: Las FUAs, serán entregadas en paquetes de 500 unidades (hojas sueltas)

12

NOTA: El Modelo de FUA podrá tener ligeras actualizaciones las cuales serán comunicadas al proveedor ganador el día de la firma de contrato y/o orden de servicio

b) DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

El código de Renaes 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 Establecimiento de salud)

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

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

c) 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 2023.

NUMERO DE FORMATO		
00002525	23	N° 00000012

NOTA: El número correlativo de la codificación, será proporcionada en la Oficina de Seguros para cada Establecimiento de Salud, según cuadro anexo, el día de firmado el contrato y/o orden de Servicio.

13

d) REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con el Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.
- Contar con Registro Único de Contribuyente (RUC) activo y habido.
- No tener impedimento para contratar con el estado.

Requisitos

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a 1 vez el valor referencial por el servicio de impresión 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.

Acreditación

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia del 25% por el servicio de impresión igual o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran servicios similares a los siguientes: (SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOLLETOS, CARNET, DIPTICO, GIGANTOGRAFIAS, FORMATOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL y SERVICIOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL.)

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicio, 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.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

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

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

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva

10

"Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no

se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

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

Cuando en los contratos, órdenes de servicio 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 servicio o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

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

6.- PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La presente contratación se realizará en UNA (1) entregas según cronograma contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de FUA para la impresión.

CRONOGRAMA DE ENTREGA			
ENTREGA UNICA	40%	845,800 FUAS	A LOS 15 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE DE LA ACEPTADO EL DISEÑO DE FUA
SEGUNDA ENTREGA	60%	1,268,700 FUAS	A LOS 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE DE LA ACEPTADO EL DISEÑO DE FUA
TOTALES	100%	2,114,500 FUAS	

Nota:

- 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)
- 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.

9.4

7.- LUGAR DE PRESTACIÓN DE 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.

8.- SISTEMA DE CONTRATACION

El sistema de Contratación será Suma alzada

9.- GARANTIA MINIMA DEL SERVICIO

GARANTIA COMERCIAL:

Las impresiones adquiridas contarán con un mínimo de (06) meses, contados a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria

REPOSICIÓN DE IMPRESIONES DEFECTUOSAS:

De existir observaciones, el área usuaria las consignará en el Acta respectiva, indicándose claramente el sentido de éstas. Con estas observaciones, la Oficina de Logística, notificará al CONTRATISTA. Una vez recibida la notificación, el proveedor reemplazará las Impresiones defectuosas, sin costo alguno para la Red de Salud Arequipa Caylloma dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes a la notificación.

10.- FORMA DE PAGO

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Soles (S/), en 2 PAGOS de forma proporcional al cronograma de entrega, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.

- Recepción por parte del responsable de Almacén.
- Informe de conformidad de la Oficina de Seguros
- Comprobante de pago.
- Guía de Remisión, con el recibo conforme por el Área Usuaria y Responsable de Almacén.

11.- PRESTACIONES ACCESORIAS

- ✓ Antes de Imprimir se deberá coordinar la conformidad del diseño de los formatos con el área usuaria al siguiente correo electrónico: logistica@redperiferica.gob.pe o al cel. 958445338
- ✓ El contratista es el único responsable ante la entidad por el cumplimiento de la entrega bajo las condiciones establecidas en los presentes Términos de Referencia, no pudiendo transferir esas responsabilidades a los transportistas, a otras entidades o terceros en general.
- ✓ El postor que obtenga la buena pro es responsable que todo el material a ser transportado sea adecuadamente embalado con precintos de seguridad y protegidos contra daños que puedan ocurrir durante el transporte.
- ✓ El Área Usuaria y Almacén verificará las características, calidad y cantidad de las impresiones. La verificación de las impresiones se efectuará teniendo en cuenta los atributos ofrecidos en su propuesta técnica, de conformidad con los presentes
- ✓ Términos de Referencia, en caso encontrar cualquier defecto será comunicado inmediatamente al proveedor indicando la naturaleza del defecto.
- ✓ El empaste de cada block de formatos deberá estar rotulado en orden correlativo en el lugar visible y etiquetado en cada caja o paquete.

12.- ADELANTOS

No aplica.

13.- CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio será otorgada por la Oficina de Seguros como área usuaria, previa recepción de almacén.

14.- CONFIDENCIALIDAD

El proveedor deberá guardar confidencialidad sobre los aspectos relacionados a la prestación, no encontrándose autorizado por la entidad para divulgación de información.

15.- COMPROMISO 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 al 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.

16.- PENALIDAD

Si el proveedor incurre en retraso injustificado en la ejecución y prestación del servicio, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Donde:

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

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 y motivado.

Las penalidades se computan desde el día siguiente de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, la Entidad podrá resolver la orden de servicio por incumplimiento.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora, la Entidad puede resolver el contrato por incumplimiento.

17.- RESPONSABILIDAD DE LOS VICIOS OCULTOS

El proveedor es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad. La recepción conforme a la entidad no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

18.- RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO INJUSTIFICADO

La entidad podrá resolver la orden de servicio y/o contrato cuando el proveedor, habiendo ejecutado el servicio en el plazo previsto, éste manifiestamente no cumple con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso se considerará como no ejecutada la prestación y podrá procederse con dejar sin efecto la contratación, sin perjuicio de la aplicación de las penalidades que correspondan.

ANEXO A								
ITEM	NOMBRE DE LA IPRESS EN LA CUAL SE PRESTARÁ EL SERVICIO	NIVEL DE ATENCION	CODIGO RENIPRESS	NUMERACION DE LA CUAL INICIA	NUMERACION DE LA CUAL TERMINA	CANTIDAD DE FUJAS REQUERIDO O AL 31/12/2023 (por unidad)	CANTIDAD DE FUJAS REQUERIDO DEL 01/01/2024 AL 31/06/2024 (por unidad)	PQTE
20498357441 - CLAS CHIVAY								
1	CENTRO SALUD CHIVAY	1-4	00001419	00001419-23-00015001	00001419-23-00026000	11,000	11,000	44
2	PUESTO DE SALUD CANOCOTA	1-1	00001423	00001423-23-00001001	00001423-23-00001500	500	500	2
3	PUESTO DE SALUD ACHOMA	1-2	00001429	00001424-23-00001001	00001424-23-00004500	1,500	1,500	6
4	PUESTO DE SALUD COPORAQUE	1-2	00001424	00001425-23-00003001	00001425-23-00004500	1,500	1,500	6
5	PUESTO DE SALUD ICHUPAIPA	1-2	00001425	00001426-23-00001001	00001426-23-00003500	500	500	2
6	PUESTO DE SALUD LARI	1-2	00001426	00001427-23-00002001	00001427-23-00003000	1,000	1,000	4
7	PUESTO DE SALUD MACA	1-2	00001430	00001428-23-00002001	00001428-23-00003000	1,000	1,000	4
8	PUESTO DE SALUD MADRIGAL	1-2	00001427	00001429-23-00003001	00001429-23-00004000	1,000	1,000	4
9	PUESTO DE SALUD YANQUE	1-2	00001428	00001430-23-00004001	00001430-23-00005000	1,000	1,000	4
20498357521 - CLAS AGREGADO CALLALI								
10	CENTRO DE SALUD CALLALI	1-2	00001421	00001421-23-00004001	00001421-23-00010000	7,000	7,000	28
11	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE SIBAYO	1-2	00001435	00001411-23-00001501	00001411-23-00003000	2,000	2,000	8
12	PUESTO DE SALUD TISCO	1-2	00001438	00001435-23-00001001	00001435-23-00003000	2,000	2,000	8
13	PUESTO DE SALUD COTACOTA	1-2	00001431	00001436-23-00001501	00001436-23-00003500	2,000	2,000	8
14	PUESTO DE SALUD TUTI	1-2	00001436	00001437-23-00001501	00001437-23-00005500	4,000	4,000	16
15	PUESTO DE SALUD CHAHUANCA	1-2	00001437	00001438-23-00002001	00001438-23-00005500	3,500	3,500	14
16	PUESTO DE SALUD TARIACAMARCA	1-2	00006891	00006891-23-00001101	00006891-23-00002600	1,500	1,500	6
20498359907 - CLAS CABANACONDE								
17	CENTRO DE SALUD CABANACONDE	1-1	00001420	00001420-23-00006001	00001420-23-00010500	4,500	4,500	18
18	PUESTO DE SALUD PINCHOLLO	1-2	00001432	00001432-23-00002001	00001432-23-00004500	2,500	2,500	10
19	PUESTO DE SALUD HUAMBO	1-2	00001433	00001433-23-00002501	00001433-23-00005000	2,500	2,500	10
20	PUESTO DE SALUD TAPAY	1-2	00001434	00001434-23-00002501	00001434-23-00005000	2,500	2,500	10
21	PUESTO DE SALUD CHOCO	1-1	00001441	00001441-23-00002001	00001441-23-00004500	2,500	2,500	10
20498356479 - CLAS CAYLLOMA ALTA								
22	CENTRO DE SALUD CAYLLOMA	1-1	00001422	00001422-23-00017001	00001422-23-00027000	10,000	10,000	40
23	CENTRO DE SALUD CAYARANI	1-1	00001440	00001418-23-00009701	00001418-23-00014700	5,000	10,000	30
24	PUESTO DE SALUD TOLCONI	1-2	00001442	00001440-23-00003901	00001440-23-00006900	3,000	3,000	12
25	PUESTO DE SALUD JACHAÑA	1-2	00001418	00001442-23-00002400	00001442-23-00005400	3,000	3,000	12
26	PUESTO DE SALUD ARCATA	1-2	00007407	00007407-23-000001901	00007407-23-00003900	2,000	2,000	8
20498359222 - CLAS FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA								
27	CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI	1-1	00001234	00001234-23-00018001	00001234-23-00028000	10,000	10,000	40
28	PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE	1-2	00006890	00006890-23-00013501	00006890-23-00028500	15,000	15,000	60
29	PUESTO DE SALUD LA TOMILLA	1-2	00001244	00001244-23-0007001	00001244-23-00012000	5,000	5,000	20
30	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CAYMA	1-2	00027464	00027464-23-00001001	00027464-23-00002000	1,000	1,000	4
20558527669 - CLAS MARISCAL CASTILLA								
31	CENTRO DE SALUD MARISCAL CASTILLA	1-1	00001238	00001238-23-00012001	00001238-23-00019000	7,000	7,000	28
32	CENTRO DE SALUD SEMI RURAL PACHACUTEC	1-1	00001249	00001249-23-000012001	00001250-23-000019000	7,000	7,000	28
33	PUESTO DE SALUD EL CURAL	1-1	00001252	00001252-23-00002001	00001252-23-00003000	1,000	1,000	4
34	PUESTO DE SALUD JOSE SANTOS ATAHUALPA	1-2					6,000	12
20558527669 - CLAS LA LIBERTAD CERRO COLORADO								
35	CENTRO DE SALUD CERRO COLORADO	1-1	00001236	00001236-23-00013001	00001236-23-00023000	10,000	10,000	40
36	CENTRO DE SALUD ALTO LIBERTAD	1-1	00001248	00001248-23-00013001	00001248-23-00023000	10,000	10,000	40
20539317859 - ASOCIACION CIVIL COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD ALTO CAYMA								
37	CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA	1-1	00001235	00001235-23-00015001	00001235-23-00025000	10,000	10,000	40
38	PUESTO DE SALUD SAN JOSE (CASIMIRO C.)	1-2	00001245	00001245-23-00005001	00001245-23-00017000	12,000	12,000	48
39	PUESTO DE SALUD DEAN VALDIVIA	1-2	00001246	00001246-23-00010001	00001246-23-00020000	10,000	10,000	40
20498350942 - CLAS ZAMACOLA								
40	CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMACOLA	1-4	00001237	00001237-23-00020001	00001237-23-00054000	34,000	34,000	136

41	CENTRO DE SALUD CIUDAD MUNICIPAL	1-3	00001247	00001247-23-00020001	00001247-23-00040000	20,000	20,000	80
42	PUESTO DE SALUD NAZARENO	1-2	00001251	00001251-23-00015003	00001251-23-00030000	15,000	15,000	60
43	PUESTO DE SALUD PERUJARBO	1-2	00001023	00001023-23-00011001	00001023-23-00024000	13,000	13,000	52
20498355316 - COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD YANAHUARA-SACHACA - CLAS YANAHUARA-SACHACA								
44	CENTRO DE SALUD YANAHUARA	1-3	00001233	00001233-23-00016001	00001233-23-00033500	17,500	17,500	70
45	PUESTO DE SALUD SACHACA	1-2	00001282	00001282-23-00010001	00001282-23-00023000	13,000	13,000	52
46	PUESTO DE SALUD PAMPA DE CAMARONES	1-2	00001283	00001283-23-00006001	00001283-23-00015000	9,000	9,000	36
20498356550 - CLAS CIUDAD DE DIOS								
47	CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS	1-3	00001253	00001253-23-00022001	00001253-23-00045000	24,000	24,000	96
48	PUESTO DE SALUD YURA	1-2	00001254	00001254-23-00004001	00001254-23-00006000	2,000	2,000	8
49	PUESTO DE SALUD IMATA	1-2	00001242	00001242-23-00004001	00001242-23-00006000	2,000	2,000	8
50	PUESTO DE SALUD SUMBAY	1-3	00001241	00001241-23-00001001	00001241-23-00002500	1,500	1,500	6
51	CHASQUIPAMPA	1-3	00001241	00001241-23-00001001	00001241-23-00002500	1,500	1,500	6
52	PUESTO DE SALUD PILLONES	1-2	00001243	00001243-23-00001001	00001243-23-00002500	1,500	1,500	6
53	PUESTO DE SALUD HUANCRA	1-2	00001239	00001239-23-00004001	00001239-23-00008000	4,000	4,000	16
54	PUESTO DE SALUD LLUTA	1-2	00001255	00001255-23-00004001	00001255-23-00004500	500	500	2
20498360581 - CLAS MAJES								
55	CENTRO DE SALUD SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL	1-4	00001325	00001325-23-00032001	00001325-23-00070000	38,000	38,000	152
56	PUESTO DE SALUD ASIENTAMIENTO B-3	1-2	00001341	00001341-23-00005001	00001341-23-00009500	4,500	4,500	18
57	PUESTO DE SALUD ASIENTAMIENTO B-2	1-2	00001342	00001342-23-00004001	00001342-23-00009500	5,500	5,500	22
58	CENTRO DE SALUD LA COLINA	1-3	00001326	00001326-23-00015001	00001326-23-00029000	14,000	14,000	56
59	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE SIGUAS-TAMBILLO	1-3	00001339	00001339-23-00001001	00001339-23-00003000	2,000	2,000	8
60	PUESTO DE SALUD SANTA ISABEL DE SIGUAS	1-2	00001336	00001336-23-00001001	00001336-23-00002000	1,000	1,000	4
61	PUESTO DE SALUD PITAY	1-3	00001337	00001337-23-00000501	00001337-23-00002000	1,500	1,500	6
62	PUESTO DE SALUD QUIRQUE	1-2	00001340	00001340-23-00000501	00001340-23-00002000	1,500	1,500	6
63	PUESTO DE SALUD SONOR	1-2	00001378	00001378-23-00001001	00001378-23-00002000	1,000	1,000	4
64	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MAJES	1-3	00001369	00001369-23-00005001	00001369-23-00012000	7,000	7,000	28
20498354778 - CLAS EDIFICADORES MISTI MIRAFLORES								
65	CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI	1-4	00001292	00001292-23-00021001	00001292-23-00036000	10,000	10,000	40
66	CENTRO DE SALUD MIRAFLORES	1-3	00001293	00001293-23-00002001	00001293-23-00024000	10,000	10,000	40
67	CENTRO DE SALUD PORVENIR-MIRAFLORES	1-3	00001306	00001306-23-00008001	00001306-23-00018000	10,000	10,000	40
68	CENTRO DE SALUD MATEO PUMACAHUA	1-3	00001307	00001307-23-00001001	00001307-23-00022000	10,000	10,000	40
69	PUESTO DE SALUD TOMASA TITO CONDEMAITA	1-2	00001305	00001305-23-00005001	00001305-23-00010000	6,000	6,000	24
70	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MIRAFLORES	1-3	00001206	00001206-23-00000001	00001206-23-00006000	6,000	6,000	24
20498356126 - ASOCIACION CIVIL COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD CLAS PAUCARPATA SUR								
71	CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA	1-4	00001296	00001296-23-00011001	00001296-23-00024000	13,000	13,000	52
72	CENTRO DE SALUD MANUEL PRADO	1-3	00001310	00001310-23-00005001	00001310-23-00013000	7,000	7,000	28
73	CENTRO DE SALUD NUIVA ALBORADA	1-2	00001313	00001313-23-00007001	00001313-23-00019000	12,000	12,000	48
74	CENTRO DE SALUD CAMPO MARTE	1-3	00001315	00001315-23-00007001	00001315-23-00012000	5,000	5,000	20
20498348883 - ASOC. COMUNIDAD LOCAL DE ADM. DE SALUD PAUCARPATA ESTE								
75	CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA	1-3	00001297	00001297-23-000016001	00001297-23-00027000	5,000	5,000	20
76	PUESTO DE SALUD ALTO JESUS	1-2	00001311	00001311-23-00007001	00001311-23-00014000	5,000	5,000	20
77	PUESTO DE SALUD VILLA JESUS	1-2	00007744	00007744-23-000010001	00007744-23-00021500	8,000	8,000	32
78	PUESTO DE SALUD ISRAEL	1-2	00001312	00001312-23-00006001	00001312-23-00013000	6,000	6,000	24
79	CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE CIUDAD BLANCA	1-3	00001314	00001314-23-000010001	00001314-23-00013000	4,000	4,000	16
80	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYLEN	1-3	00002506	00002506-23-00005001	00002506-23-00010000	5,000	5,000	20
20498356983 - CLAS ALTO SELVA ALEGRE								
81	CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE	1-3	00001291	00001291-23-00017001	00001291-23-00035000	18,000	18,000	72
82	CENTRO DE SALUD APURIMAC	1-3	00001300	00001300-23-00007001	00001300-23-00018000	11,000	11,000	44
83	CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA	1-3	00001302	00001302-23-00012001	00001302-23-00038000	18,000	18,000	72

