

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

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



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

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

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

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

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

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

**INSTRUCCIONES DE USO:**

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

Elaboradas en enero de 2019

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



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

### **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC**

AS-SM-2-2025-RSM/OEC

PRIMERA CONVOCATORIA.

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE:  
SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE  
ATENCIÓN, FORMATOS REFCON, FORMATOS DE FUAS  
ADMINISTRATIVAS Y FORMATOS DE TELESALUD Y  
FORMATOS DE CONSOLIDADOS PARA EL PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD  
MELGAR**

Ayaviri, abril del 2025

## DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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





## **SECCIÓN GENERAL**

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

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

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

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

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

### 1.2. CONVOCATORIA

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

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

#### Importante

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

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

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

#### Importante

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

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

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

#### Importante

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

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

#### Importante

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

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

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

## 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

### Importante

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

## 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

## 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

## 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

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

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

#### 1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

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

#### 1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

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

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

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

##### **Importante**

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

## CAPÍTULO II

### SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

#### Importante

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

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO III DEL CONTRATO

### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

#### Importante

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

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

### 3.2. GARANTÍAS

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

#### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

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

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

#### Importante

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

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

#### Importante

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

#### Advertencia

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

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

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



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

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

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

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

### **3.5. ADELANTOS**

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

### **3.6. PENALIDADES**

#### **3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

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

#### **3.6.2. OTRAS PENALIDADES**

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

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

### **3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

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

### **3.8. PAGOS**

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

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



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

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

**Advertencia**

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

### 3.9. DISPOSICIONES FINALES

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



## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

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



## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : **REDEES - MELGAR**  
RUC N° : **20322628642**  
Domicilio legal : **Av. Benavides esq. Progreso nro. S/N (al frente de la UGEL Melgar)**  
Teléfono: : **051-563242**  
Correo electrónico: : **logisticaredmelgar104@gmail.com**

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de **SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN, FORMATOS REFCON, FORMATOS DE FUAS ADMINISTRATIVAS Y FORMATOS DE TELESALUD Y FORMATOS DE CONSOLIDADOS PARA EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MELGAR.**

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **Resolución Directoral N° 180-2025-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH.** el **09 de abril del 2025.**

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

**4 – 13 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 es viable la distribución de la buena pro por las características del servicio y conforme se describe en el formato resumen ejecutivo de las actuaciones preparatorias (servicios)**

### 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 veinte (20) días calendarios en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

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

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar [S/ 5.00 en Caja de la Entidad](#) y [recabar las bases en la Unidad de Logística](#), previa presentación del voucher de pago por el costo de reproducción de bases

#### 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° 32185 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025.
- Ley N° 32186 Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025.
- Ley N° 32187 Ley De Endeudamiento Del Sector Público para el año fiscal 2025.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado. Aprobado mediante Decreto Supremo N° 082-2019-EF.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, modificado por Decreto Supremo N° 308-2022-EF.
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y modificaciones.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 26842 Ley General de Salud.

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

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### Importante

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

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>3</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

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

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

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

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

#### Advertencia

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

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

<sup>3</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

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

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

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

#### **Importante**

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

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

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

#### **2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad<sup>6</sup>.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. **(Anexo N° 11)**

#### **Advertencia**

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

#### **2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN**

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

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

N ° de Cuenta : 00 711 014772

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

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

Banco : Banco de la Nación  
N° CCI<sup>7</sup> : 018 711 000711014772 20

## 2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

- Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- 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.
- Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>8</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>9</sup>. (**Anexo N° 12**).
- Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>10</sup>.
- Estructura de costos<sup>11</sup>.

### Importante

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

<sup>7</sup> En caso de transferencia interbancaria.

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

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

<sup>10</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>11</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.



establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.

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

#### Importante

- Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.
- De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>12</sup>.
- La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.

## 2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la [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 [Tramite Documentario \(Mesa de Partes\) de la REDEES Melgar](#), sito en el, Jr. Pumacahua Esq. Benavides S/N (al frente de la UGEL Melgar, segundo piso) distrito de Ayaviri, provincia de Melgar y departamento de Puno, con atención a la Unidad de Logística.

## 2.6. FORMA DE PAGO

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

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

- Informe del funcionario responsable del jefe de la Unidad de Seguros de la REDEES Melgar emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en [Tramite Documentario \(Mesa de Partes\) de la REDEES Melgar](#), sito en el Jr. Pumacahua Esq. Benavides S/N (al frente de la UGEL Melgar) distrito de Ayaviri, provincia de Melgar y departamento de Puno.

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

## CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

### Importante

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

### 3.1. TERMINOS DE REFERENCIA



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PUNO  
RED DE SALUD MELGAR

#### FORMATO N° 02 TÉRMINOS DE REFERENCIA DE SERVICIOS

|   |   |
|---|---|
| ORGANO Y/O UNIDAD ORGANICA:                   | UNIDAD DE SEGUROS   |
| ACTIVIDAD DEL POI/ACCION ESTRATEGICA DEL PEI: | GESTION OPERATIVA, IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN, FORMATO REFCON, FORMATO UNICO DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA Y FORMATO DE TELESALUD. |
| DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:              | SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL  |

|  |
|--|
| <b>I. FINALIDAD PÚBLICA.</b>   |
| La presente contratación tiene por finalidad abastecer a los establecimientos de salud IPRESS del ámbito de la Red de Salud Melgar que brindan atención a la población que cuenta con algún tipo de seguro afiliados al SIS debiendo ser registradas las diferentes prestaciones individuales según categoría de las IPRESS en los Formatos Únicos de atención FUA, en las FUAs Administrativas, Formatos de Contrarreferencia, el consolidado de los mismos y el uso del Libros de Registro de pacientes Referidos y Contra referidos. De tal modo que el mismo se realice de acuerdo con las Normas y Procedimiento establecidos con arreglo a la Normativa VIGENTE. |

|  |
|--|
| <b>II. ANTECEDENTES.</b>   |
| Es necesidad para la Unidad de Seguros, contar con el suministro de formatos, de acuerdo con los términos de referencia que forman parte integrante del presente requerimiento, con la finalidad de prever las diferentes acciones operativas y administrativas necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales del Seguro Integral de Salud. |

|  |
|--|
| <b>III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN.</b>   |
| <b>3.1. OBJETIVO GENERAL:</b> Registrar las prestaciones brindadas de Telesalud, Formato Único de Atención (FUA) Y FUA Administrativa, formatos de Referencia, Contrarreferencia libros de Registro de Referencia y Contrarreferencia. De tal modo que el mismo se realice de acuerdo con las Normas y Procedimientos establecidos con arreglo a la Normativa VIGENTE. |
| <b>3.2. OBJETIVO ESPECIFICO:</b>   |
| Permitir el Registro de las atenciones realizadas a fin de facilitar el control.<br>Estandarizar el Registro de las prestaciones.  |

|                                   |      |      |              |                 |                                      |          |          |   |
|-----------------------------------|------|------|--------------|-----------------|--------------------------------------|----------|----------|---|
| <b>IV. ALCANCES DEL SERVICIO.</b> |      |      |              |                 |                                      |          |          |   |
| N °                               | F. F | META | CLASIFICADOR | ITEM - CATALOGO | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO             | U.M.     | CANTIDAD | CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES MÍNIMAS DEL SERVICIO: |
| 1                                 | 13   | 140  | 2.3.27.116   | 500100050561    | Servicio de impresión de formatearía | servicio | 7250     | Impresión de formatos varios                        |

#### 4.1. SERVICIO DE IMPRESIÓN

| N° | REQUERIMIENTO   | DESCRIPCIÓN  | EMPASTE        | CANTIDAD DE BLOCK | RANGO DE NUMERACION                                      |    | MONTO EST. S/ |
|----|---|--|----------------|-------------------|--|----|---------------|
|    |   |  |                |                   | DEL  | AL |               |
| 1  | Formato Único de Atención (anverso y reverso) para primer nivel de atención que comprende 171 IPRESS con Numeración y Nombre del IPRESS | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4, Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr. (ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste o rosado 55gr. Autocopiativo.<br>La numeración y cantidad de Formatos Únicos de Atención a empaquetar serán de acuerdo con el anexo que acompaña al requerimiento | Empaste de 100 | 6700              | Se coordinará con el proveedor del servicio contratante. |    | 117,350.00    |
| 2  | Formato Único de Atención para Hospital con Numeración y Nombre del IPRESS  | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4, Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr. (ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste o rosado 55gr. Autocopiativo  | Empaste de 100 | 250               | Se coordinará con el proveedor del servicio contratante. |    | 8,750.00      |
| 3  | Formato Único de Atención para hospital (hoja Terapéutica)  | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4, Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr (ORIGINAL)  | Empaste de 100 | 250               | Se coordinará con el proveedor del servicio contratante. |    |               |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PUNO  
RED DE SALUD MELGAR

|       |  |   |                   |     |  |            |
|-------|--|---|-------------------|-----|--|------------|
|       |  | - Segunda hoja color celeste 55gr.<br>Autocopiativo   |                   |     |  |            |
| 4     | Formato de<br>Atención<br>Administrativa         | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4,<br>Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr<br>(ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste 55gr.<br>Autocopiativo  | Empaste<br>de 100 | 30  | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 525.00     |
| 5     | Consolidado de<br>Formatos Únicos<br>de Atención | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4,<br>Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr<br>(ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste 55gr.<br>Autocopiativo  | Empaste<br>de 50  | 100 | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 875.00     |
| 6     | Formato de<br>Telesalud                          | Contiene 3 tipos de formatos en el que se<br>utilizarán: Papel autocopiativo, tamaño de hoja<br>A4, Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr<br>(ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste 55gr.<br>Autocopiativo | Empaste<br>de 100 | 100 | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 1,750.00   |
| 7     | Formato de<br>Contrarreferenci<br>a              | Papel autocopiativo, tamaño de hoja A4,<br>Numeración color Rojo (utilizar tinta seca)<br>- Primera hoja en color blanco 55gr<br>(ORIGINAL)<br>- Segunda hoja color celeste 55gr.<br>Autocopiativo<br>- Tercera hoja color rosado 55gr.<br>Autocopiativo    | Empaste<br>de 50  | 400 | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 3,900.00   |
| 8     | Libro de registro<br>de Referencias              | - Impreso en hoja A4 de 75 gr<br>- Tapa Cartulina plastificada<br>- Impresión de portada en tapa  | Empaste<br>de 100 | 40  | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 170.00     |
| 9     | Libro de<br>Contrarreferenci<br>a                | - Impreso en hoja A4 de 75 gr<br>- Tapa Cartulina plastificada<br>- Impresión de portada en tapa  | Empaste<br>de 100 | 10  | Se coordinará con el<br>proveedor del<br>servicio contratante. | 680.00     |
| TOTAL |  |   |                   |     |  | 134,000.00 |

#### V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR.

El proveedor que preste el servicio deberá ser una persona natural o persona jurídica, el cual debe cumplir con lo siguiente:

- FICHA RUC activo y habido.
- RNP DE SERVICIOS VIGENTE.
- CCI.
- NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO, CONFORME AL ARTICULO 11° DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO

#### VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN.

**LUGAR:** El servicio de impresión de los formatos deben ser entregados en el ALMACEN de la Red de Salud Melgar cito en jr. Pumacahua esquina con Avenida Benavides en la ciudad de Ayaviri, de lunes a viernes en el horario de 08:00am hasta las 16:00pm, la Entidad no está obligada en la recepción de los servicios de impresión fuera de la fecha y horario establecido.