83	PUESTO DE SALUD LEONES DEL MISTI	1-2	00001301	00001301-23-00007001	00001301-23-00015000	8,000	8,000	32
84	PUESTO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA	1-2	00001303	00001303-23-00004001	00001303-23-00008000	4,000	4,000	16
85	PUESTO DE SALUD HEROES DEL CENEP	1-2	00001304	00001304-23-00006001	00001304-23-00018000	12,000	12,000	48
20498353615 - CLAS ALTO SAN MARTIN								
86	CENTRO DE SALUD GENERALISIMO SAN MARTIN	1-3	00001295	00001295-23-00018001	00001295-23-00036000	18,000	18,000	72
87	PUESTO DE SALUD JERUSALEN	1-2	00001309	00001309-23-00007001	00001309-23-00017000	10,000	10,000	40
88	PUESTO DE SALUD EL MIRADOR	1-2	00007722	00007722-23-00004001	00007722-23-00008000	4,000	4,000	16
20498350608 - CLAS PAUCARPATA NORTE								
89	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO	1-3	00001298	00001298-23-00015001	00001298-23-00035000	20,000	20,000	80
90	CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU B	1-3	00001317	00001317-23-00008001	00001317-23-00017000	9,000	9,000	36
91	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO A	1-2	00001316	00001316-23-00007001	00001316-23-00012500	5,500	5,500	22
92	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO C Y D	1-2	00001318	00001318-23-00007001	00001318-23-00014500	7,500	7,500	30
20498356045 - CLAS MELGARIANO								
93	CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR	1-4	00001294	00001294-23-00002001	00001294-23-00005001	40,500	40,500	162
94	PUESTO DE SALUD ATALAYA	1-2	00001308	00001308-23-00001901	00001308-23-00008300	6,500	6,500	26
20498352481 - ASOC. CLAS CHIGUATA								
95	CENTRO DE SALUD CHIGUATA	1-3	00001299	00001299-23-00006401	00001299-23-00013900	7,500	7,500	30
96	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE TARUCANI	1-2	00001319	00001319-23-00001401	00001319-23-00004900	3,500	3,500	14
97	PUESTO DE SALUD ARENALES	1-3	00001320	00001320-23-00001851	00001320-23-00002350	500	500	2
98	PUESTO DE SALUD SALINAS HUETO	1-3	00001321	00001321-23-00001700	00001321-23-00002700	1,000	1,000	4
20498347054 - CLAS RYDOO, GREGORIO GRIMA								
99	CENTRO DE SALUD JAVIER LLÓSA GARCIA - HUNTER	1-4	00001259	00001259-23-00036001	00001259-23-00074000	38,000	38,000	152
100	PUESTO DE SALUD ALTO ALIANZA	1-2	00001277	00001277-23-00006001	00001277-23-00015000	9,000	9,000	36
101	PUESTO DE SALUD CHILPINIJA	1-2	00001275	00001275-23-00006001	00001275-23-00008000	2,000	2,000	8
102	PUESTO DE SALUD CAMINOS DEL INCA	1-2	00001276	00001276-23-00008001	00001276-23-00008000	2,000	2,000	8
103	PUESTO DE SALUD PAMPAS DEL CUSCO	1-2	00001274	00001274-23-00007001	00001274-23-00016000	9,000	9,000	36
104	PUESTO DE SALUD DANIEL ALÓDES CARRIÓN	1-2	00001273	00001273-23-00006001	00001273-23-00009000	3,000	3,000	12
105	PUESTO DE SALUD UPIS PASAJISTA	1-2	00001279	00001279-23-00007001	00001279-23-00017000	10,000	10,000	40
20498353453 - CLAS LA JOYA								
106	CENTRO DE SALUD LA JOYA	1-3	00001322	00001322-23-00013001	00001322-23-00027000	14,000.0	14,000.0	56
107	PUESTO DE SALUD BENITO LAZO	1-3	00001329	00001329-23-00001001	00001329-23-00001500	500.0	500.0	2
108	PUESTO DE SALUD CERRITO BUENAVISTA	1-3	00001327	00001327-23-00001001	00001327-23-00002000	1,000.0	1,000.0	4
109	CENTRO DE SALUD EL CRUCE TRIUNFO	1-3	00001330	00001330-23-00010001	00001330-23-00025000	15,000.0	15,000.0	60
110	PUESTO DE SALUD LOS MEDANOS	1-3	00001328	00001328-23-00001001	00001328-23-00002000	1,000.0	1,000.0	4
20498354425 - CLAS SOCAABAYA								
111	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCAABAYA	1-3	00001258	00001258-23-00027001	00001258-23-00044000	20,000	20,000	80
112	PUESTO DE SALUD CIUDAD MI TRABAJO	1-2	00001269	00001269-23-00008001	00001269-23-00014000	6,000	6,000	24
113	PUESTO DE SALUD LARA	1-2	00001270	00001270-23-00008001	00001270-23-00015000	7,000	7,000	28
114	PUESTO DE SALUD SALAVERRY	1-2	00001272	00001272-23-00008001	00001272-23-00012000	4,000	4,000	16
115	CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO	1-3	00001271	00001271-23-00012001	00001271-23-00020000	8,000	8,000	32
116	CENTRO DE SALUD 4 DE OCTUBRE	1-3	00001268	00001268-23-00015001	00001268-23-00021000	6,000	6,000	24
117	PUESTO DE SALUD HORACIO ZEVALLOS GAMEZ	1-2	00023338	000023338-23-00011001	000023338-23-00021001	10,000	10,000	40
118	CENTRO DE SALUD MENTAL CDMUNITARIO SOCAABAYA - CLAS CHARACATO	1-3	00030346	000030346-23-00004001	000030346-23-00007000	3,000	3,000	12
119	CENTRO DE SALUD CHARACATO	1-3	00001261				25,000	50
120	PUESTO DE SALUD POLOBAYA	1-2	00001262				4,000	8
121	PUESTO DE SALUD LEOPOLDO BONDON CARRO- SABAMCHA	1-2	00001284				7,000	14
122	PUESTO DE SALUD MACHAHUAYA	1-2	00001167				6,000	12
123	PUESTO DE SALUD QUEQUERA	1-2	00001286				5,000	10
124	PUESTO DE SALUD YARABAMBA	1-2	00001287				6,000	12
125	PUESTO DE SALUD MOLLEBAYA	1-2	00001285				4,000	8
126	PUESTO DE SALUD PIACA	1-3	00001289				2,000	4
127	PUESTO DE SALUD POCMI	1-3	00001288				2,000	4
20498352139 - CLAS JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO								

128	CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HENCLIOSA	1-2	00001257	00001257-23-00026001	00001257-23-00042000	16,000	16,000	64
129	PUESTO DE SALUD 13 DE ENERO	1-2	00001263	00001263-23-00011001	00001263-23-00018000	8,000	8,000	32
130	CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS	1-2	00001264	00001264-23-00016001	00001264-23-00026000	10,000	10,000	40
131	PUESTO DE SALUD CERRO JULI	1-2	00001267	00001267-23-00010001	00001267-23-00017000	7,000	7,000	28
132	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR	1-2	000023488	000023488-23-00001001	000023488-23-00008000	5,000	5,000	20
20498353020 - ELAS VALLE DEL CHILI								
133	CENTRO DE SALUD TIABAYA	1-2	00001260	00001260-23-00018001	00001260-23-00016000	18,000	18,000	72
134	PUESTO DE SALUD UCHUMAYO	1-1	00001290	00001290-23-00001201	00001290-23-00002700	1,500	1,500	6
135	CENTRO DE SALUD CERRO VERDE	1-2	00001280	00001280-23-00005001	00001280-23-00010000	5,000	5,000	20
136	CENTRO DE SALUD CONGATA	1-2	00001281	00001281-23-00006001	00001281-23-00008000	2,000	2,000	8
20498352724 - CLAS SAN ISIDRO								
137	CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO	1-2	00001321	00001321-23-000010001	00001321-23-00016000	6,000	6,000	24
138	PUESTO DE SALUD LA CANO	1-1	00001331	00001331-23-00004001	00001331-23-00006000	2,000	2,000	8
139	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 5 - E	1-1	00001332	00001332-23-00005001	00001332-23-00008000	3,000	3,000	12
140	PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1-1	00001333	00001333-23-00002001	00001333-23-00003000	1,000	1,000	4
141	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 7	1-1	00001343	00001343-23-00002001	00001343-23-00003000	1,000	1,000	4
20498352996 - CLAS VITOR								
142	CENTRO DE SALUD VITOR	1-2	00001324	00001324-23-000010001	00001324-23-00019000	9,000	9,000	36
143	PUESTO DE SALUD YURAMAYO	1-2	00001334	00001334-23-00002001	00001334-23-00003000	1,000	1,000	4
144	CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS	1-1	00001335	00001335-23-000010001	00001335-23-00019000	9,000	9,000	36
TOTAL GENERAL						1,009,000	1,105,500	4,229

ANEXO B

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA
NÚMERO DE FORMATO: _____

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
NOMBRE DE LA IPRES QUE REALIZA LA ATENCIÓN: _____

PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRES	CODIGO DE LA IPRES	N° AMBULATORIO	AMBIULATORIO	COD RENES	NOMBRE DE LA IPRES O CENTRO FUENTE	N° HCUA DE REFERENCIA	
OTRO		EXTRAMURAL	REFERENCIA				
OTRO		EMERGENCIA	EMERGENCIA				

IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO RG		DEL ASEGURADO / USUARIO		ASEGURADO DE OTRA IPRES	
TEL	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRECCIÓN	NÚMERO	INSTITUCIÓN			
				COD. SEGURO			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE				OTRO NOMBRE			
SEXO	FECHA	DA	MES	ANO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	
MASCULINO	FECHA PRECISAR DE PARTO (VISTA DE PARTO)						
FEMENINO							
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
GRÁVIDA							
PUERPERA		FECHA DE ALLEGIAMIENTO					

FECHA DE ATENCIÓN		HORA		LPS		COD. PRESTA		COD. PRESTADOR (N°)		FECHA		DA		MES		ANO	
DA	MES	ANO															
2		0		2						DE INGRESO							
										DE ALTA							
REPORTE VISUALIZADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VISUALIZAR						DE COD. ADMINISTRATIVO							

CONCEPTO PRESTACIONAL		SEPELIO	
ATENCIÓN DIRECTA	COD. EXTRAORDINARIA	TRABAJADO	NATURALIERTO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO	
ALTA	OTRO

DE REFIERE / CONTRAREFERIR A	
CODIGO RENES DE LA IPRES	NOMBRE DE LA IPRES A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFERIR

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS		VACUNAS N° DE DOSIS	
DE LA GESTANTE	DE LA GESTANTE	DE LA GESTANTE	DE LA GESTANTE

DIAGNÓSTICOS	
N°	DESCRIPCIÓN
1	
2	
3	
4	
5	

N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		N° DE COLEGATURA	

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		SPECIALIDAD		N° RUC		SUSCRITO	

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DIRECCIÓN DEL APODERADO

Firma digital del Asegurado o del Asegurado

GRA – SALUD PERIFERICA AREQUIPA
CONCURSO PUBLICO N° 001-2023-RPSA-1 BASES INTEGRADAS

TERAPÉUTICA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO										FORMULARIO DE ATENCIÓN										
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS / MEDICAMENTOS																				
CÓDIGO	NOMBRE	FE	CONCENTRACIÓN	PAQUETE	FECHA	SE	CÓDIGO	NOMBRE	FE	CONCENTRACIÓN	PAQUETE	FECHA	SE	CÓDIGO	NOMBRE	FE	CONCENTRACIÓN	PAQUETE	FECHA	SE
00001	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00002	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00003	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00004	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00005	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00006	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00007	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00008	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00009	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00010	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00011	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00012	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00013	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00014	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00015	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00016	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00017	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00018	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00021	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00022	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00023	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00026	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00027	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00028	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00031	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00032	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00033	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00038	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00039	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00040	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00045	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00046	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00047	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00050	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00051	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00052	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00055	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00056	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00057	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00060	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00061	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00062	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00065	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00066	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00067	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00070	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00071	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00072	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00075	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00076	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10	00077	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/01/20	10
00080	ACETAMINOFÉN	100	300mg	100	01/															

[illegible]Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

114030 *Environ Monit Assess* 1996, 40: 1-12

ANEXO C

[illegible]

GRA – SALUD PERIFERICA AREQUIPA
CONCURSO PUBLICO N° 001-2023-RPSA-1 BASES INTEGRADAS

[illegible]


PIRRA
ALBUQUERQUE
WHITEHEAD

1998-1999, 2000-2001, 2002-2003

Imatge Digital del
Manuscrit 17 de la Biblioteca de la
Universitat de València

ANEXO D

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

		PERÚ		Ministerio de Salud		<i>Segura Integral de Salud</i>		NÚMERO DE FORMATO			
						00027464		23	N° 0000001		
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN							
00027464				Centro de Salud MENTAL COMUNITARIO CAYMA							
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS O OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA			
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA								
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA								
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRAS TASAS							
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN							
				CÓD. SEGURO							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO							
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES							
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA			
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO										
FEMENINO											
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1					
GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2					
PUERPERA						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3					
DE LA ATENCIÓN											
FECHA DE ATENCIÓN		HORA		UPB	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACIONES ADICIONALES (SIS)		HOSPITALIZACIÓN			
DÍA	MES	AÑO						FECHA			
		2021						DE INGRESO			
								DE ALTA			
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° PUA & VINCULAR				DE CORTE ADMINISTRATIVO			
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCIÓN DIRECTA		CÓD. EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		SEPELIO			
		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO			
		Monto S/.		Monto S/.				OBITO			
								OTRO			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONSULTA EXTERNA	APROVO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMIN.		
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRAREFER.			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)		BOG		INFLUENZA		ANTIMARIJUANA			
DE LA GESTANTE	DEL RECIÉN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID			
CPN (N°)	EDAD GESTAN (SEM)	CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEDLA			
EDAD GEST	ARGAN 1°	B.A. PREMATURO		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS			
ALTURA UTERINA	5°	BAP PESO AL NACER		VACAM		SPH		OT ANEXO (R-2023)			
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)	BAP PESO AL NACER		CONSEJERÍA AUTONOMAL		SR		IPV			
CONTROL PUERP (N°)		BAP PESO AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		HVB		PENTAVAL			
		N° FAMILIARES DE 1° / 2° / 3° / 4° / 5° / 6° / 7° / 8° / 9° / 10° / 11° / 12° / 13° / 14° / 15° / 16° / 17° / 18° / 19° / 20° / 21° / 22° / 23° / 24° / 25° / 26° / 27° / 28° / 29° / 30° / 31° / 32° / 33° / 34° / 35° / 36° / 37° / 38° / 39° / 40° / 41° / 42° / 43° / 44° / 45° / 46° / 47° / 48° / 49° / 50° / 51° / 52° / 53° / 54° / 55° / 56° / 57° / 58° / 59° / 60° / 61° / 62° / 63° / 64° / 65° / 66° / 67° / 68° / 69° / 70° / 71° / 72° / 73° / 74° / 75° / 76° / 77° / 78° / 79° / 80° / 81° / 82° / 83° / 84° / 85° / 86° / 87° / 88° / 89° / 90° / 91° / 92° / 93° / 94° / 95° / 96° / 97° / 98° / 99° / 100°		DNE (Kg/M2)		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT.		GRUPO DE RIESGO HVR	
DIAGNÓSTICOS											
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO		EGRESO							
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10						
1		P	D	R							
2		P	D	R							
3		P	D	R							
4		P	D	R							
5		P	D	R							
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				N° DE COLEGIATURA					
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO					
FIRMA		ABEGURADO		APODERADO							
APODERADO:		NOMBRES Y APELLIDOS									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DNI o CE DEL APODERADO:									

FORMATO DE ATENCIÓN N°

TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS/MEDICAMENTOS													
CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00393	ALPRAZOLAM	TAB	0.5 mg				04368	LEVOMEPRIMAZINA (COMO MALEATO)	TAB	100mg			
00670	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	TAB	25 ug				04469	LITIO CARBONATO	TAB	300 mg			
01243	BUPROPION CLORHIDRATO	TAB	2mg				04704	METILFENIDATO CLORHIDRATO	TAB	10mg			
01532	CARBAMAZEPINA	TAB	200mg				28247	METILFENIDATO CLORHIDRATO (Tableta de Liberación Modificada)	TAB	20mg			
01825	CARBAMAZEPINA	SUS	100mg/5ml				04846	MIRTAPAZINA	TAB	30mg			
01997	CLONIPRAMIDA CLORHIDRATO	TAB	25 mg				05694	RISPERIDONA	TAB	2mg			
02004	CLONAZEPAM	TAB	2 mg				05807	SERTRALINA	TAB	60 mg			
02003	CLONAZEPAM	TAB	0.5 mg				06373	SODIO CLORURO	TAB	300mg/30ml/30ml			
02208	CLORPROMAZINA	TAB	300 mg				06019	SULPİRIDA	TAB	200mg			
02361	CLOZAPINA 100mg-tablet	TAB	100 mg				06182	TIAMINA CLORHIDRATO	INY	100 mg/ml			
02752	DIAZEPAM	INT	5 mg/ml				06127	TIAMINA CLORHIDRATO	TAB	100mg			
02755	DIAZEPAM	TAB	5 mg				06448	VALPROATO SÓDICO	FCO	200mg/ml			
02754	DIAZEPAM	TAB	10 mg				06466	VALPROATO SÓDICO	TAB	500 mg			
03601	FLUFENAZINA DECANATO O ENANTATO	INY	25 mg/ml				17773	VALPROATO SÓDICO	FCO	250 mg/5ml			
03624	FLUOXETINA (COMO CLORHIDRATO)	TAB	20mg				40803	Valproato Sódico (Tableta de Liberación Modificada)	TAB	500 mg			
03878	HALOPERIDOL (DECANATO)	SOL	2mg/ml x 20 ml				06602	ZOLPIDEM TARTRATO	TAB	12mg			
03873	HALOPERIDOL (DECANATO)	INY	5mg/ml x 1 ml										
03874	HALOPERIDOL (COMO DECANATO)	INY	50mg/ml										
03881	HALOPERIDOL	TAB	5mg										
03882	HALOPERIDOL	TAB	5mg										

DISPOSITIVOS MÉDICOS/PRODUCTOS SANITARIOS

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
19421	CATETER INTRAVENOSO	UNI	18				16656	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	1 ml			
22256	CATETER INTRAVENOSO	UNI	20				16657	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	3 ml			
10477	CATETER INTRAVENOSO	UNI	22				11370	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	5 ml			
10482	CATETER INTRAVENOSO	UNI	24				11368	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	10 ml			
10929	EQUIPO DE VENOCISIS	UNI					11369	JERINGA DESCARTABLE C/A	UNI	20 ml			
16571	GUANTES QUIRÚRGICOS	UNI	7				29407	GASA ESTÉRIL DE 10 cm X 10 cm	UNI				
16570	GUANTES QUIRÚRGICOS	UNI	7%				12806	VENDA ELÁSTICA	UNI	4" X 5 YARDAS			

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNOSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

CÓDIGO	NOMBRE	PRES	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	PRES	EJE	DX	RES
80100	SCREENING PARA DROGAS					90780	INFUSIÓN INTRAVENOSA				
82520	METABOLITO DE COCAÍNA					90784	INFUSIÓN ENDOVENOSA				
80178	DOSAJE DE LITIO					90782	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR				
84408	TETRAHYDROCANNABINOL THC (Marihuana)					13301A	CURACIÓN QUIRÚRGICA PEQUEÑA				
						13301B	CURACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANA				

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)

CÓDIGO	NOMBRE	CARACT.	IND/PRES	EJE/ENTR	DX	RES	N° TURN	PU
90801	Entrevista Psiquiátrica de Diagnóstico							
90805	Atención Psiquiátrica con sesión de Psicoterapia							
90806	Psicoterapia Individual por Psicólogo							
90849	Psicoterapia de grupo multifamiliar (10 familias)							
90853	Psicoterapia de grupo (Realizado por Médico)							
90860	Psicoterapia Cognitivo Conductual							
90861	Terapia de relajación							
90885	Evaluación Psiquiátrica de Historia Clínica y otros c/Propósito de							
96201	Pruebas Psicológicas							
96116	Examen de estado Neuroconductual							
96118	Pruebas Neuropsicológicas							
97632	Desarrollo de habilidades Cognitivas							
97770	Terapia de Aprendizaje							
99207	Atención en Salud Mental							
99210	Atención de Servicio Social							
99211	C. Ambulatoria Especializada paciente continuador de Psiquiatría							
99342	Visita Médica domiciliar (**)							
99344	Visita Médica Integral (**)II							
99366	Reunión Med c/ equipo interdisciplinario c/Pcte y/o familia							
99367	Junta Médica (Med y Esp. Interdisciplinario) sin Pcte y/o familia							
99509	Visita domiciliar para la ayuda con AVD y cuidado personal							
99510	Visita domiciliar para el individuo, familia o consejo matrimonial							
9184602	Terapia de pareja (Psicólogo)							
9184604	Terapia de pareja (Psiquiatra)							
99214	Evaluación Médica							

OBSERVACIONES

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

FIRMA:

Asegurado

Apoderado

Apoderado nombres y apellidos:

D.N.I. o CE del apoderado:

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento y/o Farmacia y/o Laboratorio

RUEDA DIGITAL
ASEGURADO o APODERADO

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS POR ETAPA DE VIDA PARA LAS 28 MICRORREDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1.- ÁREA SOLICITANTE

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma y Oficina de Calidad

2.-DENOMINACION DEL SERVICIO

Servicio de Impresión de Historias Clínicas por Cursos de vida para 28 Microrredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3.- OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Abastecer de forma oportuna las Historias Clínicas por Cursos de Vida para la Atención de las principales intervenciones de salud por niveles de atención de las 28 Microrredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma para que reciban una atención oportuna con calidad y calidez.

4.- FINALIDAD PÚBLICA

Mejorar la 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 en el ámbito de las 28 Microrredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el periodo 2023

5. DESCRIPCION DEL SERVICIO

a) Descripción del servicio según detalle siguiente:

- Servicio de Impresión de Historia Clínicas por Cursos de Vida en Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr
- El color de la Impresión será de acuerdo al FORMATOS PARA LA IMPRESIÓN SEGÚN NORMATIVA DE HISTORIA CLINICA y modelo adjunto.
- El detalle de la Impresión será de acuerdo al FORMATOS PARA LA IMPRESIÓN SEGÚN NORMATIVA DE HISTORIA CLINICA y modelo adjunto.
- La presentación será en paquetes de 500 hojas

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

FORMATOS PARA LA IMPRESIÓN SEGÚN NORMATIVA DE HISTORIA CLINICA

ITEM	FICHA FAMILIAR	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FICHA FAMILIAR A1-A2	35,000	70	Imprimir ambos lados, HOJA A4	46
2	PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFFAM)-INTERVENCIONES A1-A2	35,000	70	Imprimir ambos lados, HOJA A4	45

53

ITEM	HISTORIA CLINICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A1-A2	6,000	12	Imprimir ambos lados, HOJA A4	44
2	CONSULTA/EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO	6,000	12	Imprimir ambos lados, HOJA A4	43
3	CONSULTA	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	42
4	CONSULTA	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	41
5	PESO PARA LA EDAD NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	40
6	LONGITUD/ESTATURA PARA LA EDAD NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	39
7	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑOS	6,000	12	conservar color de la muestra	38
8	PESO PARA LA EDAD NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	37
9	LONGITUD/ESTATURA PARA LAS NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	36
10	PESO PARA LA LONGITUD-NIÑAS	6,000	12	conservar color de la muestra	35
11	TEST PERUANO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD	6,000	12	conservar color de la muestra	34
12	VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL	6,000	12	Hoja A4 una sola cara	33

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE A1 -A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	32
2	SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	31
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL A1-A2	40,000	80	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos	30
4	MUJERES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1-A2	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos	29
5	VARONES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1-A2	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar color y logos	28
6	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	27
7	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCHOL DE LA OMS	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	26
8	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	25
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	20,000	40	Hoja A4, una sola cara	24
10	LISTA DE HABILIDADES SOCIALES A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	23
11	CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESION (cia) A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	22

57

52

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	21
2	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	20
3	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-MUJER JOVEN A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	19
4	CUIDADOS PREVENTIVOS-SEGUIMIENTO DE RIESGO-HOMBRE JOVEN A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	18
5	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES A1-A2	60,000	120	Imprimir ambos lados, HOJA A4	17
6	ESCALA DE SALUD PERSONAL	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	16
7	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1-A2	30,000	60	Imprimir ambos lados, HOJA A4	15
8	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRANSTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCHOL DE LA OMS	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	14
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	13
10	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	30,000	60	Hoja A4, una sola cara	12

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO A1-A2	50,000	100	Imprimir ambos lados, HOJA A4	11
2	LISTA DE PROBLEMAS A,B,C,D,E,F	40,000	80	(empaste 100)	8,9,10

ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 1	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	7
2	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 2	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	6
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 3	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	5
4	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 4	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	4
5	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR 5	15,000	30	Hoja A4, una sola cara color	3

ITEM	ATENCION INTEGRAL SALUD BUCAL	CANTIDAD	PAQUETES	OBSERVACIONES	FOLIOS
1	FICHA DE CONTROL ESTOMATOLOGICO NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR A1-A2	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4	2
2	ODONTOGRAMA	20,000	40	una sola cara	1

52

NOTA: Los Modelos podrán tener ligeras actualizaciones las cuales serán comunicadas al proveedor ganador el día de la firma de contrato y/o orden de servicio

NOTA: En todos los formatos se debe considerar los máximos márgenes.

b) REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con el Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.
- Contar con Registro Único de Contribuyente (RUC) activo y habido.
- No tener impedimento para contratar con el estado.

Requisitos

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a 3 veces el valor referencial por el servicio de impresión 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.

Acreditación

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia del 25% por el servicio de impresión igual o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran servicios similares a los siguientes: (SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FUAS, HISTORIAS CLINICAS, FOLLETOS, CARNET, DIPTICO, GIGANTOGRAFIAS, FORMATOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL y SERVICIOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL.)

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicio, 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.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

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

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

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

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

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

Cuando en los contratos, órdenes de servicio 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 servicio o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

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

6.- PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La presente contratación se entregará en un plazo máximo de 20 días calendarios contados desde el día siguiente de aceptado los diseños de las historias Clínicas.

Nota:

- El contratista tendrá un plazo máximo de 05 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar los modelos de las historias clínicas.

43

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado y motivado.

Las penalidades se computan desde el día siguiente de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, la Entidad podrá resolver la orden de servicio por incumplimiento.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora, la Entidad puede resolver el contrato por incumplimiento.

17.- RESPONSABILIDAD DE LOS VICIOS OCULTOS

El proveedor es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad. La recepción conforme a la entidad no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

18.- RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO INJUSTIFICADO

La entidad podrá resolver la orden de servicio y/o contrato cuando el proveedor, habiendo ejecutado

el servicio en el plazo previsto, éste manifiestamente no cumple con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso se considerará como no ejecutada la prestación y podrá procederse con dejar sin efecto la contratación, sin perjuicio de la aplicación de las penalidades que correspondan.

44

FICHA FAMILIAR N°												
I. DATOS GENERALES				FAMILIA:								
IGSS/DIRESA/ GERESA	MIR de Salud	N° Integrantes de la familia		III. VISITA DE SALUD FAMILIAR					TOTAL			
RED	E.E.S.S.	Niños y Niños	Adolescentes	Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores						
II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS												
Provincia:	Medio que demora en llegar al E.E.S.S.	Fecha		Responsable de la visita		Resultado de la visita		Próxima visita				
Localidad:	Medio de transporte de mayor uso:											
Distribución:	Tiempo de residencia en el domicilio actual:											
Sección:	Residencias anteriores:											
Área de residencia:	Disponibilidad para próximas visitas:											
Teléfono o Celular:	Código telefónico:											
Dirección de la vivienda:												
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA(S) O LOS(S) INFORMANTE(S):												
IV CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA												
Etnia/ Raza:		Idioma predominante de la familia:				Religión						
N°	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EDAD	SEXO	D.N.I./ Carnet de extranjería	FECHA DE NACIMIENTO	(a) PARENTESCO	(b) ESTADO CIVIL	(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	(d) CONDICIÓN DE LA OCCUPACIÓN	SEGURO DE SALUD
1				M								SIS
2				F								ESSALUD/FFAA/PNP
3												Privado
4												Sin seguro
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												

(a) PARENTESCO: Padre (P), Madre (M), Hijo(a) (H), Hija adoptiva (HA), Abuelo (A), Tío(a) (T), Nieto(a) (N), Padrastro (PA), Madrastra (MA), Solista (S), Primado (PR), Bis-nieto(a) (BN), Amigo(a) (AG), Hermano (HM), Yerno(a) (Y), Nuera (NU), (b) ESTADO CIVIL: Soltero(a) (S), Conyugal (C), Casado(a) (CA), Separado(a) (SP), Divorciado(a) (D), Viudo(a) (V), Otro (O), (c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin instrucción (SI), Inicial (I), Primaria Completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria Completa (SC), Secundaria Incompleta (SI), Superior Completa (SU), Superior Incompleta (SIU), (d) CONDICIÓN DE LA OCCUPACIÓN: Tradicionalista (TR), Artesano (A), Ejecutiva (E), Sin ocupación (SO), Jubilado(a) (J), Estudiante (E).

CICLO VITAL FAMILIAR		ECOMAPA		FECHA(S) DE ELABORACION		FAMILIOGRAMA (estructural y de relaciones familiares)	
Familia en formación							
Familia en expansión							
Con nacimiento del primer hijo/a							
Con hijo/a en edad pre-escolar							
Con hijo/a en edad escolar							
Con hijo/a adolescente							
Con hijo/a en edad adulta							
Familia en dispersión							
Familia en contracción							
TIPO DE FAMILIA		Nuclear		Monogamia		Equivalente familiar	
		Extendida		Recombinada			
		Ampliada					

VI. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA									
ETAPA NIÑO (0 - 11 AÑOS)		ETAPA ADOLESCENTE (12 A 17 años)		ETAPA JOVEN (18 a 29 años)		ETAPA ADULTO (30 a 59 años)		ETAPA ADULTO MAYOR (> de 60 años)	
RIESGOS	Códecas N°	RIESGOS	Códecas N°	RIESGOS	Códecas N°	RIESGOS	Códecas N°	RIESGOS	Códecas N°
Niño/a nacido prematuro		Sin evaluación nutricional		Sin evaluación nutricional		Adulto con vacunas incompletas		Sin evaluación nutricional	
Recién nacido/a (< 28 días)		Sin evaluación de riesgo cardiovascular		Joven con vacunas incompletas		Adulto con vacunas incompletas		Sin evaluación nutricional	
Sin identificación de problemas visuales y auditivos		Sin evaluación del desarrollo psicológico		Sin evaluación del desarrollo psicológico		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	
Recién nacido/a sin documento nacional de identidad		Sin evaluación de la agudeza visual y auditiva		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	
Niño/a con vacunas incompletas		Sin evaluación del desarrollo sexual		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles		Madre sexualmente activa sin protección anual	
Niño/a < 6 meses sin lactancia materna exclusiva		Sin evaluación de la cavidad bucal		Sin evaluación de la cavidad bucal		Sin evaluación de la cavidad bucal		Madre sexualmente activa sin protección anual	
Sin evaluación de la cavidad bucal		Sin evaluación física postural		Sin evaluación de la cavidad bucal		Madre sexualmente activa sin protección anual		Madre sexualmente activa sin protección anual	
Sin sesiones de estimulación temprana		Adolescente con vacunas incompletas		Sin evaluación de riesgo cardiovascular		Adulto con conducta sexual de riesgo		Adulto con conducta sexual de riesgo	
Niño/a sin exámenes: Parasitos, PPR, Hb, Gf, TSH		Participación en pandillas / delincuencia		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	
Niño/a 5 de 36 meses sin suplemento de multivitaminas y hierro		Problemas de conducta y/o alimentación		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	
Niño/a sin control de crecimiento y desarrollo				Participación en pandillas / delincuencia		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	
Discrepancia crecimiento / desarrollo				Discrepancia escolar / bajo rendimiento escolar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	
Recién nacido/a de parto domiciliario				Adolescente con conducta sexual de riesgo		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar		Madre / hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	
OBSERVACIONES:									

56

IX. PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFAM) - INTERVENCIONES

EJE DE INTERVENCIÓN	I.- SALUD INDIVIDUAL (comprende los paquetes de atención integral por etapas de vida)		RIESGO/PROBLEMA IDENTIFICADO	ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	VISITA DE SALUD FAMILIAR					OBSERVACIONES
	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD				1	2	3	4	5	
EJE DE INTERVENCIÓN											
EJE DE INTERVENCIÓN	II.- FUNCIONES DE LA FAMILIA (comprende las funciones básicas: cuidado, afecto, expresión de la sexualidad, socialización estética social, y las funciones según sus relaciones internas: comunicación, expresión, armonización, rol, adaptabilidad y armonía)										
EJE DE INTERVENCIÓN	III.- CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y ENTORROS (comprende las características de la vivienda, eliminación de excretas, tenencia de animales, aguas estancadas, techos, paredes y otras afines de la vivienda)										

DISCAPACIDAD		GESTANTE		RIESGOS		FAMILIA			
En sus actividades diarias tiene limitaciones de forma permanente para:		Colocar N°	Colocar N°	¿Ud. y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos(as)?		SI	NO	RIESGOS	
				¿Su hijo(a) le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?				¿Una cultura, relaciones, normas, pueden modificarle ante determinadas situaciones?	
Moverse o caminar, para usar brazos o piernas		Colocar N°		¿Su hijo(a) le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?				¿Se relacionan en la familia que las labores ayudan en las labores de la casa?	
Entender o aprender				En los últimos 12 meses ¿Ud. o algún miembro de su familia como menos o dejó de tomar porque no había suficiente dinero para la comida?				¿Alguna vez a Ud. o algún miembro de su familia le han hecho sentir como quien no excusa por cosas de su aspecto, lengua, etnia o cultura?	
Ver, sin usar anteojos				¿Ud. y su pareja han recibido consejería de suplementación con multivitaminas y hierro?				¿En su familia se promueve la disciplina y el cumplimiento de las tareas asignadas?	
Oír, sin usar audífonos				¿Su hijo(a) tiene mala, delgados dientes y sabe cómo lavarse los dientes?				¿Su familia cuenta con espacios en la vivienda que garantizan la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales?	
Hablar o comunicarse, sin usando el lenguaje de señas u otros				Los intereses y necesidades de cada miembro son respetados por la familia				¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?	
Relacionarse con los demás por sus presunciones, prejuicios, actitudes o conductas				En su familia, ¿Se promueve la transmisión de experiencias y conocimientos en forma clara y directa?				¿Algun miembro de su familia ha sido víctima de violencia física, psicológica, de género?	
¿Cuál es el origen de estas limitaciones?				En su familia se promueve la unión entre sus miembros?				¿Algun miembro de su familia ha intentado suicidarse?	
Enfermedad laboral				Ante situaciones difíciles su familia busca ayuda en otras personas o instituciones.				En su familia, el padre o la madre también tienen problemas de sexualidad con los hijos(as)?	
Genético / Congénito / de nacimiento									
Enfermedad crónica									
Accidente laboral									
Accidente de tránsito									
Violencia familiar o política									
Accidente común en el o fuera del hogar									
OBSERVACIONES:									