**PLAZO:** La contratación del servicio de los de los formatos requeridos por el área usuaria es por el período de (20) días calendario y el plazo de ejecución contractual se inicia desde el día siguiente de la firma del contrato hasta otorgada la conformidad de la última entrega.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PUNO  
RED DE SALUD MELGAR

## VII. ENTREGABLES/RESULTADOS.

### 7.1. CONDICIONES DE EJECUCION

- Las características o diseños propuestos estarán sujetos a cambios normativos o nuevas políticas sectoriales que se presenten antes de la fecha de aprobación de los formatos.
- Si para la entrega del formato, se requiere hacer cambios en el diseño o formato, el área usuaria deberá comunicar mediante documento a la Unidad de Logística, antes de la firma del contrato con el proveedor.
- El proveedor deberá contactarse con el área usuaria "UNIDAD DE SEGUROS" al día siguiente hábil de la firma del contrato, para la entrega de todas las muestras del procedimiento de selección.
- Antes de imprimir se deberá coordinar la conformidad del diseño de los formatos con el área usuaria al siguiente correo electrónico: unidadsegurosdelgar@hotmail.com o al cel. 946749574.
- Para la ejecución contractual de la entrega, luego de recibidas los modelos por parte del Área usuaria, el proveedor tendrá hasta cinco (05) días calendarios para presentar la muestra en físico. Esta muestra deberá contar con el visto bueno del área usuaria para su producción (este plazo está contemplado dentro de los 20 días del plazo de ejecución).
- En caso de no ser aprobada la muestra, el proveedor tendrá tres (3) días calendarios para presentar físicamente a la REDEES Melgar (este plazo está contemplado dentro de los 20 días del plazo de ejecución).
- El Área usuaria deberá comunicar a la Unidad de Logística la fecha de aprobación de las muestras.

### 7.2. DE LAS ENTREGAS DE LOS FORMATOS

- El plazo para la entrega es de doce (12) días calendarios, desde el día siguiente de **aprobada la muestra**, confirmado por el Área usuaria
- Las órdenes de servicio/contrato deberán ser notificadas con copia al Área Usuaria por correo electrónico.
- Los formatos deben ser entregados en el ALMACEN, dentro del horario administrativo, de las 8 a 16:00 horas y de lunes a viernes.

#### De la garantía de los formatos

La garantía de los formatos deberá ser de doce (12) meses para todos los ítems.

## VIII. OTRAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA (\*).

- 8.1. GARANTÍA DEL SERVICIO:** Garantía comercial, Mínimo 03 meses por defecto de diseño y/o fabricación, contados a partir de la fecha en que se interna en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad.
- 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 empaque de cada block de formatos deberá estar rotulado en orden correlativo en el lugar visible y etiquetado en cada caja o paquete.
- 8.2. CONDICION DE INICIO DEL CÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA:** A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por área usuaria y almacén de Programas de la Red de Salud Melgar.
- 8.3. REPOSICIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESION DEFECTUOSO:** 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 los bienes defectuosos, sin costo alguno para la Red de Servicio de Salud Melgar dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes.

## IX. SUPERVISIÓN.

N/A

## X. CONFORMIDAD.

Será otorgada por el área usuaria de la entidad (Unidad de Seguros de la Red de Salud Melgar, a través de la verificación del cumplimiento de las condiciones establecidas en los términos de referencia, en el plazo máximo de siete (07) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de producida la recepción de la prestación (total o parcial, de ser el caso) efectuada.

## XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO.

El pago se realizará en pago único previa conformidad emitida por área usuaria, en moneda nacional y a la presentación del comprobante de pago por parte del contratista.

## XII. PROPIEDAD INTELECTUAL (\*)

No corresponde.

## XIII. CONFIDENCIALIDAD (\*)

Confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que tenga acceso y que encuentre relacionado con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros.

## XIV. PENALIDADES APLICABLES.

La aplicación de penalidades por atraso injustificado en la ejecución del servicio contratado, según el plazo máximo establecido en el presente documento, deberá ser calculada con la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.05 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$



PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PUNO  
RED DE SALUD MELGAR

Donde F tiene los siguientes valores:

a) Para los plazos menores o iguales a sesenta (60) días para los bienes, servicios

en general, consultorías y ejecución de obras:  $F = 0.40$

b) Para los plazos mayores a sesenta (60) días:

b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías:  $F = 0.25$ .

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso de que estos involucraran obligaciones de ejecución periódica o entregas parciales, a la prestación individual que fuera materia de retraso.

#### XV. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN.

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

#### XVI. SISTEMA DE CONTRATACION

El sistema de contratación se considera suma alzada

#### XVII. REQUISITOS DE CALIFICACION

##### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD:

###### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 267,700.00 (doscientos sesenta y siete mil setecientos con 00/100), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 33,462.50 (treinta y tres mil cuatrocientos sesenta y dos con 50/100), por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran servicios similares a los siguientes formatos, folletos, Formatos Únicos de Atención, formato de Historias Clínicas, revistas, catálogos, libros, papelería, volante, almanaques, etiquetas, comprobantes, estikers, afiches, agentas.

###### Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

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

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

*“... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación con 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”.*





PERÚ

Ministerio  
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PUNO  
RED DE SALUD MELGAR

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

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

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso de 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 de que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

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

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

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

(\*) En caso uno de los rubros no aplique, colocar N/A.



*Mabisa*  
Dra. Lourdes Mak Condori Paz  
C. O. P. 29268  
DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS



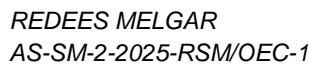
ITEM 1 - 1006 - 1 COPIA

|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
|--|--|--|-------------------|--|-------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|  |  | PERÚ                                     |                   | Ministerio de Salud  |                   | DIRESA PUNO                    |                 | REDEES MELGAR - UNIDAD DE SEGUROS |                                     |  |  |
| FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA                    |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| NÚMERO DE FORMATO                                  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| CODIGO RENAES                                      |  |  |                   | 25   |                   | NUMERACION POR ESTABLECIMIENTO |                 |                                   |                                     |  |  |
| DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS                      |  |  |                   | NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN                        |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| CODIGO RENAES                                      |  |  |                   | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD                                |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| PERSONAL QUE ATIENDE                               |  | LUGAR DE ATENCIÓN                        |                   | ATENCIÓN   |                   | REFERENCIA REALIZADA POR       |                 |                                   |                                     |  |  |
| DE LA IPRESS                                       |  | CÓDIGO DE AISPED                         |                   | INTRAMURAL   |                   | AMBULATORIA                    |                 | CÓD. RENIPRESS                    |                                     |  |  |
| ITINERANTE   |  |  |                   | EXTRAMURAL   |                   | REFERENCIA                     |                 | NOMBRE DE LA IPRESS               |                                     |  |  |
| AISPED   |  |  |                   |  |                   | EMERGENCIA                     |                 | N° HOJA DE REFERENCIA             |                                     |  |  |
| DEL ASEGURADO                                      |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| IDENTIFICACIÓN                                     |  | CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS                 |                   |  |                   | ASEGURADO DE OTRA IAFAS        |                 |                                   |                                     |  |  |
| TDI  |  | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD                |                   | DIRESA / OTROS   |                   | NÚMERO                         |                 | INSTITUCIÓN                       |                                     |  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 | COD. SEGURO                       |                                     |  |  |
| APELLIDO PATERNO                                   |  |  |                   | APELLIDO MATERNO   |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| PRIMER NOMBRE                                      |  |  |                   | OTROS NOMBRES  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| SEXO   |  | FECHA                                    |                   | DÍA  |                   | MES                            |                 | AÑO                               |                                     |  |  |
| MASCULINO  |  | FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| FEMENINO   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| SALUD MATERNA                                      |  | FECHA DE NACIMIENTO                      |                   |  |                   |                                |                 | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1   |                                     |  |  |
| GESTANTE   |  |  |                   |  |                   |                                |                 | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2   |                                     |  |  |
| PUERPERA   |  | FECHA DE FALLECIMIENTO                   |                   |  |                   |                                |                 | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3   |                                     |  |  |
| DE LA ATENCIÓN                                     |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| FECHA DE ATENCIÓN                                  |  |  | HORA              |  | UPS               |                                | CÓD. PRESTA.    |                                   | CÓD. PRESTACION (ES) ADICIONAL (ES) |  |  |
| DÍA  |  |  | MES               |  | AÑO               |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| REPORTE VINCULADO                                  |  |  | CÓD. AUTORIZACIÓN |  | N° FUA A VINCULAR |                                | HOSPITALIZACIÓN |                                   |                                     | FECHA  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | DÍA  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | MES  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | AÑO  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | DE INGRESO   |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | DE ALTA  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | DE CORTE ADMINISTRATIVO  |  |
| CONCEPTO PRESTACIONAL                              |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | SEPELIO  |  |
| ATENCIÓN DIRECTA                                   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | NATIMUERTO   |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | OBITO  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | OTRO   |  |
| DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO                  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| REFERIDO   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| ALTA   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | CONTRA REFERIDO  |  |
| CITA   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | FALLECIDO  |  |
| HOSPITALIZACIÓN                                    |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | CORTE ADMINIS.   |  |
| EMERGENCIA   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| CONSULTA EXTERNA                                   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| APOYO AL DIAGNÓSTICO                               |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:                     |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS                      |  |  |                   | NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE           |                   |                                |                 | N° HOJA DE REFER / CONTRARR.      |                                     |  |  |
| ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS                    |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | VACUNAS N° DE DOSIS  |  |
| PESO (Kg)  |  | TALLA (cm)                               |                   | P.A. (mmHg)  |                   | IMC (Kg/m2)                    |                 | P.AB (cm)                         |                                     | BCG  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | INFLUENZA  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | ANTIAMARILICA  |  |
| DE LA GESTANTE                                     |  | DEL RECIEN NACIDO                        |                   | GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR |                   |                                |                 | JOVEN Y ADULTO                    |                                     | DPT  |  |
| CPN (N°)   |  | EDAD GEST RN (SEM)                       |                   | CRED N°  |                   |                                |                 | EVALUACIÓN INTEGRAL               |                                     | PAROTID  |  |
| EDAD GEST  |  | APGAR 1° 5°                              |                   | R.N. PREMATURO   |                   |                                |                 | TAP/ EEDP o TEPPI                 |                                     | RUBEOLA  |  |
| ALTURA UTERINA                                     |  |  |                   | BAJO PESO AL NACER   |                   |                                |                 | CONSEJERÍA NUTRICIONAL            |                                     | ANTITETANICA   |  |
| PARTO VERTICAL                                     |  | Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)       |                   | ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER                                |                   |                                |                 | CONSEJERÍA INTEGRAL               |                                     | COMPLETAS PARA LA EDAD (410)   |  |
| CONTROL PUERPO (N°)                                |  | HB.GLICOSILADA (mg/dL)                   |                   | DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)                                |                   |                                |                 | DEPURACION DE CREATININA (mL/min) |                                     | VPH  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | OTRA VACUNA  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | PENTAVAL   |  |
| TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS                    |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | GRUPO DE RIESGO HVB  |  |
|  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     | 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJO SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES |  |
| DIAGNÓSTICOS                                       |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| N°   |  | DESCRIPCIÓN                              |                   |  |                   | INGRESO                        |                 | EGRESO                            |                                     |  |  |
|  |  |  |                   |  |                   | TIPO DE DX                     |                 | CIE - 10                          |                                     |  |  |
| 1  |  |  |                   |  |                   | P D R                          |                 | D R                               |                                     |  |  |
| 2  |  |  |                   |  |                   | P D R                          |                 | D R                               |                                     |  |  |
| 3  |  |  |                   |  |                   | P D R                          |                 | D R                               |                                     |  |  |
| 4  |  |  |                   |  |                   | P D R                          |                 | D R                               |                                     |  |  |
| 5  |  |  |                   |  |                   | P D R                          |                 | D R                               |                                     |  |  |
| N° DE DNI  |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN    |                   |  |                   | N° DE COLEGIATURA              |                 |                                   |                                     |  |  |
| RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN                         |  | ESPECIALIDAD                             |                   |  |                   | N° RNE                         |                 |                                   |                                     |  |  |
|  |  |  |                   |  |                   | EGRESADO                       |                 |                                   |                                     |  |  |
| FIRMA  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| ASEGURADO  |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| REPRESENTANTE                                      |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN       |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| DNI o CE DEL REPRESENTANTE:                        |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |
| Huella Digital del Asegurado o del Representante   |  |  |                   |  |                   |                                |                 |                                   |                                     |  |  |