VII. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA													
INGRESO FAMILIAR		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
S/		Madera		Madera, adobe		Columpio		Alm. tierra		Cano recolector		Teléfono	
(interior)		Parquet		Adobe o tapia		Madera, vigas		Alm. canal		¿Frecuente?		Internet	
AGUA DE CONSUMO		Cemento labrado		Cemento labrado		Nidos		Res. pública (*)		A campo abierto		Cable	
con X		Terra		Piedra con barro		Estru o tipo de cemento		Ladrillo		Al no		Electricidad	
trastero (*)		Cotto		Otro		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
trastero (*)		Cotto		Cotto		Paja, toja		Pozo sapico		Se echa a tierra		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Madera con X		Madera con X		Cana o estera con barro		Otro		Otro		Otro	
AGUA DE CONSUMO		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE LAS PAREDES		MATERIAL DEL TECHO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		DISPOSICIÓN DE BASURA		SERVICIOS EN EL DOMICILIO	
con X		Madera con X		Madera con X		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado		Cemento labrado	
tr													

[illegible]

93

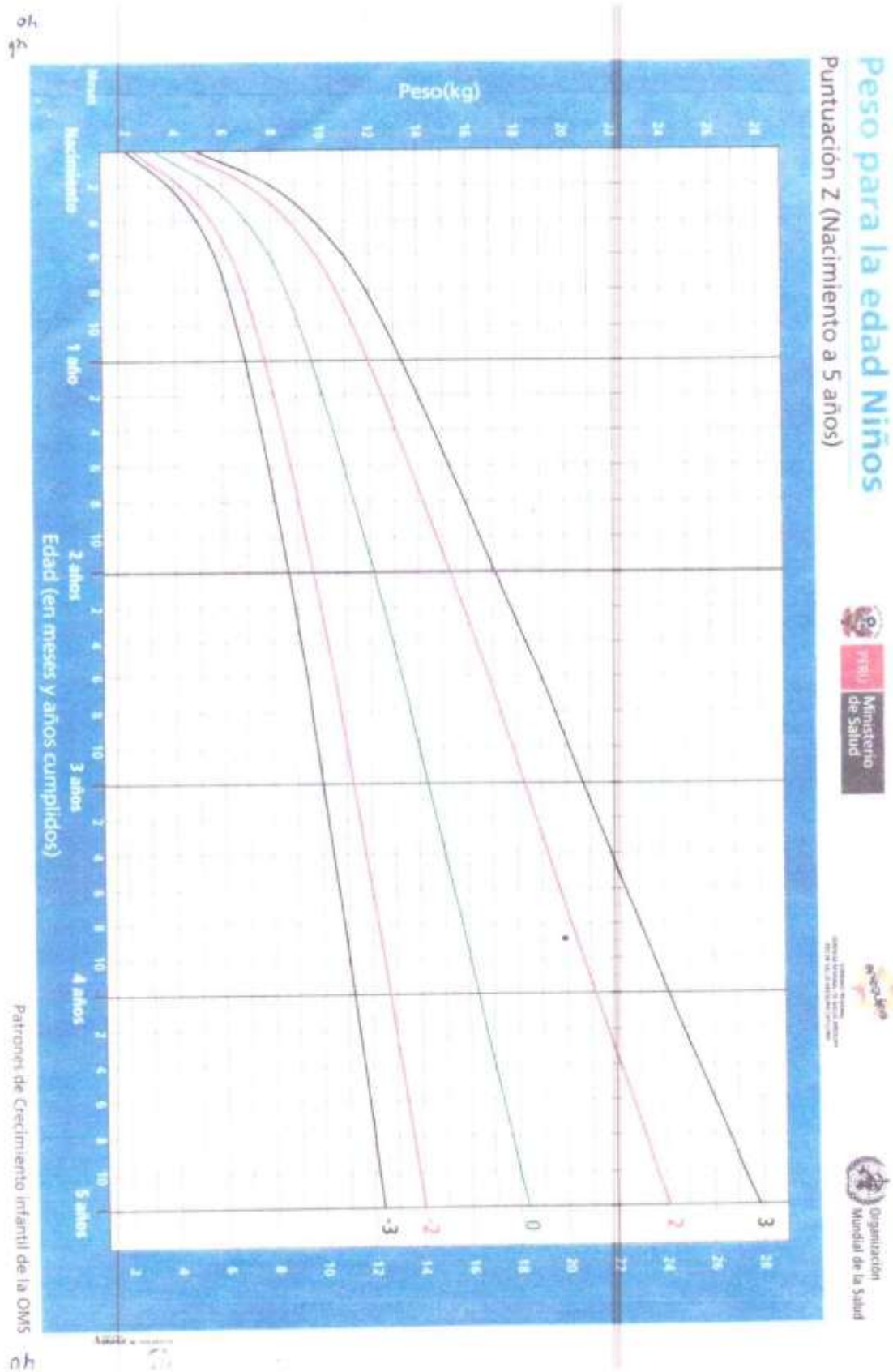
[illegible]

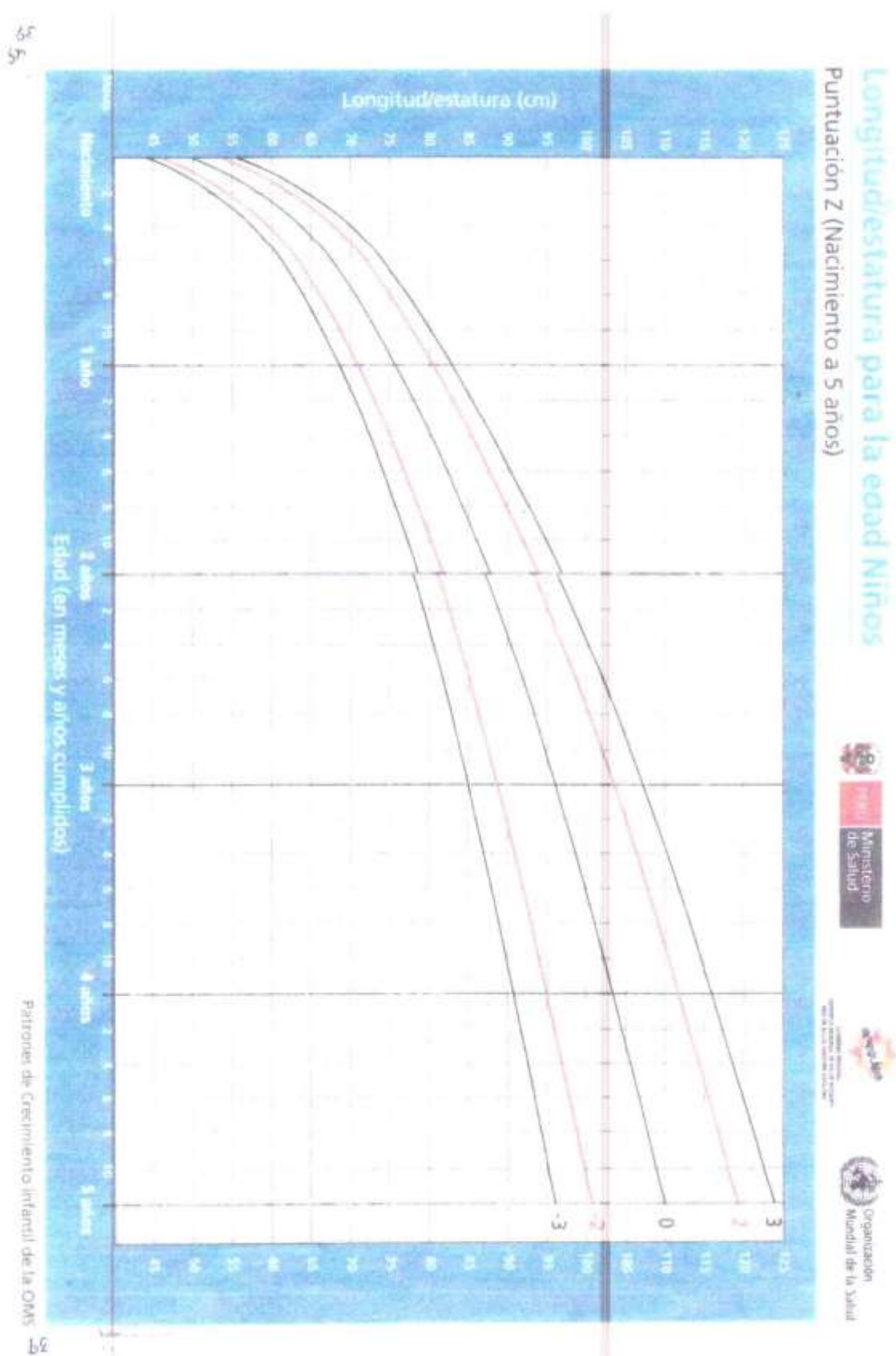
72

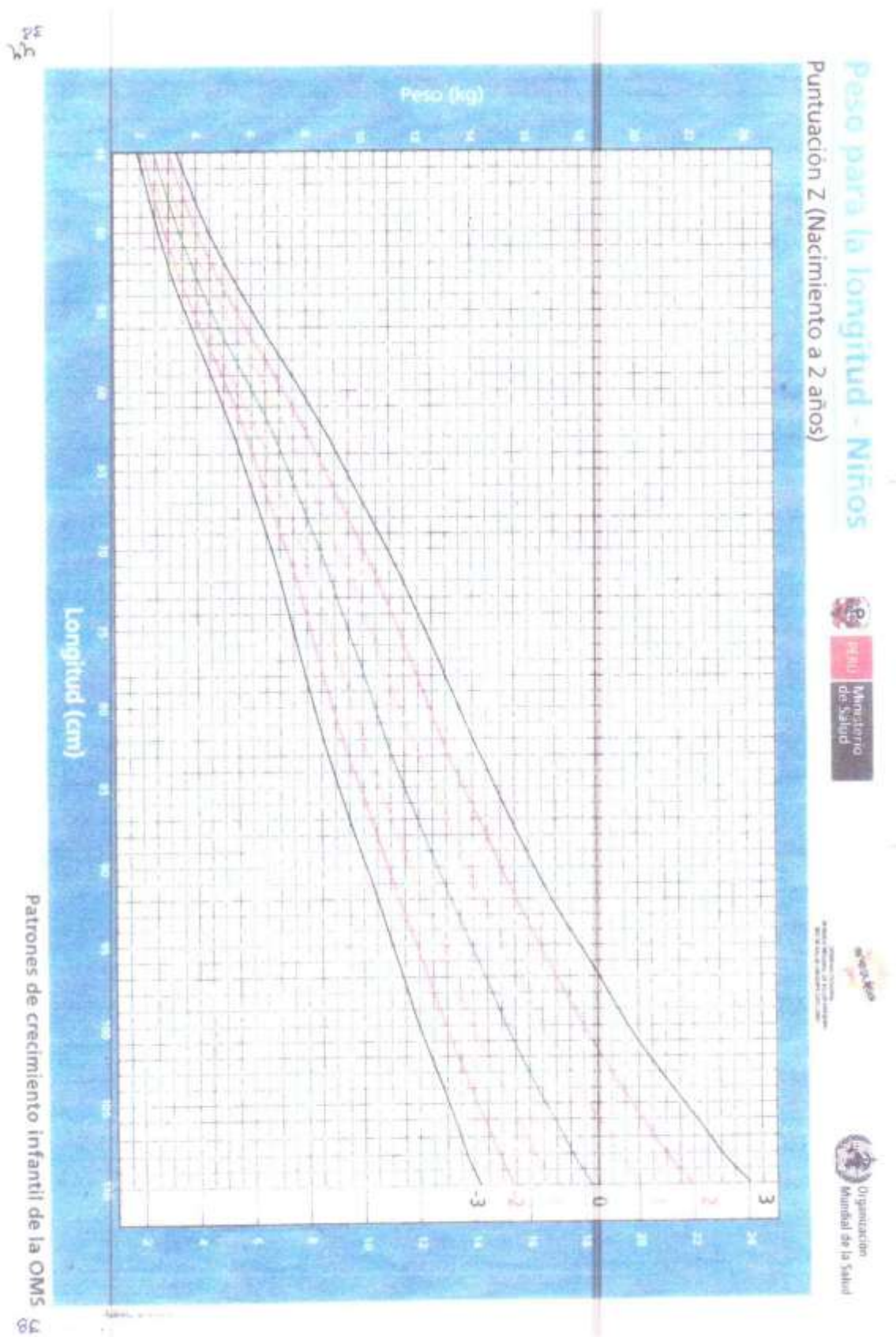
41

CONSULTA									
Fecha			Hora			Edad			
<p>Consente en signos de peligro (marcar con X):</p> <p>Menor de 2 meses: No quiere mamar, de succion; Comatoso; Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>De 2 meses a 4 años: No puede beber o tomar el pecho; Comatoso; Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>Para todas las edades: Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>									
<p>ANAMNESIS</p> <p>1. Motivo de consulta:</p>									
<p>Forma de enfermedad</p> <p>2. Forma de inicio:</p> <p>3. Curso:</p>									
<p>Examen físico</p>									
<p>Diagnóstico</p> <p>A. Diagnóstico Neonatal y Sistemático</p> <p>B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo</p> <p>C. Condición de crecimiento y estado nutricional</p> <p>D. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor</p>									
<p>Tratamiento</p>									
<p>Exámenes Auxiliares</p>									
<p>Próxima cita</p>									
<p>Observación</p>									
<p>CONSULTA</p> <p>Consente en signos de peligro (marcar con X):</p> <p>Menor de 2 meses: No quiere mamar, de succion; Comatoso; Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>De 2 meses a 4 años: No puede beber o tomar el pecho; Comatoso; Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>Para todas las edades: Fiebre alta; Convulsiones; Irritabilidad; Letargo; Piel amarillenta; Hinchazón de la cabeza; Hinchazón de la cara; Hinchazón de la boca; Hinchazón de la nariz; Hinchazón de la garganta; Hinchazón de la piel.</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Presenta alguno de los signos de peligro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>									
<p>ANAMNESIS</p> <p>1. Motivo de consulta:</p>									
<p>Forma de enfermedad</p> <p>2. Forma de inicio:</p> <p>3. Curso:</p>									
<p>Examen físico</p>									
<p>Diagnóstico</p> <p>A. Diagnóstico Neonatal y Sistemático</p> <p>B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo</p> <p>C. Condición de crecimiento y estado nutricional</p> <p>D. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor</p>									
<p>Tratamiento</p>									
<p>Exámenes Auxiliares</p>									
<p>Próxima cita</p>									
<p>Observación</p>									
<p>APellidos y Nombres</p>									
<p>N° DE HISTORIA CLÍNICA</p>									

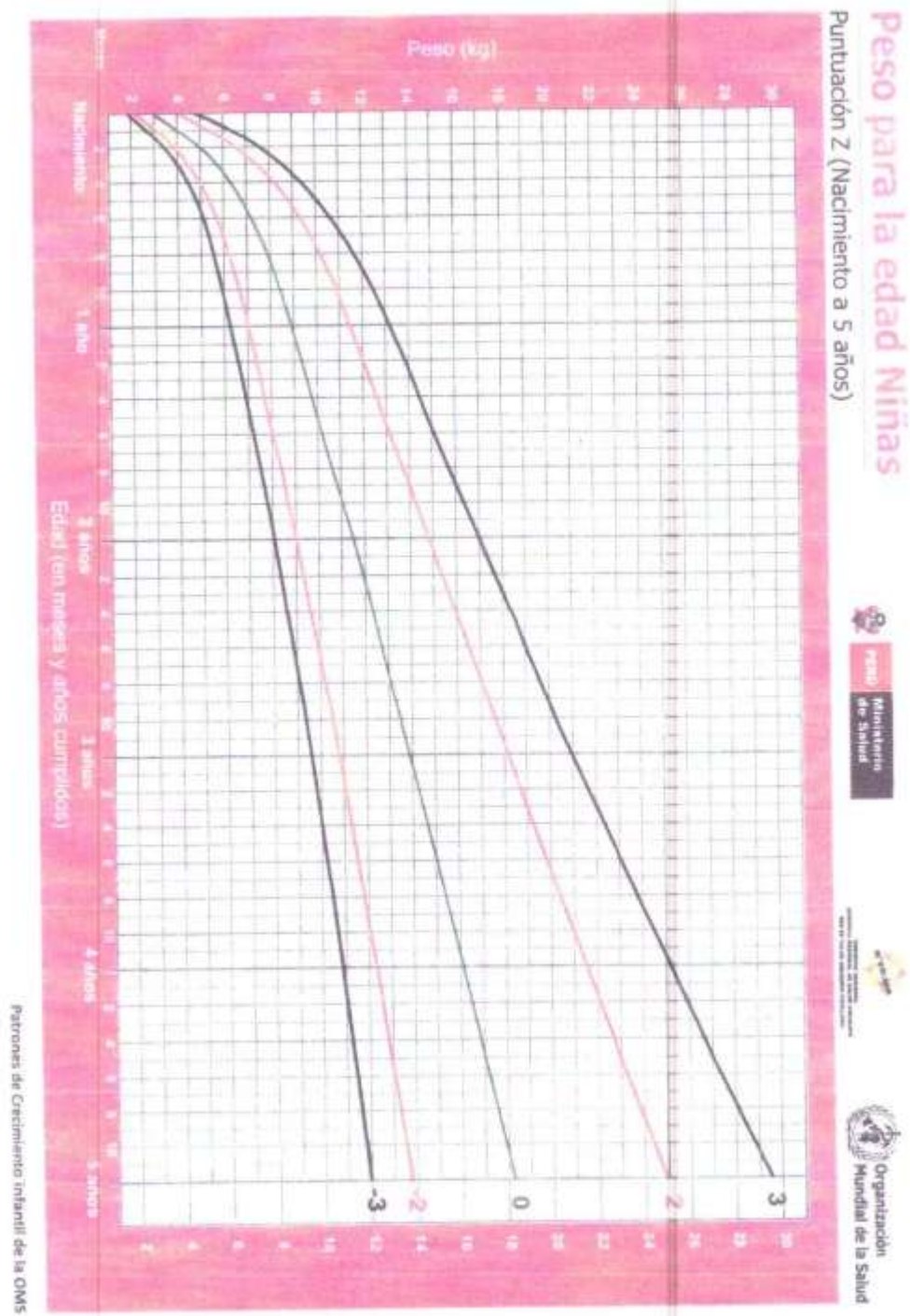
41







6.8
5.8

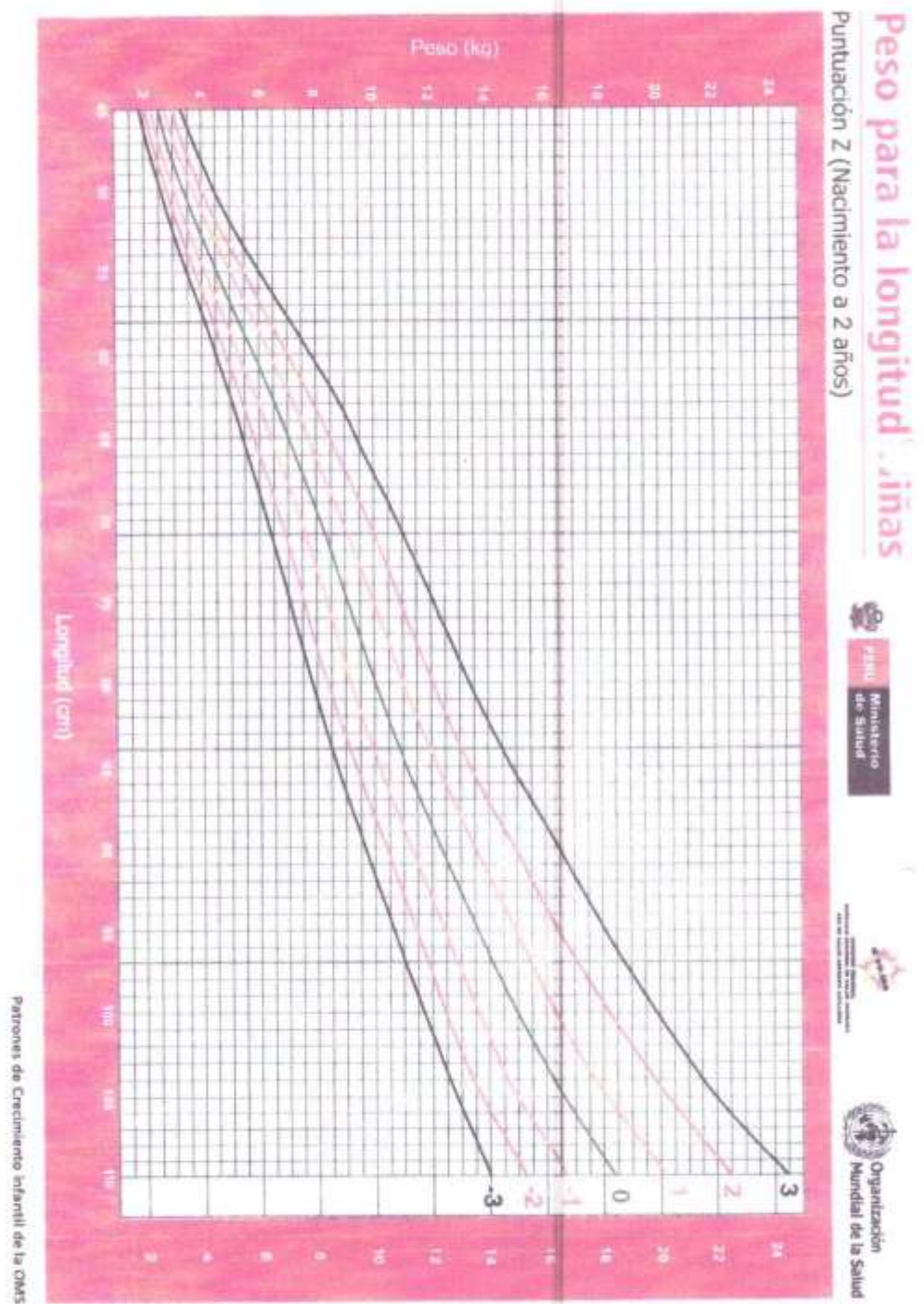


5.2
4.2

1h
78



9.6



Ministerio de Salud

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

Ministerio de Salud

FECHA	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 Control de peso y talla																	
B Control de temperatura y frecuencia cardíaca																	
C Control de la actividad motora																	
D Control de la actividad motora																	
E Control de la actividad motora																	
F Control de la actividad motora																	
G Control de la actividad motora																	
H Control de la actividad motora																	
I Control de la actividad motora																	
J Control de la actividad motora																	
K Control de la actividad motora																	
L Control de la actividad motora																	

RECUERDO: A partir de los 3 años se aplica el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TDP)

Responsible: *Dr. María P. Rodríguez* para la forma del libro y la edición. *Dr. María P. Rodríguez* para la forma del libro y la edición.

34

64

31



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RECTOR DE SALUD AREQUIPA CARLOS OCHOA



3 - a

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla/Edad			
	Índice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACIÓN DE DESARROLLO SEXUAL SEGÚN 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			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematócrito			
	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:				N°

31



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL
SISTEMA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA (ARSAREQUIPA)

3 - a

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE			
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS			
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 Hematócrito		
	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:		N°	

30



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

GOBIERNO REGIONAL
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA (ARSAL)

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO: APETITO: SED: SUEÑO: ORINA: DEPOSICIONES: FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI NO VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO LUGAR: TOS HACE 15 DÍAS: SI NO SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO									
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:		PC:		FR:		PABO:	
Ex. Físico:		T°:		PA:		Peso:		Talla:	
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE EX:		CIE X:		TRATAMIENTO:		FRECÜENCIA DE ADMINISTRACIÓN:	
(Enfermedad o síndrome, funcional desarrollo personal y otros)		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
EXÁMENES AUXILIARES:				MEDIDAS HIGIENICO - DIETÉTICAS:					
				MEDIDAS PREVENTIVAS:					
				REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):					
Próxima Cita:				Firma y Sello (Colegio Profesional)					
Observación:									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO: APETITO: SED: SUEÑO: ORINA: DEPOSICIONES: FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI NO VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO LUGAR: TOS HACE 15 DÍAS: SI NO SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO									
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:		PC:		FR:		PABO:	
Ex. Físico:		T°:		PA:		Peso:		Talla:	
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE EX:		CIE X:		TRATAMIENTO:		FRECÜENCIA DE ADMINISTRACIÓN:	
(Enfermedad o síndrome, funcional desarrollo personal y otros)		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
		P O R							
EXÁMENES AUXILIARES:				MEDIDAS HIGIENICO - DIETÉTICAS:					
				MEDIDAS PREVENTIVAS:					
				REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):					
Próxima Cita:				Firma y Sello (Colegio Profesional)					
Observación:									
APELLIDOS Y NOMBRES:								N° HC:	

[illegible]



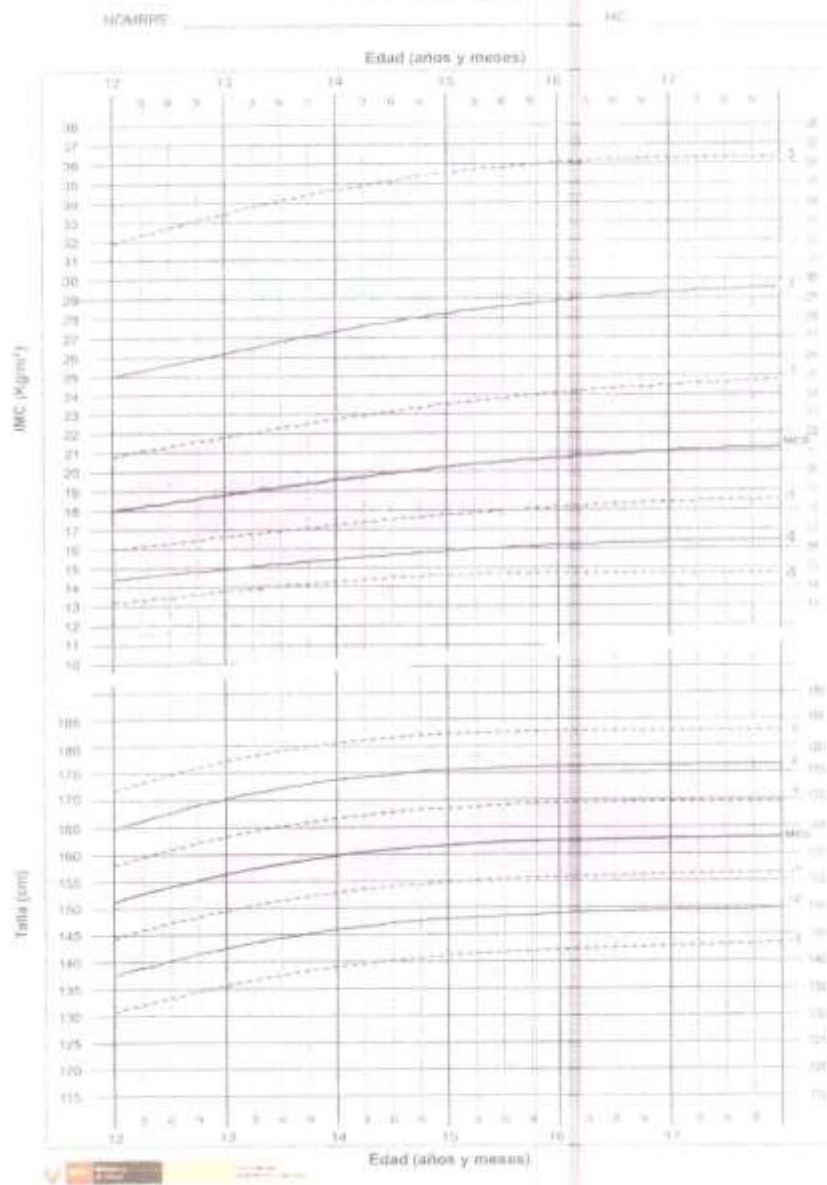
PERU
Ministerio de Salud



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



(12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRES Y APELLIDOS

DNI



PERU Ministerio de Salud

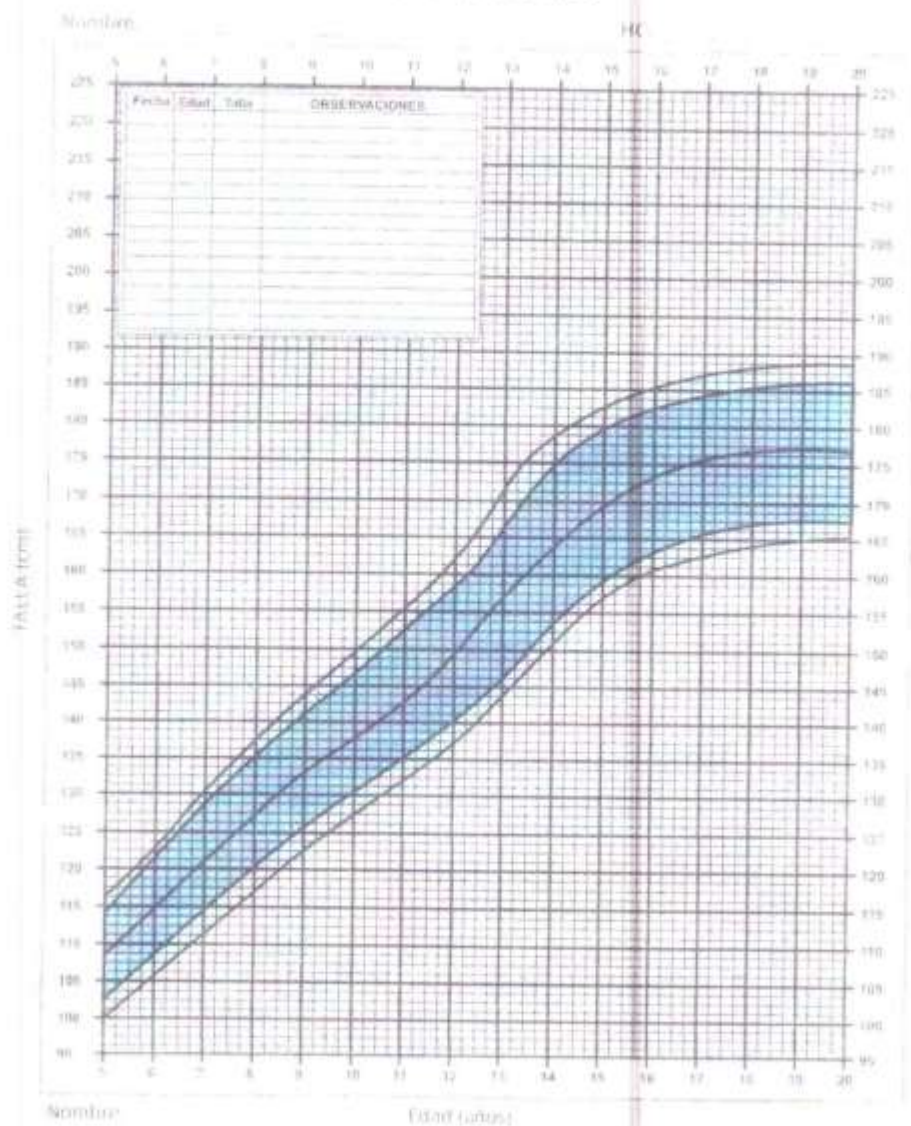
Centro de Salud
Alfonso Ugarte

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y MONITORIA DE SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y MONITORIA DE SALUD
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y MONITORIA DE SALUD

28
Alfonso Ugarte

TALLA/EDAD (5 a 20 < años) Por Percentiles



NOMBRES Y APELLIDOS

DNI

28
Alfonso Ugarte



PERU

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Intervenciones estratégicas
en Salud Pública

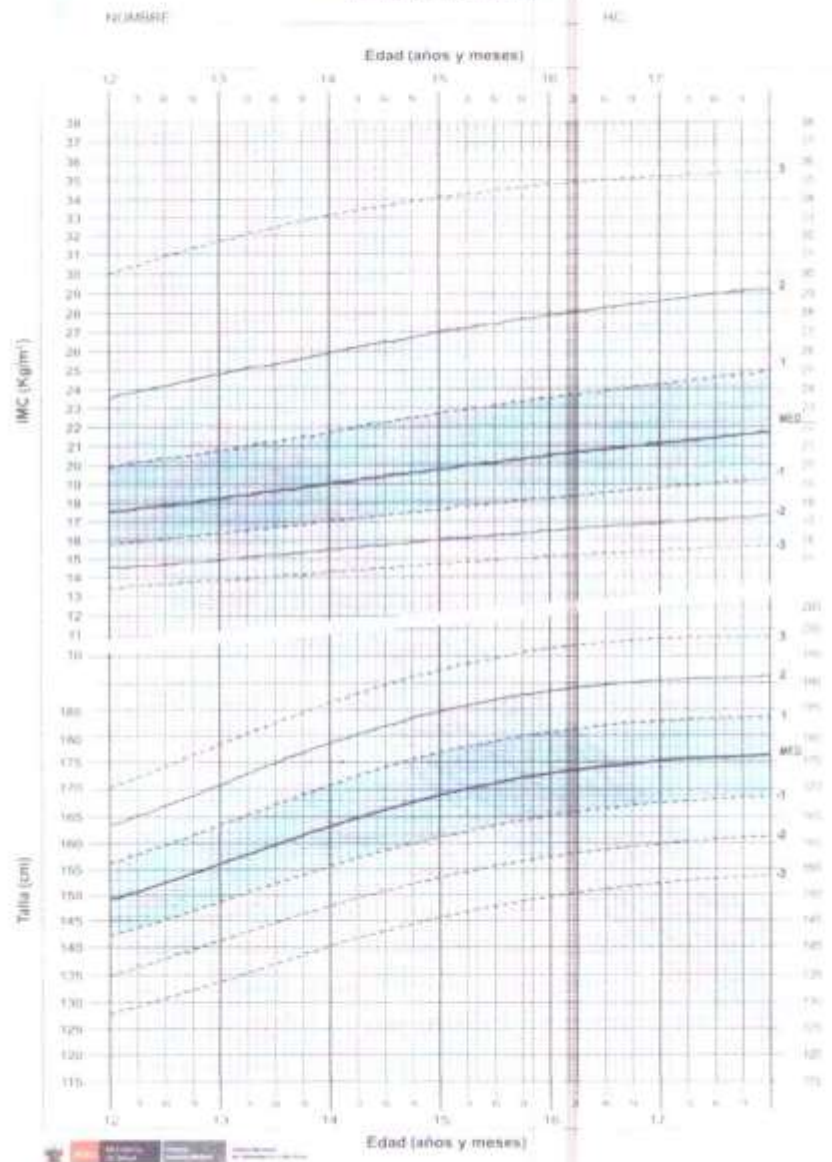
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL
SERVICIO REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD PRIMARIA CIUDADANO

ANEXO N° 02

(12 a < 18 años) INDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA : EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRES Y APELLIDOS

DNI

27

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

32

Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos
Symptom Report Questionnaire - SRQ

Nombre del participante: _____
ESTABLECIMIENTO: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: SEXO: _____
(Indicar edad)

MOTIVO DE CONSULTA: _____

1 - ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?