1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICIÓN 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO





FRANCA DI GIÀ  
Assaggiando la cucina





ITEM-2 - 1 ORIGINAL - 1 COPIA

| PERÚ Ministerio de Salud GORE PUNO - DIRESA PUNO REDEES MELGAR - UNIDAD DE SEGUROS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NÚMERO DE FORMATO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 00035288  |  |  |  |  | 25   |  |  |  |  | NUMERACION POR ESTABLECIMIENTO                                     |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS   |  |  |  |  | NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 00035288  |  |  |  |  | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PERSONAL QUE ATIENDE  |  |  |  |  | LUGAR DE ATENCIÓN  |  |  |  |  | ATENCIÓN   |  |  |  |  | REFERENCIA REALIZADA POR          |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA IPRESS  |  |  |  |  | CÓDIGO DE AISPD  |  |  |  |  | INTRAMURAL   |  |  |  |  | AMBULATORIA                       |  |  |  |  | CÓD. RENIPRESS                      |  |  |  |  | NOMBRE DE LA IPRESS  |  |  |  |  | N° H. REFE           |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ITINERANTE  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EXTRAMURAL   |  |  |  |  | REFERENCIA                        |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AISPD   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EMERGENCIA                        |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DEL ASEGURADO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IDENTIFICACIÓN  |  |  |  |  | CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS                                 |  |  |  |  | ASEGURADO DE OTRA IAFAS  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TDI   |  |  |  |  | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                |  |  |  |  | DIRESA / 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  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PUERPERA  |  |  |  |  | FECHA DE FALLECIMIENTO                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA ATENCIÓN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DE ATENCIÓN   |  |  |  |  | HORA   |  |  |  |  | UPS  |  |  |  |  | CÓD. PRESTA.                      |  |  |  |  | CÓD. PRESTACION (ES) ADICIONAL (ES) |  |  |  |  | HOSPITALIZACIÓN  |  |  |  |  | FECHA                |  |  |  |  | DÍA                          |  |  |  |  | MES            |  |  |  |  | AÑO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍA   |  |  |  |  | MES  |  |  |  |  | AÑO  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DE INGRESO           |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DE ALTA              |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REPORTE VINCULADO   |  |  |  |  | CÓD. AUTORIZACIÓN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | N° FUA A VINCULAR                 |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | DE CORTE ADMINISTRATIVO  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONCEPTO PRESTACIONAL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ATENCIÓN DIRECTA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | SEPELIO  |  |  |  |  | NATIMUERTO           |  |  |  |  | OBITO                        |  |  |  |  | OTRO           |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALTA  |  |  |  |  | CITA   |  |  |  |  | HOSPITALIZACIÓN  |  |  |  |  | EMERGENCIA                        |  |  |  |  | CONSULTA EXTERNA                    |  |  |  |  | APOYO AL DIAGNÓSTICO   |  |  |  |  | CONTRA REFERIDO      |  |  |  |  | FALLECIDO                    |  |  |  |  | CORTE ADMINIS. |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS   |  |  |  |  | NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | N° HOJA DE REFER / CONTRA  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESO (Kg)   |  |  |  |  | TALLA (cm)   |  |  |  |  | P.A. (mmHg)  |  |  |  |  | IMC (Kg/m2)                       |  |  |  |  | P.A.B. (cm)                         |  |  |  |  | BCG  |  |  |  |  | INFLUENZA            |  |  |  |  | ANTIAMARILICA                |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA GESTANTE  |  |  |  |  | DEL RECIEN NACIDO  |  |  |  |  | GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR |  |  |  |  | JOVEN Y ADULTO                    |  |  |  |  | DPT                                 |  |  |  |  | PAROTID  |  |  |  |  | ANTINEUMOC           |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CPN (N°)  |  |  |  |  | EDAD GEST RN (SEM)                                       |  |  |  |  | CRED N°  |  |  |  |  | EVALUACIÓN INTEGRAL               |  |  |  |  | APO                                 |  |  |  |  | RUBEOLA  |  |  |  |  | ANTITETANICA         |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EDAD GEST   |  |  |  |  | APGAR 1*   |  |  |  |  | R.N. PREMATURO   |  |  |  |  | TAPI EEDP o TEPISI                |  |  |  |  | ADULTO MAYOR                        |  |  |  |  | ASA  |  |  |  |  | ROTAVIRUS            |  |  |  |  | COMPLETAS PARA LA EDAD (410) |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALTURA UTERINA  |  |  |  |  | Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)                       |  |  |  |  | BAJO PESO AL NACER   |  |  |  |  | CONSEJERÍA NUTRICIONAL            |  |  |  |  | VACAM                               |  |  |  |  | SPR  |  |  |  |  | DT ADULTO (N° DOSIS) |  |  |  |  | VPH                          |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARTO VERTICAL  |  |  |  |  | ENFER. CONGÉNITA / SEQUELA AL NACER                      |  |  |  |  | CONSEJERÍA INTEGRAL  |  |  |  |  | TAMIZAJE DE SALUD MENTAL          |  |  |  |  | PAT. NOR.                           |  |  |  |  | SR   |  |  |  |  | IPV                  |  |  |  |  | OTRA VACUNA                  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONTROL PUERP (N°)  |  |  |  |  | HB.GLICOSILADA (mg/dL)                                   |  |  |  |  | DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)                                |  |  |  |  | DEPURACIÓN DE CREATININA (mL/min) |  |  |  |  | GRUPO DE RIESGO HVB                 |  |  |  |  | GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABA HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF.AA. 6. POLICIA NACIONAL DE SALUD 8. POLITRANSPUNTO 9. ERROGADOR |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNÓSTICOS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N°  |  |  |  |  | DESCRIPCIÓN  |  |  |  |  | TIPO DE DX   |  |  |  |  | INGRESO                           |  |  |  |  | CIE - 10                            |  |  |  |  | TIPO DE DX   |  |  |  |  | CIE                  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P  |  |  |  |  | D                                 |  |  |  |  | R                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D                    |  |  |  |  | R                            |  |  |  |  | CIE            |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P  |  |  |  |  | D                                 |  |  |  |  | R                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D                    |  |  |  |  | R                            |  |  |  |  | CIE            |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P  |  |  |  |  | D                                 |  |  |  |  | R                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D                    |  |  |  |  | R                            |  |  |  |  | CIE            |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P  |  |  |  |  | D                                 |  |  |  |  | R                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D                    |  |  |  |  | R                            |  |  |  |  | CIE            |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P  |  |  |  |  | D                                 |  |  |  |  | R                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D                    |  |  |  |  | R                            |  |  |  |  | CIE            |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° DE DNI   |  |  |  |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | N° DE COLEGIATURA  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN  |  |  |  |  | ESPECIALIDAD   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  | N° RNE   |  |  |  |  |                      |  |  |  |  | EGRESADO                     |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASEGURADO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REPRESENTANTE   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DNI o CE DEL REPRESENTANTE:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Huella Digital del Asegurado del Representante  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |                |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |







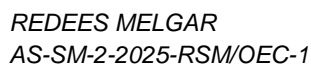
FTEC 3 - 1 ORIGINAL - 1 COPIA

TERAPÉUTICA INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

| MEDICAMENTOS            |  |        |                       |       |      |    |       |                                     |         |                            |        |      |    |       |   |         |                               |       |      |    |
|-------------------------|--|--------|-----------------------|-------|------|----|-------|-------------------------------------|---------|----------------------------|--------|------|----|-------|---|---------|-------------------------------|-------|------|----|
| COD                     | NOMBRE                                   | FF     | CONCENTR              | PRESE | ENTR | DE | COD   | NOMBRE                              | FF      | CONCENTR                   | PRESE  | ENTR | DE | COD   | NOMBRE                                  | FF      | CONCENTR                      | PRESE | ENTR | DE |
| 00143                   | ACICLOVIR                                | TAB    | 200 mg                |       |      |    | 02657 | DEXAMETASONA                        | TAB     | 4mg                        |        |      |    | 04365 | LEVODOPAMINA                            | TAB     | 500 mg                        |       |      |    |
| 00091                   | ACIDO ACETILSALICILICO                   | TAB    | 100mg                 |       |      |    | 02642 | DEXAMETASONA FOSFATO                | AMP     | 4mg/2mLx10mL               |        |      |    | 04507 | MANITOL                                 | IVY     | 20 g/100 mL (200mg/10 L)      |       |      |    |
| 03513                   | ACIDO FOLICO + FER SULF HEPT             | TAB    | 400 ug + 50 mg        |       |      |    | 02724 | DILTIOZEM/TERAPIA BROM              | JRE     | 15 mg/5 mL x 100 mL        |        |      |    | 04504 | METOPROLOLO/ESTERONA ACET.              | AMP     | 150 mg x 1 mL                 |       |      |    |
| 00020                   | ACIDO FOLICO                             | TAB    | 500 ug                |       |      |    | 03765 | DILTIOZEM                           | IVY     | 10 g/100 mL (100 mg x 1 L) |        |      |    | 04677 | METABOLICO SODICO                       | AMP     | 100 mg                        |       |      |    |
| 00033                   | ACETAMINOFEN                             | SUS    | 500 mg/5 mL           |       |      |    | 03767 | DILTIOZEM                           | AMP     | 333 mg/mL (333 mg x 20 mL) |        |      |    | 04695 | METOPROLOLO/CLORHIDRATO                 | TAB     | 500mg                         |       |      |    |
| 00847                   | ACETAMINOFEN                             | TAB    | 500mg/5               |       |      |    | 03769 | DILTIOZEM                           | IVY     | 5 g/100 mL (50 mg x 1 L)   |        |      |    | 04701 | METOPROLOLO                             | TAB     | 250 mg                        |       |      |    |
| 00259                   | ALBENDAZOL                               | SUS    | 100 mg/5 mL x 20 mL   |       |      |    | 02752 | DILTIOZEM                           | AMP     | 5 mg/mL x 2 mL             |        |      |    | 04743 | METOPROLOLO/CLORHIDRATO                 | AMP     | 5 mg/mL x 2 mL                |       |      |    |
| 00269                   | ALBENDAZOL                               | TAB    | 200 mg                |       |      |    | 02754 | DILTIOZEM                           | TAB     | 10 mg                      |        |      |    | 04752 | METOPROLOLO/CLORHIDRATO                 | TAB     | 10 mg                         |       |      |    |
| 18051                   | ALBUMINO HODIS + MAG HODIS               | SUS    | 400 - 400mg/mL x150mL |       |      |    | 02758 | DILTIOZEM                           | AMP     | 75 mg x 2 mL               |        |      |    | 04776 | METOPROLOLO                             | IVY     | 200 mg x 100 mL               |       |      |    |
| 00027                   | AMIKACINA SULFATO                        | AMP    | 500 mg x 2 mL         |       |      |    | 02826 | DILTIOZEM                           | FCO-SUS | 250mg/5mLx10mL             |        |      |    | 04784 | METOPROLOLO                             | SUS     | 250 mg x 100 mL               |       |      |    |
| 00785                   | AMIKACINA                                | SUS    | 250 mg/mL x 120 mL    |       |      |    | 02830 | DILTIOZEM                           | FCO-SUS | 250 mg/5 mL x 60 mL        |        |      |    | 04805 | METOPROLOLO                             | TAB     | 500 mg                        |       |      |    |
| 00794                   | AMIKACINA                                | SUS    | 250 mg/mL x 60 mL     |       |      |    | 02835 | DILTIOZEM                           | TAB     | 250 mg                     |        |      |    | 04821 | METOPROLOLO                             | IVY     | 500 mg                        |       |      |    |
| 00007                   | AMOXICILINA                              | TAB    | 200 mg                |       |      |    | 02836 | DILTIOZEM                           | TAB     | 500 mg                     |        |      |    | 04847 | METOPROLOLO                             | TAB     | 200 mg                        |       |      |    |
| 00008                   | AMOXICILINA                              | TAB    | 500 mg                |       |      |    | 02867 | DILTIOZEM                           | TAB     | 250 mg                     |        |      |    | 04869 | METOPROLOLO                             | TAB     | 500 mg                        |       |      |    |
| 00750                   | AMOXICILINA + AC. CLAVULANICO            | TAB    | 500 MG                |       |      |    | 02868 | DILTIOZEM                           | AMP     | 50 mg x 5 mL               |        |      |    | 05009 | NEOSTIGMINA METILSULFATO                | IVY     | 500 ug/mL, 5 mL               |       |      |    |
| 18155                   | AMPIICILINA SODICA + DILUY               | AMP    | 1g                    |       |      |    | 02891 | DILTIOZEM                           | TAB     | 50 mg                      |        |      |    | 05018 | NIFEDIPINO                              | TAB     | 10 mg                         |       |      |    |
| 00009                   | ATROPINA SULFATO                         | AMP    | 500 ug x 1 mL         |       |      |    | 03070 | EVALUATE                            | TAB     | 10 mg                      |        |      |    | 05033 | NEOTROPOLATONIA                         | TAB     | 100 mg                        |       |      |    |
| 00010                   | ATROPINA SULFATO                         | AMP    | 1 mg/mL x 1 mL        |       |      |    | 03087 | EPINEFRINA (CLORHIDRATO)            | AMP     | 1 mg x 1 mL                |        |      |    | 05157 | OBETAZOLAM                              | IVY     | 500 mg                        |       |      |    |
| 18151                   | BENZILPENICILINA PROCAINICA              | AMP    | 1000000 UI            |       |      |    | 03139 | EPINEFRINA MALEATO                  | AMP     | 200 ug/mL x 1 mL           |        |      |    | 05154 | OBETAZOLAM                              | TAB     | 25 mg                         |       |      |    |
| 18158                   | BENZILPENICILINA SODICA                  | AMP    | 1000000 UI            |       |      |    | 04556 | MADEIRO SULFATO                     | AMP     | 200 ug/mL x 10 mL          |        |      |    | 05151 | OBETAZOLAM (COMO SAL SODICO)            | IVY     | 40 mg                         |       |      |    |
| 18153                   | BENZATINA BENCILPENICILINA               | AMP    | 1200000 UI            |       |      |    | 03159 | ENTROFOSFATO                        | TAB     | 500 mg                     |        |      |    | 05158 | OBETAZOLAM                              | IVY     | 200 mg                        |       |      |    |
| 01044                   | BENZATINA BENCILPENICILINA               | AMP    | 2400000 UI            |       |      |    | 03213 | ENTROFOSFATO                        | TAB     | 250 mg x 1 mL              |        |      |    | 05159 | OBETAZOLAM                              | AMP     | 150 ug x 1 mL                 |       |      |    |
| 01044                   | BROMURO DE YODURO                        | FCOAMP | 10mg/mL               |       |      |    | 03215 | ENTROFOSFATO                        | TAB     | 10 mg                      |        |      |    | 05167 | OBETAZOLAM                              | TAB     | 100 mg                        |       |      |    |
| 25061                   | BROMURO DE YODURO                        | IVY    | 4 mg                  |       |      |    | 03317 | ENTROFOSFATO                        | IVY     | 10 mg                      |        |      |    | 05166 | OBETAZOLAM                              | IVY     | 30mg/mL                       |       |      |    |
| 19239                   | BUTIRACINA CLORHIDRATO + DEXTROSA        | IVY    | 5 mg/mL               |       |      |    | 18102 | ENTROFOSFATO                        | IVY     | 30 ug x 150 ug/20 TAB      |        |      |    | 05201 | OBETAZOLAM                              | SOL     | 100 mg/mL x 10 mL             |       |      |    |
| 01010                   | BUTIRACINA (EN PREPARACION)              | IVY    | 5 mg/mL               |       |      |    | 03351 | ENTROFOSFATO                        | IVY     | 60 mg                      |        |      |    | 05208 | OBETAZOLAM                              | JRE     | 100 mg/mL x 10 mL             |       |      |    |
| 01662                   | CEFTAZIDIM                               | AMP    | 1g                    |       |      |    | 03324 | ENTROFOSFATO + METOPROLOLO/ESTERONA | IVY     | 5 x 250L MG                |        |      |    | 05335 | OBETAZOLAM                              | TAB     | 500 mg                        |       |      |    |
| 01667                   | CALCIO GLUCONATO                         | AMP    | 100 mg/mL x 10 mL     |       |      |    | 03443 | FENITOINA SODICA                    | AMP     | 100 mg x 2 mL              |        |      |    | 05320 | POLIGELINA                              | IVY     | 3.5 g/100 mL (3.5 g x 500 mL) |       |      |    |
| 01522                   | CAPTOPRIL                                | TAB    | 25 mg                 |       |      |    | 03451 | FENITOINA SODICA                    | TAB     | 100 mg                     |        |      |    | 05551 | POTASSIO CLORURO                        | IVY     | 20 g/100 mL (20g)             |       |      |    |
| 01524                   | CARBAZEPERINA                            | TAB    | 200 mg                |       |      |    | 03502 | FENTANIL                            | AMP     | 50 ug/mL x 2 mL            |        |      |    | 05589 | PREDNISONA                              | TAB     | 5 mg/5 mL x 60 mL             |       |      |    |
| 01636                   | CEFALEXINA                               | TAB    | 500 mg                |       |      |    | 03542 | FERROSIO SULFATO                    | HEPT    | 75 mg                      |        |      |    | 05589 | PREDNISONA                              | TAB     | 5 mg                          |       |      |    |
| 01620                   | CEFALEXINA                               | SUS    | 250mg/5mL x 60mL      |       |      |    | 10222 | FERROSIO SULFATO                    | GOTAB   | 30 mL x 125 mg             |        |      |    | 05590 | PREDNISONA                              | TAB     | 60 mg                         |       |      |    |
| 18155                   | CEFAZOLINA SODICA + DILUY                | AMP    | 1g                    |       |      |    | 03552 | FERROSIO SULFATO                    | HEPT    | TAB                        | 300 mg |      |    | 05626 | PROPRIOLOL                              | IVY     | 100mg/mL                      |       |      |    |
| 01628                   | CEFTAZIDIM SODICA + DILUY                | AMP    | 1g                    |       |      |    | 03556 | FLUCONAZOL                          | TAB     | 50 mg/mL x 1 mL            |        |      |    | 05631 | PROPRIOLOL                              | AMP     | 25 mg/mL x 2 mL               |       |      |    |
| 1657                    | CEFTAZIDIM                               | IVY    | 500 mg                |       |      |    | 03565 | FLUCONAZOL                          | TAB     | 100mg                      |        |      |    | 05661 | RANITIDINA                              | TAB     | 300 mg                        |       |      |    |
| 01846                   | CIPROFLOXACINO                           | TAB    | 500 mg                |       |      |    | 03703 | FURAZOLIDONA                        | SUS     | 50 mg/mL x 100 mL          |        |      |    | 08153 | RETINOL                                 | TAB     | 250 mg                        |       |      |    |
| 01837                   | CIPROFLOXACINO                           | IVY    | 200mg                 |       |      |    | 03708 | FURAZOLIDONA                        | TAB     | 100 mg                     |        |      |    | 05731 | SALBUTAMOL                              | AER     | 100 ug/DOSE x 200 DOSES       |       |      |    |
| 01838                   | CIPROFLOXACINO                           | AMP    | 500 mg x 4 mL         |       |      |    | 03709 | FURAZOLIDONA                        | AMP     | 10 mg/mL x 2 mL            |        |      |    | 05731 | SALBUTAMOL                              | IVY     | 200 mg                        |       |      |    |
| 01864                   | CIPROFLOXACINO                           | TAB    | 500 mg                |       |      |    | 03713 | FURSEMIDA                           | TAB     | 40 mg                      |        |      |    | 05809 | SEVOPROLOL                              | SOL     | 200 mL                        |       |      |    |
| 02051                   | CLORAMFENICOL                            | IVY    | 1g                    |       |      |    | 03747 | GENTAMICINA SULFATO                 | AMP     | 80 mg/mL x 2 mL            |        |      |    | 02922 | SINETICOL                               | SUSP    | 0.9mg/mL                      |       |      |    |
| 02052                   | CLORAMFENICOL                            | SUS    | 250 mg/mL x 60 mL     |       |      |    | 03758 | GENTAMICINA                         | TAB     | 5mg                        |        |      |    | 05856 | SODIO BICARBONATO                       | AMP     | 8.4 g/100 mL (8.4 g x 20 mL)  |       |      |    |
| 02053                   | CLORAMFENICOL                            | TAB    | 500 mg                |       |      |    | 18238 | HEPTO DOLAR SODICO                  | IVY     | 20 mg x 5mg                |        |      |    | 05873 | SODIO CLORURO                           | IVY     | 200 mg/100 mL (200 mg x 1 L)  |       |      |    |
| 02145                   | CLORFENAMINA MALEATO                     | TAB    | 4 mg                  |       |      |    | 04024 | BUPROPIENO                          | SUS     | 100 mg/mL x 1 mL           |        |      |    | 05889 | SODIO CLORURO (HIPEROSOL)               | JRE     | 20 g/100 mL (20 g x 1 L)      |       |      |    |
| 02145                   | CLORFENAMINA MALEATO                     | AMP    | 10 mg/mL x 1 mL       |       |      |    | 04034 | BUPROPIENO                          | TAB     | 400 mg                     |        |      |    | 05889 | SOLUCION POLIESTER                      | FCO-SOL | 100 mg x 1 L                  |       |      |    |
| 02145                   | CLORFENAMINA MALEATO                     | JRE    | 2 mg/mL x 120 mL      |       |      |    | 04167 | CLORFENAMINA (sodio cloruro)        | IVY     | 50mg/mLx10mL               |        |      |    | 05889 | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM            | FCO-SOL | 200 mg x 40 mg/mL x 60 mL     |       |      |    |
| 02262                   | CLORURO DE SULFAMETOXAZOL (DILTIOZEM)    | AMP    | 8 mg/mL x 10 mL       |       |      |    | 04248 | KETOROLAC                           | IVY     | 30 mg/mL (30 mg)           |        |      |    | 03315 | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM            | TAB     | 200 mg x 100 mg               |       |      |    |
| 02191                   | CLUSTRIMOL                               | CBS    | 10/100 mLx200         |       |      |    | 04291 | LACTULOSA                           | SUS     | 100 mg/mL x 100 mL         |        |      |    | 03315 | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM            | TAB     | 400 mg x 100 mg               |       |      |    |
| 02454                   | CLUSTRIMOL                               | IVY    | 500 mg                |       |      |    | 04394 | LODOPACINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA | AMP     | 20 mg/mL x 1 mL            |        |      |    | 05111 | TETRAZOLINA CLORHIDRATO                 | POT-IVY | 1 g/100 mL x 6 mL             |       |      |    |
| 04666                   | MEPOTENIL                                | IVY    | 500 mg                |       |      |    | 04390 | LODOPACINA GIPRESEPTIVAS            | AMP     | 2 g/100 mL (2g x 20 mL)    |        |      |    | 05233 | TRAMADOL CLORHIDRATO                    | TAB     | 50mg                          |       |      |    |
| 20201                   | AGUA DESTILADA                           | FCO    | 1 L                   |       |      |    | 00038 | TAMPOLINA                           | AMP     | 8.6                        |        |      |    | 06231 | TRAMADOL CLORHIDRATO                    | IVY     | 50 mg/mL                      |       |      |    |
| 00023                   | ACIDO TRANEXAMICO                        | TAB    | 1g                    |       |      |    | 05902 | ATROVATINA                          | TAB     | 10mg                       |        |      |    | 05471 | VANOCOLINA                              | IVY     | 500 mg                        |       |      |    |
| INSUMOS COMPLEMENTARIOS |  |        |                       |       |      |    |       |                                     |         |                            |        |      |    |       |   |         |                               |       |      |    |
| COD                     | NOMBRE                                   | PR     | CARACT                | PRESE | ENTR | DE | COD   | NOMBRE                              | PR      | CARACT                     | PRESE  | ENTR | DE | COD   | NOMBRE                                  | PR      | CARACT                        | PRESE | ENTR | DE |
| 15087                   | AGUIJA DE ANESTESIA EPIDURAL N° 18       | UNI    |                       |       |      |    | 16775 | BACIACA PARA NEULIZACION NEONATAL   | UNI     |                            |        |      |    | 17063 | SONDA TIPO KHER N°                      | UNI     |                               |       |      |    |
| 22593                   | AGUIJA DENTAL CORTA                      | UNI    |                       |       |      |    | 16775 | BACIACA PARA NEULIZACION PEDIATRICO | UNI     |                            |        |      |    | 17063 | SONDA TIPO KHER N°                      | UNI     |                               |       |      |    |
| 16500                   | AGUIJA DENTAL LARGA                      | UNI    |                       |       |      |    | 16775 | BACIACA PARA NEULIZACION ADULTO     | UNI     |                            |        |      |    | 17063 | SONDA TIPO KHER N°                      | UNI     |                               |       |      |    |
| 10155                   | AGUIJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 22 GUT | UNI    |                       |       |      |    | 16567 | GUANTES PARA EXAMEN N°12            | UNI     |                            |        |      |    | 24290 | SUTURA ACIDO POLILACTICO (VICRYL DEXIN) | UNI     |                               |       |      |    |
| 22736                   | AGUIJA ESPINAL DESCARTABLE 270 x 310     | UNI    |                       |       |      |    | 16569 | GUANTES QUIRURGICOS 6 1/2           | UNI     |                            |        |      |    | 32316 | VICRYL 6 1/2 10 C.A. 30 mm x 70 cm      | UNI     |                               |       |      |    |
| 10051                   | AGUIJA ESPINAL DESCARTABLE 270 x 310     | UNI    |                       |       |      |    | 16570 | GUANTES QUIRURGICOS 7 1/2           | UNI     |                            |        |      |    | 35145 | VICRYL 7 1/2 10 C.A. 30 mm x 70 cm      | UNI     |                               |       |      |    |
| 10051                   | AGUIJA ESPINAL DESCARTABLE 270 x 310     | UNI    |                       |       |      |    | 16571 | GUANTES QUIRURGICOS 7 1/2           | UNI     |                            |        |      |    | 35145 | VICRYL 30 10 C.A. 30 mm x 70 cm         | UNI     |                               |       |      |    |
| 10303                   | BOLSA COLECTORA DE ORINA                 | UNI    |                       |       |      |    | 16572 | GUANTES QUIRURGICOS 8               | UNI     |                            |        |      |    | 32123 | SUTURA ACIDO POLILACTICO 30 cm N° 15    | UNI     |                               |       |      |    |
| 10303                   | BOLSA COLECTORA DE ORINA PEDIATRICO      | UNI    |                       |       |      |    | 16572 | HOLLA BISTURI DESCARTABLE N°        | UNI     |                            |        |      |    | 12011 | SUTURA CATUT CHROMIC 100R 40            | UNI     |                               |       |      |    |
| 25793                   | CANULA BIVALVULADA PEDIATRICO            | UNI    |                       |       |      |    | 16569 | JERINGA DESCARTABLE 1 mL            | UNI     |                            |        |      |    | 18889 | SUTURA CATUT CHROMIC 200R 30            | UNI     |                               |       |      |    |
| 15336                   | CANULA BIVALVULADA PEDIATRICO            | UNI    |                       |       |      |    | 16570 | JERINGA DESCARTABLE 2 mL            | UNI     |                            |        |      |    | 12011 | SUTURA CATUT CHROMIC 200R 40            | UNI     |                               |       |      |    |
| 10440                   | CANULA BIVALVULADA PEDIATRICO            | UNI    |                       |       |      |    | 11370 | JERINGA DESCARTABLE 21 G 50 mL      | UNI     |                            |        |      |    | 25592 | SUTURA NYLON 36 TC 30                   | UNI     |                               |       |      |    |
| 15324                   | CANULA BIVALVULADA PEDIATRICO            | UNI    |                       |       |      |    | 11368 | JERINGA DESCARTABLE 21 G 100 mL     | UNI     |                            |        |      |    |       | SUTURA SEDA NEGRA TRENZADA              | UNI     |                               |       |      |    |
| 10358                   | CATERETRAVENDIDO N°                      | UNI    |                       |       |      |    | 11369 | JERINGA DESCARTABLE 220 20mL        | UNI     |                            |        |      |    | 10302 | TUBO ENDONEURAL CON GLOBO N°            | UNI     |                               |       |      |    |
| 10358                   | CATERETRAVENDIDO N°                      | UNI    |                       |       |      |    |       |                                     |         |                            |        |      |    |       |   |         |                               |       |      |    |