2 - ¿Tiene mal apetito?

3 - ¿Duerme mal?

4 - ¿Se aburre con facilidad?

5 - ¿Pierde interés por las cosas?

6 - ¿Se siente cansado o fatigado?

7 - ¿Pierde el interés por el futuro?

8 - ¿Se siente triste o solo?

9 - ¿Se siente triste?

10 - ¿Está triste? ¿Con mucha frecuencia?

11 - ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

12 - ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

13 - ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?

14 - ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?

15 - ¿Ha perdido interés en las cosas?

16 - ¿Se siente aburrido?

17 - ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

18 - ¿Se siente cansado todo el tiempo?

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

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:

108

27

31



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

19. ¿Siente miedo que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	SI	NO
20. ¿Si usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
21. ¿Ha estado involucrado en algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22. ¿Hay veces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden ver?	SI	NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, atascos o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas sin voluntad o de la fuerza o voluntad del movimiento?	SI	NO
24. ¿Cómo son los pensamientos o los sentimientos, los sueños o los pensamientos más violentos cuando pensando pensamientos?	SI	NO
25. ¿Algunas vez ha querido dejar de hacer pero no ha podido?	SI	NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio debido a la bebida como beber en el trabajo o colegio o hacer o hacer?	SI	NO
27. ¿Ha estado en riesgo de la vida debido a la bebida?	SI	NO
28. ¿Ha estado alguna vez que usted había abusado?	SI	NO
29. ¿Ha estado alguna vez que usted había abusado?	SI	NO

DE TERMINACION DE LA PUNTUACION:

- Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como: ansiedad, depresión, estrés, etc. Las preguntas 19 a 28, como se ve en el cuestionario, indican al entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto, se le considerará un caso de alta.
- Las preguntas del diecinueve (19) al veintidos (22) son indicativas de un trastorno psiquiátrico agudo.
- La respuesta positiva a la pregunta veintitrés (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.
- Las preguntas del veinticuatro (24) al veintinueve (29) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

26

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

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

Item	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 o más veces a la semana.
2. ¿Cuántas veces por día consume alcohol? ¿Cuántas veces bebe usted?	0. Uno o dos. 1. Tres o cuatro. 2. Cinco o seis. 3. Siete u ocho. 4. Diez o más.
3. ¿Cuántas veces toma usted seis o más tragos en una ocasión en los últimos 12 meses?	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 ha sido tan borracho 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 pasó 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 continúe con este comportamiento? ¿Alguien 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).

31 26

[illegible]

24

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

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Fecha: _____ Departamento: _____ Provincia: _____
Distrito: _____
UBI: SA/DISA: _____ HELL: _____ Microred: _____ EESS: _____
Servicios: Uroginebra ☐ Uroginebra ☐ Pediatría ☐ Uroginebra ☐ Emergencia ☐ Otro: _____
Motivos y antecedentes de consulta: _____
Lugar: _____
Crecencia: _____
Teléfono: _____
Nombre del agresor/a: _____ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐
Fue a los establecimientos de salud para ser atendido/a por la violencia de género y de género por todo el sistema 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
1	¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	¿Alguna vez ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	¿Quién es?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	¿Cuándo fue la última vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	¿Te castiga tu papa o mamá?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	¿Alguna persona extraña a de tu propia familia, le ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	¿Desde cuándo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8	¿Cuándo fue la última vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Marque con una (X) todos indicadores de maltrato que observe, en todos los casos de niñas, adolescente

FÍSICAS	RETRATAMIENTO	SEXUALES
Heridas o lesiones inexplicables	Castigos físicos	Abuso sexual y violencia sexual inapropiada
Fracturas inexplicables	Sobresale	Abuso sexual, violencia sexual, abuso sexual genital
Lesiones de vulva, perineo	Mucha agresividad o pasividad frente a la violencia	Abortos o amenaza sexual
Laceraciones en la muñeca	Temor a los padres o de llegar a la escuela	Falta de peso o pobre
Quejas crónicas sin causa	Robo, mentira, fatiga	No tiene vacunas o atención de salud
De sueño (mucho sueño)	Llegar muy temprano a la escuela o	Accidente o enfermedades muy
Tristeza, depresión o angustia	Uso de alcohol, drogas	Exposición a la violencia
	Uso de tranquilizantes o analgésicos	Exposición a la violencia

24

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión (cia)

INSTRUCCIONES DE RESPUESTA

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 de la 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 (hura) temeroso (a).					
2. No puedo evitar ser algo brusco (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. El dinero me molesta 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. No soy muy comprensivo(a) con todas las personas.					
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.					
12. Cuando alguien está muy enojado(a) acerca de algo y luego rápidamente se vuelve tranquilo.					
13. Cuando alguien me ve con los ojos se como una mosca en la cara.					
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 cierto tiempo me siento bastante relajado(a).					
17. Normalmente me siento tranquilo(a) y de pronto de un momento a otro, me enfurezco sin saber por qué.					
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 haciendo un puñete o una cachetada.					
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.					
21. Si alguien me levanta la voz, le 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 insulte o insulte a mi familia está haciendo peles.					
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 golpeo a otros (a) cuando el (ella) me insulta primero.					
29. Cuando estoy enojado (a) me siento como si quisiera golpear a alguien.					
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 el (ella).					
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito.					
33. Cuando me enojan digo cosas feas.					
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo.					
35. Cuando discuto rápidamente abo la voz.					
36. Cuando estoy enojado (a), no digo malas palabras, ni maldades.					
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 agitar el objeto más cercano a mí y romperlo.					
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.					
41. Me molesta lo suficiente como para arrojar objetos.					

26-1

Perfil diagnostico

CATEGORIAS	PUNTAJE DIRECTO DE IRRITABILIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COLERA	PUNTAJE DIRECTO DE AGRESION	TOTAL
Muy bajo				
Bajo				
Promedio bajo				
Promedio				
Promedio alto				
Alto				
Muy alto				

1. Comparar las respuestas del adolescente y la clave de respuestas
2. Sumar las puntuaciones del numero 1 al 11 correspondiente al área de Irritabilidad, del 12 al 18, referente al área de Colera, 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 ubiquen en la **Categoría de Promedio** en cualquiera de las áreas serán interpretados como respuestas de **personas que tienden a responder con ciertos descontroles de Irritabilidad, Colera 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, Colera y Agresividad.**
 - c. Los puntajes que se ubiquen en las Categorías Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como de personas que presentan mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Colera o Agresividad

$\therefore 1.5 \text{ cm} \rightarrow$

1.5 cm —

03

21
A

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

FECHA: día mes año

I.*

DATOS GENERALES

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

Lugar de nacimiento: _____ Pertenencia: _____

Grado de instrucción: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Accidentalidad: _____ Nivel: _____ Inestabilidad (SI/NO): _____ Dirección: _____

ANTECEDENTES

Personales	SI	NO	NI SE	Personales	SI	NO	NI SE	Familiares	SI	NO	NI SE
Tuberculosis				Comunicaciones				Tuberculosis			
IRA				Alergias				Hepatitis			
Inf. Transm. Sexual				Hospitalización				DM			
VH/SIDA				Interv. Quirúrgica				HTA			
ITU				Transfusiones				Infarto			
Hipertensión				Accidentes				Cáncer			
Diabetes				Cáncer de mama				Depresión			
HTA				Patología preñatal				Abus. Psiquiátrico			
Sobrepeso				Discapacidad				Alcoholismo			
Dislipidemia (colesterol)				Riesgo respiratorio				Otros			

Medicamento de uso frecuente: No ☐ Si ☐

otras: _____

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES	SI	NO	PSICOSOCIAL	SI	NO	Consumos	SI	NO
ESTUDIO			Tiene amigos			Consumo tabaco		
Estudia?			Tiene pareja			Consumo alcohol		
NIVEL			Tiene hermanos			Consumo drogas		
No escolarizado			Pertenencia en Grupos Juveniles			Sufre violencia		
Primaria			Estas asiste (s)			Sufre abuso sexual		
Secundaria			Estas deprimido (s)			Vive violencia política		
Superior			Conducta suicida			Otros		
LABORALES			Explotación					
Trabaja?								
Remunerado								
T. Completo								

SEXUALIDAD: Estado de sexo derivación sexual ☐ Número de parejas sexuales en el último año ☐

Uso sistemático de condón: SI ☐ NO ☐ Diferencia: SI ☐ NO ☐

Exposición preñal: SI ☐ NO ☐ Anegamia: SI ☐ NO ☐

Menarquia: _____ Fecha de última regla: _____ R/C: _____ Demandas: SI ☐ NO ☐

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

Hijos vivos: ☐

	N°	Alto	CPN	Complicación	Peso	Peso RN	Complicaciones de Puérperal
Gestación							
Gestación							
Gestación							

APÉLIDOS Y NOMBRE: _____

[illegible]



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

Colocar S: o check, N: o aspa.

[illegible]

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

[illegible]

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES

CONSULTA

CONSULTA



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

ESCALA DE SALUD PERSONAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____
SEXO: _____ CARGO: _____
DOMICILIO: _____ FECHA: _____

Indique con un aspa la frecuencia con la cual ha experimentado lo siguiente durante el MES PASADO (desde hace 8 semanas hasta la fecha).

	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Se ha sentido triste o preocupado por la vida?			
2. ¿Se ha sentido o preocupado con el futuro?			
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. ¿Se ha sentido desanimado o sin ganas de vivir?			
10. ¿Se ha sentido agotado, incapaz de realizar o cumplir con sus obligaciones profesionales?			
PUNTAJE TOTAL			

Determinación de la Puntuación: Un puntaje ≥ 8 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

FORMA DE RESPUESTA

ESTABLECIMIENTO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO

DIRECCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?

2. ¿Tiene mal apetito?

3. ¿Duerme mal?

4. ¿Se cansa con facilidad?

5. ¿Siente ansiedad con frecuencia?

6. ¿Se siente nervioso o temeroso?

7. ¿Sufrir de mala digestión?

8. En momentos de estrés se preocupa demasiado?

9. ¿Se siente triste?

10. ¿Llora a veces? ¿Con mucha frecuencia?

11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?

14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?

15. ¿Ha perdido interés en las cosas?

16. ¿Se siente aburrido?

17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:

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

16

A2

15



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

19. ¿Siente usted que alguien lo tratado de burla de alguna forma?	SI	NO
20. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22. ¿Hay cosas en su vida de donde vienen o que otras personas no pueden ver?	SI	NO
23. ¿Ha tenido conchas, rasguños o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con movimientos de la lengua o pausas (del comportamiento)?	SI	NO
24. ¿Alguna vez en los últimos 12 meses, sus amigos, su familia o su comunidad lea usted cosas peligrosas o dañadas?	SI	NO
25. ¿Alguna vez ha pensado dejar de beber, pero no ha podido?	SI	NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en su trabajo o en el estudio, a causa de la forma como trabaja en el trabajo o colegio o taller o casa?	SI	NO
27. ¿Ha estado en riesgo o no ha estado estando en riesgo?	SI	NO
28. ¿Se ha pasado alguna vez que usted no ha dormido?	SI	NO
29. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

- Las preguntas dieciocho (18) preguntas, se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc. y se refieren a trastornos de moderada a alta intensidad como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc. y se refieren a trastornos de moderada a alta intensidad como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc.
- Las preguntas del dieciocho (18) al veintidós (22) son indicativas de trastornos psiquiátricos, como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc. y se refieren a trastornos de moderada a alta intensidad como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc.
- La respuesta positiva a la pregunta veintidós (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno psiquiátrico.
- Las preguntas del veintidós (24) al veintiocho (28) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, drogas, etc. y se refieren a trastornos de moderada a alta intensidad como: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, etc.

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

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

Item	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 o más veces a la semana.
2.- ¿Cuántas veces bebe usted seis o más tragos?	0. Uno o dos. 1. Tres o cuatro. 2. Cinco o seis. 3. Siete u ocho. 4. Diez o más.
3.- ¿Cuántas veces toma usted seis o más 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. Frecuentemente 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. Frecuentemente 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. Frecuentemente 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. Frecuentemente 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. Frecuentemente o casi diariamente.
8.- ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó 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. Frecuentemente 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.- ¿Algún familiar, amigo, médico u otras personas de sereno, se ha preocupado que usted consuma demasiado alcohol, 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).

Adaptado de: NTS N° 139-MINSA/2018/OGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Capítulo 10.51, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Capítulo 10.51, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Capítulo 10.51.

13

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

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Fecha: _____ Departamento: _____ Provincia: _____
 Distrito: _____
 DIRECCIÓN: _____ RCU: _____ Microdistrito: _____ ETS: _____
 Servicios: Subsalud ☐ Ginecología ☐ Medicina ☐ UPEL/Inmunizaciones ☐ Emergencia ☐ Otro: _____
 Registros y sistemas de información: _____
 Tipo: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Nombre del agresor(a): _____ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Para ser utilizada en establecimientos de salud que atiendan personas que han sido víctimas de violencia de género, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las preguntas de exploración inicial.

N°	PREGUNTAS DE EXPLORACIÓN INICIAL	RESPUESTAS																																	
1	¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
2	¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
3	¿Quién es?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
4	¿Cuándo fue la última vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
5	¿Te castiga tu papa o mamá?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
6	¿Alguna persona extraña o de tu propia familia, te ha tocado de manera desagradable? ¿Cuándo es?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
7	¿Desde cuándo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
8	¿Cuánto fue la última vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																	
9	Marque con (X) todos los indicadores de maltrato que observe en todos los casos de niñas, adolescentes, mujeres y hombres que:																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FÍSICAS</th> <th>Reflexivos</th> <th>SEXUALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Fracturas inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Lesiones de vulva, peneo</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Lesiones en la mejilla</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Queloides crónicos sin causa</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>de sueño (mucho sueño)</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Exposición ocular</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Perforación</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Extrema falta de</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> <tr> <td>Intelecto, depresión o angustia</td> <td>Lesiones inexplicables</td> <td>Lesiones inexplicables</td> </tr> </tbody> </table>			FÍSICAS	Reflexivos	SEXUALES	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Fracturas inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones de vulva, peneo	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones en la mejilla	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Queloides crónicos sin causa	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	de sueño (mucho sueño)	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Exposición ocular	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Perforación	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Extrema falta de	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Intelecto, depresión o angustia	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables
FÍSICAS	Reflexivos	SEXUALES																																	
Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Fracturas inexplicables	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Lesiones de vulva, peneo	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Lesiones en la mejilla	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Queloides crónicos sin causa	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
de sueño (mucho sueño)	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Exposición ocular	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Perforación	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Extrema falta de	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	
Intelecto, depresión o angustia	Lesiones inexplicables	Lesiones inexplicables																																	

107

13



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

Fecha: ____/____/____

DISA

Establecimiento:

Services

Emergencia

Prescriptions

Caribaea astreuteracea

CREO

Chen

Nombre y Apellido del Usuario:

Edard

Sixty

Masculino

Experiment 1

Discussion

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Debemos a que la violencia formativa no dañe para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos trabajando y los resultados lo demuestran, estas son estas algunas de las partes que nos vienen en la memoria, de la experiencia, por favor, cuando a veces, preguntan.

4. No missed or ill answers.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

Naevi pigmentosi e melanomi del facciale

Mayor conciencia de todos los indicadores de maltrato que ocurren

[illegible]

100


12

4

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO										4
CONSULTA										
FECHA:		HORA:		Edad:						
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:				
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Animo:				
Orina:		Deposiciones:								
Ex Físico:	T°:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:			
DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO:				
						Exámenes auxiliares				
						Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:						Firma y Sello				
Atendido por:						(Colegio Prof.)				
Observación:										
CONSULTA										
FECHA:		HORA:		Edad:						
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:				
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Animo:				
Orina:		Deposiciones:								
Ex Físico:	T°:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:			
DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO:				
						Exámenes auxiliares				
						Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:						Firma y Sello				
Atendido por:						(Colegio Prof.)				
Observación:										
APELLIDOS Y NOMBRE						N°				

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO										4
CONSULTA										
FECHA:		HORA:		Edad:						
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:				
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Animo:				
Orina:				Deposiciones:						
Ex. Físico	T°	P.A.	FC	FR	Peso:	Talla:	IMC:			
DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO:				
						Exámenes auxiliares				
						Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:						Firma y Sello				
Atendido por:						(Colegio Prof.)				
Observación:										
CONSULTA										
FECHA:		HORA:		Edad:						
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:				
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Animo:				
Orina:				Deposiciones:						
Ex. Físico	T°	P.A.	FC	FR	Peso:	Talla:	IMC:			
DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO:				
						Exámenes auxiliares				
						Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:						Firma y Sello				
Atendido por:						(Colegio Prof.)				
Observación:										
APELLIDOS Y NOMBRE										
N°										

10 A



HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

1

LISTA DE PROBLEMAS

Nº	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				


Nº	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL				
2	VACUNACIONES				
3	EVALUACIÓN BUCAL				
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				
7	VISITA DOMICILIARIA				
8	TEMAS EDUCATIVOS				
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS				

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº

 **HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO**

FECHA: día mes año DIRECCIÓN: N°

DATOS GENERALES

Apellidos: Nombres: Sexo: M ☐ F ☐ Edad: F. Nac: Grupo Sanguíneo: Rta: Lugar de Nacimiento: Procedencia: Estado civil: Ocupación: Gº de Instrucción: Acompañante o cuidador: Edad: Identificación (DNI): Dirección:

ANTECEDENTES

Personales	si	no	Ign	Personales	si	no	Ign	Familiares	si	no	Ign
Tuberculosis				Consumo de tabaco				Tuberculosis			
Inf. Transmisión Sexual				Consumo de alcohol				VIIH – SIDA			
VIIH – SIDA				Consumo otras drogas				ITS			
Hepatitis				Hospitalización				Hepatitis			
Diabetes				Interv. Quirúrgica				DEM			
HTA				Transfusiones				HTA			
Sobrepeso				Cáncer				Infarto			
Infarto cardíaco				<input type="checkbox"/> Cáncer de mama				Cáncer			
Dislipidemia (colesterol)				<input type="checkbox"/> Patología prostatica				Depresión			
Enf. renal				Discapacidad				Prob. Puérperales			
Glaucoma				Riesgo Ocupacional				Otros			
Convulsiones				Violencia Familiar							
Depresión				Violencia Política							
Equilibrio											

Descripción de convulsiones y otros:

Reacción Alérgica a Medicamento: no ☐ si ☐ Medicamento de uso frecuente: no ☐ si ☐ (dosis, tiempo de uso u otra observación)


Sexualidad: Edad de inicio de la vida sexual: Hijos vivos: Número de parejas sexuales últimas 4 meses: RS con personas del mismo sexo:

Menarquia: Fecha de última regla: RUC: / / Dismenorrea: si ☐ no ☐ Embarazo: Parto: Prematuro: Aborto: Gestación: Gestación: Gestación:

APELLIDOS Y NOMBRES

Ign = Ignora o desconoce

9 C
 3



HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES	
CADA CONSULTA	FECHA:
Fiebre en el último mes Tos más de 15 días Secreción o lesión en genitales Fecha de última regla	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
PERIÓDICAMENTE	
Frecuencia: Índice de masa corporal (P/T) Presión Arterial Vacunas: Antitetánica (3 dosis) antiamarilica (zona de riesgo) contra la hepatitis B (3 dosis)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Examen bucal: Encías Caries dental Edentulismo parcial o total Portador de prótesis dental Estado de higiene dental Urgencia de tratamiento	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Examen: visual (> 40 años) de colesterol (> 45 años) de glucosa de mamografía y PAP mamografía (> 50 años)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Psicosocial: Ansiedad - depresión Violencia Familiar Violencia política	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Hábitos: Actividad Física Uso de alcohol Uso de tabaco Uso de drogas	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Sexualidad: Actividad sexual Planificación familiar	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRES	
CADA CONSULTA	FECHA:
Fiebre en el último mes Tos más de 15 días Secreción o lesión en genitales	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
PERIÓDICAMENTE	
Frecuencia: Índice de masa corporal (P/T) Presión Arterial (No es hipertensión)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Vacunas: Antitetánica (zona de riesgo) antiamarilica (zona de riesgo) contra la hepatitis B (3 dosis)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Examen bucal: Encías Caries dental Edentulismo parcial o total Portador de prótesis dental Estado de higiene dental Urgencia de tratamiento	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Examen: visual (> 40 años) de colesterol (> 35 años) de glucosa próstata (> 50 años)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Psicosocial: Ansiedad - depresión Violencia Familiar Violencia política	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Hábitos: Actividad Física Uso de alcohol Uso de tabaco Uso de drogas	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>
Sexualidad: Actividad sexual Planificación familiar	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>COMENTARIO</div> </div>

Nota: se puede utilizar S o check, NO o ungu, no (no) mal o así (anormal), bueno, regular, malo o valores

APELLIDOS Y NOMBRE:

N°

D



GOBIERNO REGIONAL
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO

4

CONSULTA									
FECHA:		HORA:		Edad:		Tiempo de Enfermedad:			
Motivo de consulta:									
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:			
Orina:		Deposiciones:							
Ex. Físico	TP:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO:				
					Exámenes auxiliares:				
					Referencia (lugar y motivo)				
Proxima Cita:					Firma y Sello:				
Atendido por:					(Colegio prof.)				
Observación:									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		Edad:		Tiempo de Enfermedad:			
Motivo de consulta:									
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:			
Orina:		Deposiciones:							
Ex. Físico	TP:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO:				
					Exámenes auxiliares:				
					Referencia (lugar y motivo)				
Proxima Cita:					Firma y Sello:				
Atendido por:					(Colegio prof.)				
Observación:									
APELLIDOS Y NOMBRES:									

TRAMIENTOS EFECTUADOS

14



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

COMPONENTE DE SALUD BUCA

M.C.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

NOMBRE(S)

CENTRO EDUCATIVO

GRADO/
SECCION

COMICILIO

(Localidad, Distrito y Provincia)

FECHA	EXAMEN Nº 1				EXAMEN Nº 2			
	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Lelias	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Corbis	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Pelodar	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Lenjus	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.	Sano	Enf.
ATM	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso
Olivider	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso
Corudas	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso	Normal	Ateroso
Pierdas								
Entroc Indic								
Oburadu								
Indice de Caries								
Uno del capilo	Hab.	Ocul	Nunca	Hab.	Ocul	Nunca	Hab.	Ocul
DI-5	Piezo	DI-5	Piezo	DI-5	Piezo	DI-5	Piezo	DI-5
Deteccion de placa blanda y calcificada	17-16	17-16	17-16	17-16	17-16	17-16	17-16	17-16
Indice Div C-5	18-21	18-21	18-21	18-21	18-21	18-21	18-21	18-21
Indice de HIO - 5	26-27	26-27	26-27	26-27	26-27	26-27	26-27	26-27
Indice de HIO - 5	36-37	36-37	36-37	36-37	36-37	36-37	36-37	36-37
Indice de HIO - 5	31-41	31-41	31-41	31-41	31-41	31-41	31-41	31-41
Indice de HIO - 5	46-47	46-47	46-47	46-47	46-47	46-47	46-47	46-47
Estado de Higiene	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular

EXAMEN Nº 1



EXAMEN Nº 2



DIAGNOSTICO (S)

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES

☐ SI ☐ No ☐ Americana ☐ SI ☐ No ☐ Puertorriqueño ☐ SI ☐ No
☐ SI ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No

3 tags = Diente por extraer

X tag = Diente extraído

• rojo = Diente que infla

• azul = Diente que se cae

1

19

[illegible]

5

Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor

Ministerio de Salud		3	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			
II. VALORACIÓN MENTAL			
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error			
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	<input type="text"/>	VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL <input type="checkbox"/> DC LEVE <input type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> DC: Deterioro Cognitivo	
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>		
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>		
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>		
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>		
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>	Nota: Colocar un punto por cada error. A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo. E = errores. - No Deterioro Cognitivo: 0 a 2 E - Deterioro Cognitivo Leve: 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado: 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo: 8 a 10 E	
¿Dónde nació?	<input type="text"/>		
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>		
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>		
Digame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>		
Restar de 3 a 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)		<input type="text"/>	
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)			
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	(Colocar una marca (X) a lo correspondiente)	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 a 1 marca) <input type="checkbox"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 a 9 marcas) <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Siente desánimo o se siente impotenciado respecto a actividades e intereses?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR			
Pts 1. SITUACIÓN FAMILIAR		Pts 2. SITUACIÓN ECONÓMICA	
1. Vive con familia, sin conflicto familiar		1. Dos veces el salario mínimo vital	
2. Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica		2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	
3. Vive con cónyuge de similar edad		3. Un salario mínimo vital	
4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima		4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)		5. Sin pensión, sin otros ingresos	
Pts 3. VIVIENDA		Pts 4. RELACIONES SOCIALES	
1. Adecuada a las necesidades		1. Mantiene relaciones sociales en la comunidad	
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas, etc.)		2. Relación social solo con familia y vecinos	
3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)		3. Relación social solo con la familia	
4. Vivienda semi construida o de material rustico		4. No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	
5. Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda		5. No sale del domicilio y no recibe visitas	
Pts 5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)		VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR	
1. No necesita apoyo		<input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social	
2. Requiere apoyo familiar o vecinal		<input type="checkbox"/> Existe riesgo social	
3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social		<input type="checkbox"/> Existe problema social	
4. No cuenta con Seguro Social		5 a 6 pts Buena/aceptable situación social.	
5. Situación de abandono familiar		10 a 14 pts Existe riesgo social.	
		215 pts Existe problema social.	
APELLIDOS Y NOMBRES:		N° HC	

21

65

Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor

Ministerio de Salud		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR												4
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR														
CADA CONSULTA		FECHA:												Comentario
Fiebre en los últimos 15 días														
Tos por más de 15 días														
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:												Comentario
Vacunas:														
Antitetánica (3 dosis)														
Antitetánica (zona de riesgo)														
Antihépatitis B (3 dosis)														
Antinfluenza (anual)														
Antineumocócica (Cada 5 años)														
Hábitos y Estilo de Vida														
(Colocar Si o No)														
Consumo de alcohol														
Consumo de tabaco														
Actividad Física														
Salud bucal														
(Colocar Si o No)														
Control de Salud Bucal en el último año														
Otras exámenes:														
<input type="checkbox"/> Mamas														
<input type="checkbox"/> Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)														
<input type="checkbox"/> Mamografía (c/ 2 años)														
<input type="checkbox"/> Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA														
<input type="checkbox"/> Densitometría														
Laboratorio Básico														
Hemograma completo														
Glucosa														
Urea														
Creatinina														
Colesterol														
Triglicéridos														
Examen de orina														
Síndromes y Problemas Geriátricos														Comentario
(Colocar Si o No)														
Vértigo-marino														
Delirio														
Síncope														
Dolor crónico														
Deprivación Auditiva														
Deprivación Visual														
Insomnio														
Incontinencia urinaria														
Prostatismo (síntomas prostáticos)														
Estreñimiento														
Úlceras de presión														
Inmovilización														
Caídas:														
Caídas en el último año														
Caídas (Número de caídas: _____)														
Fracturas														
APELLIDOS Y NOMBRE:												N° HC:		

[illegible]



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

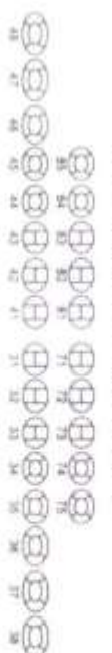
D.N.I.:
COMPONENTE DE SALUD BUCAL
H.C.

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO EDAD GRADO / SECCIÓN
CENTRO EDUCATIVO
DOMICILIO

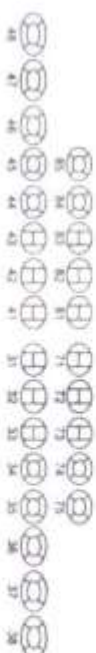
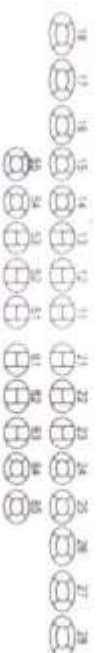
(Localidad, Distrito y Provincia)

FECHA	EXAMEN N° 1			EXAMEN N° 2		
	ENCA	ENF	SANO	ENF	ENF	ENF
LABIOS	SANO	ENF	SANO	ENF	ENF	ENF
CARILLOS	SANO	ENF	SANO	ENF	ENF	ENF
PALADAR	SANO	ENF	SANO	ENF	ENF	ENF
LENGUA	SANO	ENF	SANO	ENF	ENF	ENF
ATM	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA	ALTERADA	ALTERADA
OCLUSION	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADA	ALTERADA	ALTERADA
CAVIDADES						
PERDIDAS						
ESTRUC. INDIC. OBTURADAS						
Indice de Caries						
Uso del Cepillo						
Detección de placa blanda y calcificada	Hab.	Ocas	Nunca	Hab.	Ocas	Nunca
	D-S	PIEZAS	CH-S	D-S	PIEZAS	CH-S
		17-18			17-18	
		11-21			11-21	
		26-27			26-27	
Indice de H-O-S		36-37			36-37	
		31-41			31-41	
Indice de H-O-S						
Estado de Higiene						
	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala

EXAMEN N° 1



EXAMEN N° 2



X rojo = Pieza por extraer
X azul = Pieza extraída
rojo = Caries por tratar
azul = Curación realizada

DIAGNOSTICO (S)

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES

Alergias: ☐ SI ☐ NO Anestesia: ☐ SI ☐ NO
Hemorragias: ☐ SI ☐ NO Periclasia: ☐ SI ☐ NO

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

[illegible]

NOMBRE DEL PACIENTE _____

HISTORIA CLÍNICA:

SEXO

ETAD:

FIGURE 1

Age Group	Percentage
18-24	3.8
25-34	3.2
35-44	2.8
45-54	2.5
55-64	2.2
65-74	1.8
75-84	1.5
85+	1.2

[illegible][illegible]

Journal of Management Education 32(1)

FIRMA Y SELLO DEL C.D.

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETAS ÚNICAS ESTANDARIZADAS PARA LAS PRESTACIONES DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1.- ÁREA SOLICITANTE

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma y Oficina de SISMED

2.- DENOMINACION DEL SERVICIO

Servicio de Impresión de Recetas Únicas Estandarizadas para las prestaciones de salud en el ámbito de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3.- OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Abastecer de forma oportuna las Recetas Únicas Estandarizadas 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 PÚBLICA

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 en el periodo 2023

5.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

Servicio de Impresión de RECETARIOS

- Papel químico (autocopiativo-01 copia)
- Original y copia en papel auto copiable (celeste)
- Tamaño de A5
- Presentación: En blocks de 100 hojas (desglosables), numeración según ANEXO A.
- Las recetas son personalizadas para cada establecimiento con su respectivo nombre CENTRO DE SALUD Y/O PUESTO DE SALUD según el adjunto ANEXO A


a) Descripción del servicio según el siguiente cuadro:

N°	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	BLOCK	CANTIDAD DE BLOCK	CANTIDAD POR IPRESS	MODELO
1	Receta Única Estandarizada	Papel químico, tamaño de hoja A5 Letras color negro (utilizar tinta seca) La cantidad de recetarios a empaquetar serán de acuerdo al anexo que acompaña al requerimiento	block de 100	30,610.00	SEGUN ANEXO A	ANEXO B
TOTAL, DE RECETARIOS /BLOCK				30,610.00	= 3 061,000. Unid de RECETARIOS	

b) De la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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 Establecimiento de salud)

 <p>GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA CORPORACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS REGIONALES</p>	RECETA UNICA ESTANDARIZADA MICRORED VITOR	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N°</div>
	CENTRO DE SALUD VITOR	
	<p>RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA</p>	

 <p>GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA CORPORACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS REGIONALES</p>	RECETA UNICA ESTANDARIZADA MICRORED VITOR	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N°</div>
	PUESTO DE SALUD YURAMAYO	
	<p>RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA</p>	

NOTA: El modelo del RECETARIO podrá tener ligeras actualizaciones las cuales serán comunicadas al proveedor ganador el día de la firma del contrato y/o orden de servicio.

5.1 REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con el Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.
- Contar con Registro Único de Contribuyente (RUC) activo y habido.
- No tener impedimento para contratar con el estado.

Requisitos

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 165 197.50 (ciento sesenta y cinco mil ciento noventa y siete con 50/100 soles) y/o una (1) vez el valor referencial por el servicio de impresión 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.

Acreditación

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia del 25% S/. 41 299.38 (cuarenta y un mil doscientos noventa y nueve con 38/100 soles) y/o el valor referencial por el servicio de impresión igual o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran servicios similares a los siguientes: (SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FOLLETOS, CARNET, DIPTICO, GIGANTOGRAFIAS, FORMATOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL y SERVICIOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL.)

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicio, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii)

comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con vócher 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.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

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

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

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado",

debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no

se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

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

Cuando en los contratos, órdenes de servicio 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 servicio o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

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

6. PLAZO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

La presente contratación se realizará en UNA (1) entrega a los 20 días calendarios contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de **RECETA UNICAS ESTANDARIZADA** para la impresión.

CRONOGRAMA DE ENTREGA			
ENTREGA UNICA	100%	RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS	A LOS 20 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE DE LA ACEPTADO EL DISEÑO DE FUA

Nota:

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 DISEÑO de RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS (diseño)

8.- SISTEMA DE CONTRATACION

El sistema de Contratación será Suma alzada

9.- GARANTIA MINIMA DEL SERVICIO

GARANTIA COMERCIAL:

Las impresiones adquiridas contarán con un mínimo de (06) meses, contados a partir de internarlo en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria

REPOSICIÓN DE IMPRESIONES DEFECTUOSAS:

De existir observaciones, el área usuaria las consignará en el Acta respectiva, indicándose claramente el sentido de éstas. Con estas observaciones, la Oficina de Logística, notificará al CONTRATISTA. Una vez recibida la notificación, el proveedor reemplazará las impresiones defectuosas, sin costo alguno para la Red de Salud Arequipa Caylloma dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes a la notificación.

10.- FORMA DE PAGO

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Soles (S/), en UN PAGO UNICO, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.

- Recepción por parte del responsable de Almacén.
- Informe de conformidad de la Oficina de Seguros
- Comprobante de pago.
- Guía de Remisión, con el recibo conforme por el Área Usuaria y Responsable de Almacén.

11.- PRESTACIONES ACCESORIAS

- ✓ Antes de Imprimir se deberá coordinar la conformidad del diseño de los formatos con el área usuaria al siguiente correo electrónico: segurosrsac@gmail.com o al cel. 958445338
- ✓ El contratista es el único responsable ante la entidad por el cumplimiento de la entrega bajo las condiciones establecidas en los presentes Términos de Referencia, no pudiendo transferir esas responsabilidades a los transportistas, a otras entidades o terceros en general.

- ✓ El postor que obtenga la buena pro es responsable que todo el material a ser transportado sea adecuadamente embalado con precintos de seguridad y protegidos contra daños que puedan ocurrir durante el transporte.
- ✓ El Área Usuaria y Almacén verificará las características, calidad y cantidad de las impresiones. La verificación de las impresiones se efectuará teniendo en cuenta los atributos ofrecidos en su propuesta técnica, de conformidad con los presentes
- ✓ Términos de Referencia, en caso encontrar cualquier defecto será comunicado inmediatamente al proveedor indicando la naturaleza del defecto.
- ✓ El empaste de cada block de formatos deberá estar rotulado en orden correlativo en el lugar visible y etiquetado en cada caja o paquete.