ITEM 4 - 10pg - 3 copies

[illegible]



ITEM 5 - 1 orig - copia



Ministerio de Salud  
Personas que atendemos Personas

## UNIDAD DE SEGUROS - RED DE SALUD MELGAR

NUMERACION

24

ESTABLECIMIENTO:

DIA: MES: AÑO: 202

| TIPO DE INTERVENCIÓN                           | COD. PREST. | PRESTACIONES  | ETAPA DE VIDA y/o Grupo Etario (Referencia) | EDAD MINIMA | EDAD MAXIMA        | TOTAL PROD. DE FUAS | OBSERV. | CODIGOS QUE SE PUEDEN ADICIONAR |     |     |     |     |     |
|--|-------------|---|---|-------------|--------------------|---------------------|---------|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|  |             |   |   |             |                    |                     |         | 007                             | 008 | 016 | 018 | 022 | 024 |
| P<br>R<br>E<br>V<br>E<br>N<br>T<br>I<br>V<br>O | 001         | CRED en menores entre 0 - 4 años  | 0-4 Años                                    | 0 días      | 4 a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 002         | CRED del recién nacido con menos de 2,500 gr, prematuro, con secuelas al nacer              | 0-1 Año                                     | 0 días      | 12 meses           |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 005         | Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición              | 0-11 Años                                   | 0 días      | 11 años            |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 007         | Suplemento de micronutrientes   | 0-4 Años                                    | 0 días      | 59 meses           |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 008         | Profilaxis antiparasitaria  | 2-14 años                                   | 2a          | 14a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 009         | Atención prenatal   | Gestante                                    | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 010         | Atención del puerperio normal   | Puerpera                                    | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 011         | Exámenes de laboratorio completo de la gestante   | Gestante                                    | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 013         | Exámenes de ecografía obstétrica  | Mujer adolescente, joven y adulto           | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 015         | Diagnóstico del embarazo  | Mujeres en edad reproductiva                | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 016         | Atención temprana para menores de 36 meses  | 0-3 Años                                    | 0 días      | 35 meses y 29 días |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 017         | Atención Integral del adolescente   | 12-17 Años                                  | 12a         | 17a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 018         | Salud reproductiva (planificación familiar)   | Mujeres y varones                           | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 019         | Detección trastorno agudeza visual y ceguera  | 0-17 años                                   | 0 días      | 17a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 020         | Salud Bucal   | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 021         | Prevención de caries  | 2 Años a +                                  | 6 meses     | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 022         | Detección de problemas en Salud Mental  | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 023         | Detección precoz de cáncer de próstata (PSA)  | Adultos                                     | 45 a        | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 024         | Detección precoz de cáncer cérvico-uterino  | Mujeres                                     | 9 a         | 65a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 025         | Detección precoz de cáncer de mama (Mamografía)   | Mujeres                                     | 20 a        | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 029         | Tamizaje Neonatal   | 0-28 días                                   | 0 días      | 28 días            |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 118         | Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años                             | 5-9 Años                                    | 5 a         | 9 a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 119         | Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años                                | 10-11 Años                                  | 10 a        | 11 a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 902         | Atención Preconcepcional  | Mujeres en edad reproductiva                | 18 a        | 45a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 903         | Atención Integral de Salud del Adulto Mayor   | 60 a más años                               | 60 a        | 120 a              |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 904         | Atención Integral de Salud del Joven y Adulto   | 18 - 59 años                                | 18 a        | 59 a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 911         | Instrucción de Higiene Oral y Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 026         | Tratamiento profiláctico para gestante positiva a prueba rápida ELISA VIH                   | Gestante                                    | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 027         | Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH   | Menores de 12 meses                         | 0 días      | 12 meses           |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 050         | Atención inmediata del recién nacido normal   | RN menor de 29 días                         | 0 días      | 2d                 |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 054         | Atención de parto vaginal   | 09 a 60 años                                | 9 a         | 60a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 053         | Tratamiento de VIH-SIDA (0-19a)   | 0-19 Años                                   | 0 días      | 19a                |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 056         | Consulta externa  | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 057         | Oblitacion y curación dental simple   |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 058         | Oblitacion y curación dental compuesta  |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 059         | Extracción dental (exodoncia)   |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 060         | Atención extramural urbana y periurbana (Visita domiciliar)                                 |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 061         | Atención en tópico  |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 062         | Atención por emergencia   |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 063         | Atención por emergencia con observación   |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 070         | Atención odontológica especializada   |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 071         | Apoyo al diagnóstico  |   | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 074         | Tratamiento de ITS en adolescentes, adultos y adultos mayores                               | 10 años a más                               | 10a         | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 075         | Atención extramural rural (Visita domiciliar)   | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 901         | Apoyo al Tratamiento  | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 906         | Consulta externa por profesionales no médicos ni odontólogos                                | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 907         | Atención por Tele salud   | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 908         | Atención domiciliar   | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 909         | Teleorientación   | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
|  | 910         | Telemonitoreo con prescripción y entrega de medicamentos                                    | Todas las Edades                            | 0 días      | 120a               |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
| PREVENTIVO                                     |             |   |   |             |                    |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
| RECUPERATIVO                                   |             |   |   |             |                    |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |
| TOTAL  |             |   |   |             |                    |                     |         |                                 |     |     |     |     |     |