12.- ADELANTOS

No aplica.

13.- CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio será otorgada por la Oficina de Seguros como área usuaria, previa recepción de almacén.

14.- CONFIDENCIALIDAD

El proveedor deberá guardar confidencialidad sobre los aspectos relacionados a la prestación, no encontrándose autorizado por la entidad para divulgación de información.

15.- COMPROMISO 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 al 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.

16.- PENALIDAD

Si el proveedor incurre en retraso injustificado en la ejecución y prestación del servicio, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Donde:

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

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

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado y motivado.

Las penalidades se computan desde el día siguiente de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, la Entidad podrá resolver la orden de servicio por incumplimiento.


Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora, la Entidad puede resolver el contrato por incumplimiento.

17.- RESPONSABILIDAD DE LOS VICIOS OCULTOS

El proveedor es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad. La recepción conforme a la entidad no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

18.- RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO INJUSTIFICADO

La entidad podrá resolver la orden de servicio y/o contrato cuando el proveedor, habiendo ejecutado

 el servicio en el plazo previsto, éste manifiestamente no cumple con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso se considerará como no ejecutada la prestación y podrá procederse con dejar sin efecto la contratación, sin perjuicio de la aplicación de las penalidades

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	00001	30000.00	300
2	PUESTO DE SALUD CANOCOTA	MILLAR	00001	10000.00	100
3	PUESTO DE SALUD ACHOMA	MILLAR	00001	15000.00	150
4	PUESTO DE SALUD COPORAQUE	MILLAR	00001	15000.00	150
5	PUESTO DE SALUD ICHUPAMPA	MILLAR	00001	15000.00	150
6	PUESTO DE SALUD LARI	MILLAR	00001	15000.00	150
7	PUESTO DE SALUD MACA	MILLAR	00001	15000.00	150
8	PUESTO DE SALUD MADRIGAL	MILLAR	00001	15000.00	150
9	PESTO DE SALUD YANQUE	MILLAR	00001	15000.00	150
10	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOSOQ GALLARY	MILLAR	0001	15000.00	150
MICRORED CALLALI					
11	CENTRO DE SALUD CALLALI	MILLAR	00001	30000.00	300
12	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE SIBAYO	MILLAR	00001	15000.00	150
13	PUESTO DE SALUD TISCO	MILLAR	00001	15000.00	150
14	PUESTO DE SALUD COTACOTA	MILLAR	00001	15000.00	150
15	PESTO DE SALUD TUTI	MILLAR	00001	15000.00	150
16	PUESTO DE SALUD CHALHUANCA	MILLAR	00001	15000.00	150
17	PUESTO DE SALUD TARUCAMARCA	MILLAR	00001	15000.00	150
MICRORED CABANA CONDE					
18	CENTRO DE SALUD CABANA CONDE	MILLAR	00001	30000.00	300
19	PUESTO DE SALUD PINCHOLLO	MILLAR	00001	15000.00	150
20	PUESTO DE SALUD HUAMBO	MILLAR	00001	15000.00	150
21	PUESTO DE SALUD TAPAY	MILLAR	00001	15000.00	150
22	PUESTO DE SALUD CHOCO	MILLAR	00001	10000.00	100
MICRORED CAYLLOMA ALTA					
23	CENTRO DE SALUD CAYLLOMA	MILLAR	00001	30000.00	300
24	CENTRO DE SALUD CAYARANI	MILLAR	00001	30000.00	300
25	PUESTO DE SALUD TOLCONI	MILLAR	00001	15000.00	150
26	PUESTO DE SALUD JACHAÑA	MILLAR	00001	15000.00	150
27	PUESTO DE SALUD ARCATA	MILLAR	00001	15000.00	150
MICRORED FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA					
28	CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI	MILLAR	00001	50000.00	500
29	PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUDE	MILLAR	00001	15000.00	150
30	PUESTO DE SALUD LA TOMILLA	MILLAR	00001	15000.00	150
31	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CAYMA	MILLAR	2001	25000.00	250
MICRORED MARISCAL CASTILLA					
32	CENTRO DE SALUD MARISCAL CASTILLA	MILLAR	00001	30000.00	300
33	PUESTO DE SALUD JOSE SANTOS ATAHUALPA	MILLAR	0001	15000.00	150
34	CENTRO DE SALUD SEMI RURAL PACHACUTEC	MILLAR	00001	25000.00	250
35	PUESTO DE SALUD EL CURAL	MILLAR	00001	10000.00	100
MICRORED CERRO COLORADO					
36	CENTRO DE SALUD CERRO COLORADO	MILLAR	00001	30000.00	300
37	CENTRO DE SALUD ALTO LIBERTAD	MILLAR	00001	25000.00	250
38	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN MARTIN DE PORRES	MILLAR	00001	5000.00	50
MICRORED ALTO CAYMA					
39	CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA	MILLAR	00001	30000.00	300
40	PUESTO DE SALUD SAN JOSE (CASIMIRO C.)	MILLAR	00001	15000.00	150
41	PUESTO DE SALUD DEAN VALDIVIA	MILLAR	00001	15000.00	150
MICRORED ZAMACOLA					

29

42	CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ -ZAMACOLA	MILLAR	00001	50000.00	500
43	CENTRO DE SALUD CIUDAD MUNICIPAL	MILLAR	00001	30000.00	300
44	PUESTO DE SALUD NAZARENO	MILLAR	00001	15000.00	150
45	PUESTO DE SALUD PERUJARBO	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED YANAHUARA				
46	CENTRO DE SALUD YANAHUARA	MILLAR	00001	30000.00	300
47	PUESTO DE SALUD SACHACA	MILLAR	00001	15000.00	150
48	PUESTO DE SALUD PAMPA DE CAMAIONES	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED CIUDAD DE DIOS				
49	CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS	MILLAR	00001	30000.00	300
50	PUESTO DE SALUD YURA	MILLAR	00001	15000.00	150
51	PUESTO DE SALUD IMATA	MILLAR	00001	15000.00	150
52	PUESTO DE SALUD SUMBAY - CHASQUIPAMPA	MILLAR	00001	15000.00	150
53	PUESTO DE SALUD PILLONES	MILLAR	00001	15000.00	150
54	PUESTO DE SALUD HUANCA	MILLAR	00001	15000.00	150
55	PUESTO DE SALUD LLUTA	MILLAR	00001	15000.00	150
56	PUESTO DE SALUD TAYA	MILLAR	00001	15000.00	150
	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ALLIN KAY- YURA				
57	CENTRO DE SALUD SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL	MILLAR	00001	8000.00	80
	MICRORED SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL				
58	CENTRO DE SALUD SANDRITA PEREZ - EL PEDREGAL	MILLAR	00001	50000.00	500
59	PUESTO DE SALUD ASENTAMIENTO B-1	MILLAR	00001	15000.00	150
60	PUESTO DE SALUD ASENTAMIENTO B-2	MILLAR	00001	15000.00	150
61	CENTRO DE SALUD LA COLINA	MILLAR	00001	25000.00	250
62	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE SIGUAS - TAMBILLO	MILLAR	00001	10000.00	100
63	PUESTO DE SALUD SANTA ISABEL DE SIGUAS	MILLAR	00001	15000.00	150
64	PUESTO DE SALUD PITAY	MILLAR	00001	10000.00	100
65	PUESTO DE SALUD QUERQUE	MILLAR	00001	15000.00	150
66	PUESTO DE SALUD SONDOR	MILLAR	00001	15000.00	150
	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MAJES				
67	CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI	MILLAR	1001	25000.00	250
	MICRORES EDIFICADORES MISTI				
68	CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI	MILLAR	00001	50000.00	500
69	CENTRO DE SALUD MIRAFLORES	MILLAR	00001	25000.00	250
70	CENTRO DE SALUD PORVENIR- MIRAFLORES	MILLAR	00001	25000.00	250
71	CENTRO DE SALUD MATEO PUMACAHUA	MILLAR	00001	25000.00	250
72	PUESTO DE SALUD TOMASA TITO CONDE MAYTA	MILLAR	00001	15000.00	150
	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MIRAFLORES				
73	CENTRO DE SALUD MIRAFLORES	MILLAR	1001	20000.00	200
	MICRORED AMPLIACION PAUCARPATA				
74	CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA	MILLAR	00001	50000.00	500
75	CENTRO DE SALUD MANUEL PRADO	MILLAR	00001	25000.00	250
76	CENTRO DE SALUD NUEVA ALBORADA	MILLAR	00001	25000.00	250
77	CENTRO DE SALUD CAMPO MARTE	MILLAR	00001	25000.00	250
	MICRORED CIUDAD BLANCA				
78	CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA	MILLAR	00001	50000.00	500
79	PUESTO DE SALUD ALTO JESUS	MILLAR	00001	15000.00	150
80	PUESTO DE SALUD VILLA JESUS	MILLAR	00001	15000.00	150
81	PUESTO DE SALUD ISRAEL	MILLAR	00001	15000.00	150
82	CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE CIUDAD BLANCA	MILLAR	00001	25000.00	250

78	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELEN	MILLAR	10000	25000.00	250
	MICRORED ALTO SELVA ALEGRE				
79	CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE	MILLAR	00001	30000.00	300
80	CENTRO DE SALUD APURIMAC	MILLAR	00001	25000.00	250
81	CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA	MILLAR	00001	25000.00	250
82	PUESTO DE SALUD LEONES DEL MISTI	MILLAR	00001	15000.00	150
83	PUESTO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA	MILLAR	00001	15000.00	150
84	PUESTO DE SALUD HEROES DEL CENEP	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED ALTO SAN MARTIN				
85	CENTRO DE SALUD GENERALISIMO SAN MARTIN	MILLAR	00001	50000.00	500
86	PUESTO DE SALUD JERUSALEN	MILLAR	00001	15000.00	150
87	PUESTO DE SALUD EL MIRADOR	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED 15 DE AGOSTO				
88	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO	MILLAR	00001	50000.00	500
89	CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU B	MILLAR	00001	25000.00	250
90	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO A	MILLAR	00001	25000.00	250
91	PUESTO DE SALUD MIGUEL GRAU MÓDULO C Y D	MILLAR	00001	25000.00	250
	MICRORED MARIANO MELGAR				
92	CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR	MILLAR	00001	30000.00	300
93	PUESTO DE SALUD ATALAYA	MILLAR	00001	15000.00	150
94	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSIDAD SAN AGUSTIN	MILLAR	00001	5000.00	50
	MICRORED CHIGUATA				
95	CENTRO DE SALUD CHIGUATA	MILLAR	00001	30000.00	300
96	PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE TARUCANI	MILLAR	00001	15000.00	150
97	PUESTO DE SALUD ARENALES	MILLAR	00001	10000.00	100
98	PUESTO DE SALUD SAJNAS HUITO	MILLAR	1	15000.00	150
	MICRORED CHARACATO				
99	CENTRO DE SALUD CHARACATO	MILLAR	00001	30000.00	300
100	PUESTO DE SALUD MOLLEBAYA	MILLAR	00001	15000.00	150
101	PUESTO DE SALUD QUEQUEÑA	MILLAR	00001	10000.00	100
102	PUESTO DE SALUD LEOPOLDO RONDON	MILLAR	00001	15000.00	150
103	PUESTO DE SALUD YARABAMBA	MILLAR	00001	10000.00	100
104	PUESTO DE SALUD POLOBAYA	MILLAR	00001	10000.00	100
105	PUESTO DE SALUD POCASI	MILLAR	00001	10000.00	100
106	PUESTO DE SALUD PIACA	MILLAR	00001	10000.00	100
107	PUESTO DE SALUD MACHAHUAYA	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED JAVIER LLOSA GARCIA - HUNTER				
108	CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA HUNTER	MILLAR	00001	50000.00	500
109	PUESTO DE SALUD ALTO ALIANZA	MILLAR	00001	25000.00	250
110	PUESTO DE SALUD CHILPINILLA	MILLAR	00001	15000.00	150
111	PUESTO DE SALUD CAMINOS DEL INCA	MILLAR	00001	15000.00	150
112	PUESTO DE SALUD PAMPAS DEL CUSCO	MILLAR	00001	15000.00	150
113	PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN	MILLAR	00001	15000.00	150
114	PUESTO DE SALUD UPIS PAISANISTA	MILLAR	00001	15000.00	150
115	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUNTER	MILLAR	4001	10000.00	100
	MICRORED LA JOYA				
116	CENTRO DE SALUD LA JOYA	MILLAR	00001	40000.00	400
117	PUESTO DE SALUD BENITO LAZO	MILLAR	00001	10000.00	100
118	PUESTO DE SALUD CERRITO BUENAVISTA	MILLAR	00001	10000.00	100

[Handwritten signature]

119	CENTRO DE SALUD EL CRUCE-TRIUNFO	MILLAR	00001	30000.00	300
120	PUESTO DE SALUD LOS MEDANOS	MILLAR	00001	10000.00	100
121	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UBALDO VARGAS CASILLA	MILLAR	00001	8000.00	80
	MICRORED SAN MARTIN DE SOCABAYA				
122	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA	MILLAR	00001	35000.00	350
123	PUESTO DE SALUD CIUDAD MI TRABAJO	MILLAR	00001	15000.00	150
124	PUESTO DE SALUD LARA	MILLAR	00001	15000.00	150
125	PUESTO DE SALUD SALAVERRY	MILLAR	00001	15000.00	150
126	CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO	MILLAR	00001	25000.00	250
127	CENTRO DE SALUD 4 DE OCTUBRE	MILLAR	00001	25000.00	250
128	PUESTO DE SALUD HORACIO ZEVALLOS GAMEZ	MILLAR	00001	15000.00	150
129	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SOCABAYA	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED VICTOR RAUL HINOJOSA				
130	CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA	MILLAR	00001	35000.00	350
131	PUESTO DE SALUD 13 DE ENERO	MILLAR	00001	15000.00	150
132	CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS	MILLAR	00001	25000.00	250
133	PUESTO DE SALUD CERRO JULI	MILLAR	00001	15000.00	150
134	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED TIABAYA				
135	CENTRO DE SALUD TIABAYA	MILLAR	00001	30000.00	300
136	PUESTO DE SALUD UCHUMAYO	MILLAR	00001	15000.00	150
137	CENTRO DE SALUD CERRO VERDE	MILLAR	00001	15000.00	150
138	CENTRO DE SALUD CONGATA	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED SAN ISIDRO				
139	CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO	MILLAR	00001	30000.00	300
140	PUESTO DE SALUD LA CANO	MILLAR	00001	15000.00	150
141	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 5 - 6	MILLAR	00001	15000.00	150
142	PUESTO DE SALUD SAN JOSE	MILLAR	00001	15000.00	150
143	PUESTO DE SALUD SAN CAMILO 7	MILLAR	00001	15000.00	150
	MICRORED VITOR				
144	CENTRO DE SALUD VITOR	MILLAR	00001	30000.00	300
145	PUESTO DE SALUD YURAMAYO	MILLAR	00001	15000.00	150
146	CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS	MILLAR	00001	30000.00	300
	TOTAL GENERAL			3,061,000	30,610

28



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

ANEXO B

ANEXO 1

[illegible]

www.elsevier.com/locate/jmb

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente S/ 723,000.00 (Setecientos Veintitrés Mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: SERVICIO DE FUAS, HISTORIAS CLINICAS, FOLLETOS, CANET, DIPTICO, GIGANTOGRAFIAS, FORMATOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL Y SERVICIOS DE IMPRESIÓN EN GENERAL.</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 pago¹¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se 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>

¹¹ Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

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

(...)

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

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

Importante

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

Importante

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

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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

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.

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 ÚLTIMO CASO].

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

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

- 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.

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 CONTROVERSIAS¹³

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 Digitales¹⁴.

¹³ 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).

¹⁴ 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° 001-2023-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 ¹⁵	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 servicios¹⁶

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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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° 001-2023-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 ¹⁷		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :		Teléfono(s) :		
MYPE ¹⁸		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :		Teléfono(s) :		
MYPE ¹⁹		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.

¹⁷ 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.

¹⁸ Ibídem.

¹⁹ 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 servicios²⁰

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del 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.

²⁰ 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° 001-2023-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° 001-2023-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° 001-2023-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 hasta 30 días calendarios según cronograma.

N°	ITEMS /PAQUETE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ENTREGAS
1		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS)	SERVICIO	2 ENTREGAS (1RA ENTREGA 40%, 845,800 FUAS HASTA LOS 18 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO; 2DA ENTREGA A LOS 30 DIAS DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DE LA FIRMA DEL CONTRATO)
2	1	SERVICIO DE IMPRESIÓN DE HISTORIAS CLINICAS	SERVICIO	1 ENTREGA (HASTA LOS 23 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO)
3		SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETARIOS	SERVICIO	1 ENTREGA (HASTA LOS 23 DIAS CALENDARIOS DE LA FIRMA DEL CONTRATO)

[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° 001-2023-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] [%]²¹

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²²

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%²³

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

²¹ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

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

²³ 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° 001-2023-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
SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS)	
SERVICIO DE IMPRESIÓN DE HISTORIAS CLINICAS	
SERVICIO DE IMPRESIÓN DE RECETARIOS	
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

ANEXO N° 7

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONCURSO PÚBLICO N° 001-2023-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 empresa²⁴ 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.

²⁴ 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° 001-2023-RPSA-1
Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁵	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁶	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁷ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁸	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁹	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁰
1										
2										
3										
4										

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ 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”*.

²⁸ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

²⁹ 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.

³⁰ Consignar en la moneda establecida en las bases.

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁵	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁶	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁷ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁸	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁹	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁰
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° 001-2023-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/rmp/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° 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° 001-2023-RPSA-1

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.