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO

RECEPCION

| AUDITORIA    | FUAS CONFORMES | FUAS OBSERVADAS |
|--------------|----------------|-----------------|
| MATERNO      |                |                 |
| NIÑO         |                |                 |
| CONS. EXTER. |                |                 |
| ODONTOLOGIA  |                |                 |
| TOTAL        |                |                 |

| AUDITORIA    | FUAS CONFORMES | FUAS OBSERVADAS |
|--------------|----------------|-----------------|
| SALUD MENTAL |                |                 |
| VISITAS      |                |                 |
| OTROS        |                |                 |
| TOTAL        |                |                 |

AUDITOR MEDICO

AUDITOR OBSTETRA

AUDITOR ENFERMERIA

RECEPCION DIGITACION





ITEM 6 - 1 - ORIGINAL y copia



PERÚ Ministerio de Salud



0000546

Red Nacional de  
**TeleSalud**  
Perú

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Producción de datos N° 29733)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

### Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

|                                   |             |        |  |
|-----------------------------------|-------------|--------|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS:              |             |        |  |
| CON DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | EDAD:       | FECHA: |  |
| N° DE HISTORIA CLÍNICA:           | N° CELULAR: |        |  |

### DE SER EL CASO

|  |             |  |  |
|--|-------------|--|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE U APODERADO: |             |  |  |
| CON DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                  | N° CELULAR: |  |  |

Declaro haber sido informado/a por: \_\_\_\_\_, para realizar una teleconsulta que consiste en remitir mi información clínica mediante tecnología, información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de video conferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante: \_\_\_\_\_ (\*) con el Centro Consultor: \_\_\_\_\_ (\*\*), para ser evaluado por un profesional de la salud.

El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se conecten en las sesiones de teleconsulta, para ella autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptable; así como que será informado antes del inicio de la videoconferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la teleconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleconsulta.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de normativa legal vigente; SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.

|  |                                   |           |                |
|--|-----------------------------------|-----------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, consiento que sea grabado | Imágenes de ayuda diagnóstica ( ) |           | Fotografía ( ) |
| <input type="checkbox"/> No, consiento que sea grabado | Video ( )                         | Audio ( ) | Todo ( )       |

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del Centro Consultante y del Centro Consultor, respectivamente.

Si deseo ejercer mis derechos reconocidos en la Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias ante alguno de los establecimientos de salud que participan en la teleconsulta, enviaré una comunicación escrita según corresponda:

|        |           |                    |
|--------|-----------|--------------------|
| IPRESS | Domicilio | Correo Electrónico |
| (*)    |           |                    |
| (**)   |           |                    |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Firma y huella digital del usuario

|  |
|--|
|  |
|--|

Firma y sello del personal de salud del Centro  
Teleconsultante

(\*) TELECONSULTANTE

(\*\*) TELECONSULTADO



ITEM 6 - 2 - ORIGINAL y COPIA



PERÚ  
Ministerio  
de Salud



0000401

Red Nacional de  
**TeleSalud**  
Perú

## FORMATO DE RESPUESTA DE TELEINTERCONSULTA N°

AÑO: 20

### I. PROGRAMACION ACEPTADA POR TELECONSULTOR (Para ser llenada por el teleconsultor)

|                       |                                   |                  |      |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------|
| Fecha programada:     |                                   | Hora programada: |      |
| IPRESS Teleconsultor: | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI | Código RENIPRESS | 3156 |

### II. ATENCION DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el teleconsultor)

#### 1. DATOS DEL PACIENTE

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES                     |   | DNI (*) N°   |  |
| Fecha de Nacimiento:                    | Edad:   | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>                                | N° Historia Clínica  |
| Condición: SIS <input type="checkbox"/> | Pagante: <input type="checkbox"/>   | Otros: <input type="checkbox"/>  | UPSS Procedencia: Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> |
| Dirección:                              | Distrito:   | Provincia:   | Departamento   |
| Motivo de Solicitud de Teleconsulta:    | Opinión médica <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> | Opinión Médica Especialidad <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> |  |
|   | Referencia <input type="checkbox"/>   | Emergencia <input type="checkbox"/>  | Otros <input type="checkbox"/>   |

#### 2. DATOS DE TELECONSULTANTE (CONSIGNAR UNICAMENTE DATOS DEL CENTRO DE SALUD QUE SOLICITA LA TELEINTERCONSULTA)

|                     |                               |              |
|---------------------|-------------------------------|--------------|
| Código RENIPRES:    | IPRESS                        | Departamento |
| Nombres y Apellidos | Especialidad/Subespecialidad: | N° CMP:      |

#### 3. RESPUESTA DE TELEINTERCONSULTA

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Fecha:                    | Hora:  |
| Modalidad de Teleconsulta | Fuera de línea <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Telepresencia <input type="checkbox"/> Telejunta Médica <input type="checkbox"/> |

|   |                    |
|---|--------------------|
| Respuesta a teleconsulta (Descripción de los hallazgos) | Motivo de consulta |
|---|--------------------|

| N° | CIE 10 | DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO | P | D | R |
|----|--------|----------------------------|---|---|---|
| 1  |        |                            |   |   |   |
| 2  |        |                            |   |   |   |
| 3  |        |                            |   |   |   |
| 4  |        |                            |   |   |   |
| 5  |        |                            |   |   |   |

#### RECOMENDACIONES (OPINION)/PLAN

| Recomendaciones de Diagnóstico |  | Recomendaciones de Tratamiento |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| N°                             |  | N°                             |  |
| 1                              |  | 1                              |  |
| 2                              |  | 2                              |  |
| 3                              |  | 3                              |  |
| 4                              |  | 4                              |  |
| 5                              |  | 5                              |  |
| 6                              |  | 6                              |  |
| 7                              |  | 7                              |  |

|                               |                 |                     |                         |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|
| CONCLUSIÓN: Paciente amerita: | Manejo Conjunto | Referencia Aceptada | Referencia Condicionada |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|

#### 4. DATOS DE TELEINTERCONSULTOR

|                                    |  |               |
|------------------------------------|--|---------------|
| Nombres y Apellidos:               |  | Firma y Sello |
| Especialidad y/o Subespecialidad:  |  |               |
| N° Colegio profesional CMP y/o RNE |  |               |





ITEM 6-3 - ORIGINAL Y COPIA



PERÚ  
Ministerio de Salud



0000546

Red Nacional de  
**TeleSalud**  
Perú

**FORMATO DE SOLICITUD DE TELEINTERCONSULTA N°** ..... **AÑO: 20** .....

**I. SOLICITUD DE TELEINTERCONSULTA (Para ser llenado por el personal de Salud que solicita la teleinterconsulta)**

**1.- DATOS DEL CENTRO TELEINTERCONSULTANTE**

|                           |   |                                   |                                 |  |
|---------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Fecha:                    | Hora:                                   | Código RENIPRESS                  | <b>3156</b>                     | <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI X</b>                                       |
| Modalidad de Teleconsulta | Fuera de línea <input type="checkbox"/> | En línea <input type="checkbox"/> | Simple <input type="checkbox"/> | Telepresencia <input type="checkbox"/> Telejunta Médica <input type="checkbox"/> |

**2.- DATOS DEL PACIENTE (CONSIGNAR DATOS COMPLETOS PARA HACER SEGUIMIENTO)**

|   |  |   |
|---|--|---|
| APELLIDOS Y NOMBRES   | N° CELULAR   | DNI (*) N°  |
| Fecha de Nacimiento:  | Edad:  | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| N° Historia Clínica   | Cama N°  |   |
| Condición: SIS <input type="checkbox"/> Pagante: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> | UPSS Procedencia: Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>                                 |   |
| Dirección:  | Distrito:  | Provincia: Departamento:                                    |
| Motivo de Solicitud de Teleconsulta:  | Opinión médica <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> Opinión Médica Especialidad <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> |   |
| Referencia <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>    |  |   |

|  |                    |
|--|--------------------|
| Relato Médico (Descripción de los hallazgos) | Motivo de consulta |
|--|--------------------|

|                |      |   |     |    |    |    |       |     |       |
|----------------|------|---|-----|----|----|----|-------|-----|-------|
| Examen físico: | P/A: | / | FC: | F: | X: | T: | Peso: | Kg. | Tall: |
|----------------|------|---|-----|----|----|----|-------|-----|-------|

| Tratamiento Actual: |  | Exámenes de Laboratorio (Relevantes): |  |
|---------------------|--|---------------------------------------|--|
| N°                  |  | N°                                    |  |
| 1                   |  | 1                                     |  |
| 2                   |  | 2                                     |  |
| 3                   |  | 3                                     |  |
| 4                   |  | 4                                     |  |
| 5                   |  | 5                                     |  |
| 6                   |  | 6                                     |  |
| 7                   |  | 7                                     |  |

| N° | CIE 10 | DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO | P | D | R |
|----|--------|----------------------------|---|---|---|
| 1  |        |                            |   |   |   |
| 2  |        |                            |   |   |   |
| 3  |        |                            |   |   |   |
| 4  |        |                            |   |   |   |
| 5  |        |                            |   |   |   |

**4. DATOS DE TELEINTERCONSULTOR**

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| Nombres y Apellidos:               | Firma y Sello |
| Especialidad y/o Subespecialidad:  |               |
| N° Colegio profesional CMP y/o RNE |               |

**4. DATOS DE TELEINTERCONSULTOR**

|                       |                  |                                  |
|-----------------------|------------------|----------------------------------|
| Fecha programada:     | Hora programada: | Código RENIPRESS (Teleconsultor) |
| IPRESS Teleconsultor: |                  |                                  |

(\*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de Extranjería o Cédula de identidad.



ITEM 7 - 1 orig. - 2 copias

2500001



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Red de Salud  
Melgar

## HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL

NUMERACIÓN

0003401

### 1. DATOS GENERALES

|   |                            |  |  |  |  |   |   |
|---|----------------------------|--|--|--|--|---|---|
| Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Hora: <input type="text"/> | Seguro<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | Tipo de Seguro<br>1. SIS<br>2. EsSALUD<br>3. SOAT<br>4. POLICÍA NACIONAL<br>5. FUERZA ARMADA<br>6. OTRO(ESPECIFICAR) | Seguro SIS<br>1. Subsidiado<br>2. Semisubsidiado | Código del Asegurado<br><input type="text"/> | Nro. Hoja de Referencia<br><input type="text"/> | Nro. Historia Clínica<br><input type="text"/> |
|---|----------------------------|--|--|--|--|---|---|

|               |                                 |               |                                  |
|---------------|---------------------------------|---------------|----------------------------------|
| Código RENAES | Establecimiento de salud origen | Código RENAES | Establecimiento de salud destino |
|---------------|---------------------------------|---------------|----------------------------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Servicio origen de la referencia (UPS)       |  | Servicio origen de la referencia (UPS)       |  |
| 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> | 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> | 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> | 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> |
| 3. Emergencia <input type="checkbox"/>       | 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>      | 3. Emergencia <input type="checkbox"/>       | 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>      |

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

|   |                            |                               |   |                            |                                   |                         |          |                  |                  |
|---|----------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------|------------------|------------------|
| DNI <input type="text"/>  | CE <input type="text"/>    | PASS <input type="text"/>     | DIE <input type="text"/>                        | S/DOC <input type="text"/> | RN <input type="text"/>           | NN <input type="text"/> | Nombres  | Apellido Paterno | Apellido Materno |
| Nro. DNI <input type="text"/>   | Menor sin DNI:             |                               | Nro. DNI madre o apoderado <input type="text"/> |                            | (Nro hijo(a) <input type="text"/> |                         |          |                  |                  |
| Fecha Nacimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Edad: <input type="text"/> | Sexo <input type="checkbox"/> |   |                            |                                   |                         |          |                  |                  |
| Dirección   |                            |                               | Departamento                                    |                            | Provincia                         |                         | Distrito |                  |                  |

### 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de ingreso  /  /

|   |          |   |   |   |
|---|----------|---|---|---|
| Diagnóstico de origen:                        | CIE - 10 | D | P | R |
| Diagnóstico de ingreso:                       | CIE - 10 | D | P | R |
| Diagnóstico de egreso:                        | CIE - 10 | D | P | R |
| Diagnóstico de egreso:                        |          |   |   |   |
| Adjuntar informes reportes del procedimiento: |          |   |   |   |



### 4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

|  |  |  |  |  |                                     |                                       |                                       |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Diagnóstico de la referencia                       | De la comunidad <input type="checkbox"/> | De un establecimiento de Salud <input type="checkbox"/>      | Autorreferencia <input type="checkbox"/> |  |                                     |                                       |                                       |
| Calificación de la referencia                      | Justificada <input type="checkbox"/>     | Injustificada <input type="checkbox"/>                       |  |  |                                     |                                       |                                       |
| UPS que contrarrefiere                             | Consulta exter. <input type="checkbox"/> | Apoyo al Dx y tto. (adjuntar orden) <input type="checkbox"/> | Emergencia <input type="checkbox"/>      | Hospitalización <input type="checkbox"/> |                                     |                                       |                                       |
| Especialidad que ordena la contrarreferencia       | Medicina <input type="checkbox"/>        | Pediatría <input type="checkbox"/>                           | Cirugía <input type="checkbox"/>         | Gineco - obst. <input type="checkbox"/>  | Radiología <input type="checkbox"/> | Lab. Clínico <input type="checkbox"/> | Otro especifique <input type="text"/> |
| Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento |  |  |  |  |                                     |                                       |                                       |

|   |  |
|---|--|
| Condición del Usuario para la contrarreferencia   |  |
| Curado <input type="checkbox"/>                   | Decesión <input type="checkbox"/>          |
| Mejorado en tratamiento <input type="checkbox"/>  | Retiro voluntario <input type="checkbox"/> |
| Atendido por apoyo al Dx <input type="checkbox"/> | Fallecido <input type="checkbox"/>         |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Responsable de la contrarreferencia |  |
| Nombre                              | <input type="text"/>   |
| N de Colegiatura                    | <input type="text"/>   |
| DNI                                 | <input type="text"/>   |
| Profesión                           | <input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetriz<br><input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |
| Firma y Sello                       |  |





*STEP 8 + CONTENIDO*



## **MINISTERIO DE SALUD**

REGION DE SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

## **REGISTRO DE REFERENCIA**

**RED DE SALUD MELGAR**





ITEM 9 + contenido



**MINISTERIO DE SALUD**

**REGION DE SALUD PUNO**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

## **REGISTRO DE CONTRARREFERENCIA**

**RED DE SALUD MELGAR**





FORMATOS A IMPRIMIR PARTE II-25

| COD_IPRESS  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                              | CANTIDAD | NUMERACION |          |          |        |
|-------------|---|----------|------------|----------|----------|--------|
|             |   |          | LOTE       | DEL      | AL       |        |
| 0000035288  | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)                   | 12000    | 25         | 00013001 | 00025000 | ITEM 2 |
|             | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)(HOJA TERAPEUTICA) | 12000    | 25         | 00013001 | 00025000 | ITEM 3 |
| 0000035156  | CONO NORTE  | 50000    | 25         | 00050001 | 00100000 |        |
| 0000003160  | PUEBLO LIBRE  | 4900     | 25         | 00006101 | 00011000 |        |
| 0000003158  | CONDORMILLA BAJO                                      | 2400     | 25         | 00002501 | 00004900 |        |
| 0000003161  | SUNIMARCA   | 2300     | 25         | 00002001 | 00004300 |        |
| 0000006704  | CONDORMILLA ALTO                                      | 2900     | 25         | 00001801 | 00004700 |        |
| 0000003188  | UMACHIRI  | 7200     | 25         | 00006801 | 00014000 |        |
| 0000003189  | UNION COLLANA   | 1800     | 25         | 00001401 | 00003200 |        |
| 0000003187  | CHUQUIBAMBILLA  | 4600     | 25         | 00005401 | 00010000 |        |
| 0000002962  | ANTAUTA   | 9100     | 25         | 00007901 | 00017000 |        |
| 0000002963  | LARIMAYO  | 6800     | 25         | 00008201 | 00015000 |        |
| 0000003166  | MACARI  | 8100     | 25         | 00014901 | 00023000 |        |
| 0000003168  | HUAMANRURO  | 2400     | 25         | 00003501 | 00005900 |        |
| 0000003167  | ALTO COLLANA  | 1800     | 25         | 00002601 | 00004400 |        |
| 0000003170  | SELQUE  | 2100     | 25         | 00002301 | 00004400 |        |
| 0000006705  | BAJO COLLANA  | 1200     | 25         | 00001401 | 00002600 |        |
| 0000003152  | PUCARA  | 11200    | 25         | 00013801 | 00025000 |        |
| 0000003153  | COLQUE  | 3500     | 25         | 00003001 | 00006500 |        |
| 0000003155  | TUNI GRANDE   | 2800     | 25         | 00002901 | 00005700 |        |
| 0000006703  | ANGARA ALTO   | 1800     | 25         | 00001701 | 00003500 |        |
| 0000003154  | CHIUNAYA  | 600      | 25         | 00001901 | 00002500 |        |
| 0000003144  | COAZA   | 9200     | 25         | 00010101 | 00019300 |        |
| 0000003145  | ESQUENA   | 2000     | 25         | 00002301 | 00004300 |        |
| 0000003146  | UCHUHUMA  | 1800     | 25         | 00002801 | 00004600 |        |
| 0000019571  | AYUSUMA   | 1100     | 25         | 00001901 | 00003000 |        |
| 0000019570  | SACO  | 300      | 25         | 00000701 | 00001000 |        |
| 0000019572  | TAHUANA   | 800      | 25         | 00001001 | 00001800 |        |
| 0000003147  | CRUCERO   | 11000    | 25         | 00024001 | 00035000 |        |
| 0000003148  | ORURO   | 2000     | 25         | 00002501 | 00004500 |        |
| 0000006700  | OSCOROQUE   | 900      | 25         | 00001301 | 00002200 |        |
| 0000003192  | CAPILLA PAMPA   | 1500     | 25         | 00001601 | 00003100 |        |
| 0000003142  | POTONI  | 5500     | 25         | 00007501 | 00013000 |        |
| 0000003143  | CARLOS GUTIERREZ                                      | 5700     | 25         | 00006201 | 00011900 |        |
| 0000003191  | PATAMBUCO   | 6000     | 25         | 00008001 | 00014000 |        |
| 0000003193  | PUNA AYLLU  | 1000     | 25         | 00002601 | 00003600 |        |
| 0000019573  | CANU CANU   | 1600     | 25         | 00002401 | 00004000 |        |
| 00000033925 | PUNCO KEARI   | 400      | 25         | 00001001 | 00001400 |        |
| 0000003149  | USICAYOS  | 7200     | 25         | 00010801 | 00018000 |        |
| 0000003150  | SALLACONI   | 1100     | 25         | 00001601 | 00002700 |        |
| 0000003164  | LLALLI  | 10300    | 25         | 00012201 | 00022500 |        |
| 0000003162  | CUPI  | 4600     | 25         | 00006401 | 00011000 |        |
| 0000003163  | NINA CORANI   | 1000     | 25         | 00001301 | 00002300 |        |
| 0000003151  | OCUVIRI   | 3000     | 25         | 00004701 | 00007700 |        |
| 0000003165  | VILCAMARCA  | 1000     | 25         | 00001101 | 00002100 |        |
| 0000006698  | PARINA  | 1000     | 25         | 00001301 | 00002300 |        |
| 0000003171  | NUÑO  | 16700    | 25         | 00013701 | 00030400 |        |
| 0000003173  | CHIRIUNO  | 2000     | 25         | 00001001 | 00003000 |        |
| 0000003172  | CANGALLI PICHACANI                                    | 2100     | 25         | 00001201 | 00003300 |        |
| 0000003175  | PASANACOLLO   | 4100     | 25         | 00002101 | 00006200 |        |
| 0000003174  | HUAYCHO   | 1000     | 25         | 00001001 | 00002000 |        |
| 0000003176  | PUCARAPATA  | 1500     | 25         | 00001401 | 00002900 |        |
| 0000003183  | JANCHALLANI   | 2000     | 25         | 00001601 | 00003600 |        |
| 0000003180  | CAYARANI  | 600      | 25         | 00000601 | 00001200 |        |
| 0000035153  | ORURILLO  | 10200    | 25         | 00012501 | 00022700 |        |
| 0000003178  | ACLLAMAYO   | 2300     | 25         | 00002901 | 00005200 |        |
| 0000003179  | BALSAPATA   | 3000     | 25         | 00003701 | 00006700 |        |
| 0000003181  | CHOQUESANI  | 2700     | 25         | 00003501 | 00006200 |        |
| 0000003182  | ICHUCAHUA   | 900      | 25         | 00001901 | 00002800 |        |
| 0000003194  | PHARA   | 9100     | 25         | 00010901 | 00020000 |        |
| 0000003195  | APOROMA   | 800      | 25         | 00000801 | 00001600 |        |
| 0000003196  | CHEJANI   | 1800     | 25         | 00002501 | 00004300 |        |
| 0000003190  | LIMBANI   | 7600     | 25         | 00005701 | 00013300 |        |
| 0000003197  | HUANCASAYANI  | 2000     | 25         | 00002001 | 00004000 |        |
| 0000003198  | PACOPACUNI  | 1000     | 25         | 00000601 | 00001600 |        |
| 0000003184  | SANTA ROSA  | 15700    | 25         | 00014301 | 00030000 |        |
| 0000003185  | KUNURANA BAJO   | 1300     | 25         | 00001801 | 00003100 |        |
| 0000010029  | KUNURANA ALTO   | 1500     | 25         | 00001501 | 00003000 |        |
| 0000003186  | PICCHU  | 1900     | 25         | 00002301 | 00004200 |        |
| 0000003169  | QUISHUARA   | 4300     | 25         | 00004501 | 00008800 |        |
| 0000006706  | SANTA CRUZ  | 1200     | 25         | 00001201 | 00002400 |        |
| 0000019512  | JUSTO JUEZ JATUN AYLLU                                | 1800     | 25         | 00001901 | 00003700 |        |
| 0000025975  | C.S.M.C. ALLIN KAWSAY - AYAVIRI                       | 6400     | 25         | 00006601 | 00013000 |        |
|             |   | 337000   |            |          |          |        |

|   |      |    |          |          |
|---|------|----|----------|----------|
| FORMATOS ADMINISTRATIVOS (TRASLADOS Y CASA MATERNA) |      |    |          | ITEM 4   |
| FUA ADMINISTRATIVA                                  | 3000 | 25 | 00005001 | 00008000 |

|  |      |    |          |          |
|--|------|----|----------|----------|
| CONSOLIDADO DE FORMATOS UNICOS DE ATENCION |      |    |          | ITEM 5   |
| CONSOLIDADO DE FORMATOS                    | 5000 | 26 | 00000001 | 00005000 |

|   |      |    |          |          |
|---|------|----|----------|----------|
| FORMATOS ADMINISTRATIVOS (TELE SALUD)     |      |    |          | ITEM 6   |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO                  | 4000 | 25 | 00003001 | 00007000 |
| FORMATO DE SOLICITUD DE TELEINTERCONSULTA | 4000 | 25 | 00003001 | 00007000 |
| FORMATO RESPUESTA TELECONSULTA            | 2000 | 25 | 00003001 | 00005000 |

|                             |       |    |          |          |
|-----------------------------|-------|----|----------|----------|
| FORMATO DE CONTRAREFERENCIA |       |    |          | ITEM 7   |
| CONTRAREFERENCIA            | 20000 | 25 | 00000001 | 00020001 |

|                           |        |  |  |  |
|---------------------------|--------|--|--|--|
| TOTAL FORMATOS A IMPRIMIR | 355000 |  |  |  |
|---------------------------|--------|--|--|--|

|                    |  |    |  |        |
|--------------------|--|----|--|--------|
| LIBROS DE REGISTRO |  |    |  |        |
| REFERENCIA         |  | 10 |  | ITEM 8 |
| CONTRAREFERENCIA   |  | 40 |  | ITEM 9 |





FORMATOS A IMPRIMIR PARTE I-26

| COD_IPRESS | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                              | CANTIDAD | LOTE | NUMERACION |          |        |
|------------|---|----------|------|------------|----------|--------|
|            |   |          |      | DEL        | AL       |        |
| 0000035288 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)                   | 12800    | 26   | 00000001   | 00012800 | ITEM 2 |
|            |   | 200      |      |            |          |        |
|            | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)(HOJA TERAPEUTICA) | 12800    | 26   | 00000001   | 00012800 | ITEM 3 |
|            |   | 200      |      |            |          |        |
| 0000035156 | CONO NORTE  | 45000    | 26   | 00050001   | 00095000 | ITEM 1 |
| 0000003160 | PUEBLO LIBRE  | 6100     | 26   | 00000001   | 00006100 |        |
| 0000003158 | CONDORMILLA BAJO                                      | 2500     | 26   | 00000001   | 00002500 |        |
| 0000003161 | SUNIMARCA   | 2000     | 26   | 00000001   | 00002000 |        |
| 0000006704 | CONDORMILLA ALTO                                      | 1800     | 26   | 00000001   | 00001800 |        |
| 0000003188 | UMACHIRI  | 6800     | 26   | 00000001   | 00006800 |        |
| 0000003189 | UNION COLLANA   | 1400     | 26   | 00000001   | 00001400 |        |
| 0000003187 | CHUQUIBAMBILLA  | 5400     | 26   | 00000001   | 00005400 |        |
| 0000002962 | ANTAUTA   | 7900     | 26   | 00000001   | 00007900 |        |
| 0000002963 | LARIMAYO  | 8200     | 26   | 00000001   | 00008200 |        |
| 0000003166 | MACARI  | 14900    | 26   | 00000001   | 00014900 |        |
| 0000003168 | HUAMANRURO  | 3500     | 26   | 00000001   | 00003500 |        |
| 0000003167 | ALTO COLLANA  | 2600     | 26   | 00000001   | 00002600 |        |
| 0000003170 | SELQUE  | 2300     | 26   | 00000001   | 00002300 |        |
| 0000006705 | BAJO COLLANA  | 1400     | 26   | 00000001   | 00001400 |        |
| 0000003152 | PUCARA  | 13800    | 26   | 00000001   | 00013800 |        |
| 0000003153 | COLQUE  | 3000     | 26   | 00000001   | 00003000 |        |
| 0000003155 | TUNI GRANDE   | 2900     | 26   | 00000001   | 00002900 |        |
| 0000006703 | ANGARA ALTO   | 1700     | 26   | 00000001   | 00001700 |        |
| 0000003154 | CHIJNAYA  | 1900     | 26   | 00000001   | 00001900 |        |
| 0000003144 | COAZA   | 10100    | 26   | 00000001   | 00010100 |        |
| 0000003145 | ESQUENA   | 2300     | 26   | 00000001   | 00002300 |        |
| 0000003146 | UCHUHUMA  | 2800     | 26   | 00000001   | 00002800 |        |
| 0000019571 | AYUSUMA   | 1900     | 26   | 00000001   | 00001900 |        |
| 0000019570 | SACO  | 500      | 26   | 00000001   | 00000500 |        |
| 0000019572 | TAHUANA   | 1000     | 26   | 00000001   | 00001000 |        |
| 0000003147 | CRUCERO   | 22100    | 26   | 00000001   | 00022100 |        |
| 0000003148 | ORURO   | 2500     | 26   | 00000001   | 00002500 |        |
| 0000006700 | OSCOROQUE   | 1300     | 26   | 00000001   | 00001300 |        |
| 0000003192 | CAPILLA PAMPA   | 1600     | 26   | 00000001   | 00001600 |        |
| 0000003142 | POTONI  | 7500     | 26   | 00000001   | 00007500 |        |
| 0000003143 | CARLOS GUTIERREZ                                      | 6200     | 26   | 00000001   | 00006200 |        |
| 0000003191 | PATAMBUCO   | 8000     | 26   | 00000001   | 00008000 |        |
| 0000003193 | PUNA AYLLU  | 2600     | 26   | 00000001   | 00002600 |        |
| 0000019573 | CANU CANU   | 2400     | 26   | 00000001   | 00002400 |        |
| 0000033925 | PUNCO KEARI   | 1000     | 26   | 00000001   | 00001000 |        |
| 0000003149 | USICAYOS  | 10800    | 26   | 00000001   | 00010800 |        |
| 0000003150 | SALLACONI   | 1600     | 26   | 00000001   | 00001600 |        |
| 0000003164 | LLALLI  | 12200    | 26   | 00000001   | 00012200 |        |
| 0000003162 | CUPI  | 6400     | 26   | 00000001   | 00006400 |        |
| 0000003163 | NINA CORANI   | 1300     | 26   | 00000001   | 00001300 |        |
| 0000003151 | OCUVIRI   | 4700     | 26   | 00000001   | 00004700 |        |
| 0000003165 | VILCAMARCA  | 1100     | 26   | 00000001   | 00001100 |        |
| 0000006698 | PARINA  | 1300     | 26   | 00000001   | 00001300 |        |
| 0000003171 | NUÑO  | 13700    | 26   | 00000001   | 00013700 |        |
| 0000003173 | CHIRIUNO  | 1000     | 26   | 00000001   | 00001000 |        |
| 0000003172 | CANGALLI PICHACANI                                    | 1200     | 26   | 00000001   | 00001200 |        |
| 0000003175 | PASANACOLLO   | 2100     | 26   | 00000001   | 00002100 |        |
| 0000003174 | HUAYCHO   | 1000     | 26   | 00000001   | 00001000 |        |
| 0000003176 | PUCARAPATA  | 1400     | 26   | 00000001   | 00001400 |        |
| 0000003183 | JANCHALLANI   | 1600     | 26   | 00000001   | 00001600 |        |
| 0000003180 | CAYARANI  | 600      | 26   | 00000001   | 00000600 |        |
| 0000035153 | ORURILLO  | 12500    | 26   | 00000001   | 00012500 |        |
| 0000003178 | ACLLAMAYO   | 2900     | 26   | 00000001   | 00002900 |        |
| 0000003179 | BALSAPATA   | 3700     | 26   | 00000001   | 00003700 |        |
| 0000003181 | CHOQUESANI  | 3500     | 26   | 00000001   | 00003500 |        |
| 0000003182 | ICHUCAHUA   | 1900     | 26   | 00000001   | 00001900 |        |
| 0000003194 | PHARA   | 10900    | 26   | 00000001   | 00010900 |        |
| 0000003195 | APOROMA   | 800      | 26   | 00000001   | 00000800 |        |
| 0000003196 | CHEJANI   | 2500     | 26   | 00000001   | 00002500 |        |
| 0000003190 | LIMBANI   | 5700     | 26   | 00000001   | 00005700 |        |
| 0000003197 | HUANCASAYANI  | 2000     | 26   | 00000001   | 00002000 |        |
| 0000003198 | PACOPACUNI  | 600      | 26   | 00000001   | 00000600 |        |
| 0000003184 | SANTA ROSA  | 14300    | 26   | 00000001   | 00014300 |        |
| 0000003185 | KUNURANA BAJO   | 1800     | 26   | 00000001   | 00001800 |        |
| 0000010029 | KUNURANA ALTO   | 1500     | 26   | 00000001   | 00001500 |        |
| 0000003186 | PICCHU  | 2300     | 26   | 00000001   | 00002300 |        |
| 0000003169 | QUISHUARA   | 4500     | 26   | 00000001   | 00004500 |        |
| 0000006706 | SANTA CRUZ  | 1200     | 26   | 00000001   | 00001200 |        |
| 0000019512 | JUSTO JUEZ JATUN AYLLU                                | 1900     | 26   | 00000001   | 00001900 |        |
| 0000025975 | C.S.M.C. ALLIN KAWSAY - AYAVIRI                       | 6600     | 26   | 00000001   | 00006600 |        |
|            |   | 5000     |      |            |          |        |
|            |   | 383000   |      |            |          |        |

Ing. Jaime Lima Arriola  
CIP N° 103374  
Reso de Informatica  
UNIDAD SEGUROS RED UG SALVAMORCA

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

| C | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD   |
|---|---|
|   | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 267,700.00 (doscientos sesenta y siete mil setecientos con 00/100 Soles)</b> por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de <b>33,462.50 (treinta y tres mil cuatrocientos sesenta y dos con 50/100 Soles)</b>, por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: formatos folletos, formatos únicos de atención, formato de historial clínicas, revistas, catálogos, libros, papelería, volante, almanaque, etiquetas, comprobantes, estikers, afiches, agentas.</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 pago<sup>13</sup>, 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 <b>Anexo N° 8</b> 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> |

<sup>13</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

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

*(...)*

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



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

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

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

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

#### Importante

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

#### Importante

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



#### CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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



## 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.*

### CONTRATO N° ....- 2025-REDEES-MELGAR/OEC

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-SM N° 2-2025-RSM/OEC-1

Conste por el presente documento, la contratación del **SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN, FORMATOS REFCON, FORMATOS DE FUAS ADMINISTRATIVAS Y FORMATOS DE TELESALUD Y FORMATOS DE CONSOLIDADOS PARA EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MELGAR**, que celebra de una parte la **REDEES - MELGAR**, en adelante **LA ENTIDAD**, con RUC N° **20322628642**, con domicilio legal en la **Av. Benavides esquina con Jirón Progreso Nro. S/N (al frente de la UGEL Melgar)** de la ciudad y distrito de Ayaviri, provincia de Melgar y departamento de Puno, representada por su Directora **Karim Mavel, CASTRO QUILLY**, identificada con DNI N° **40906828**, y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará **EL CONTRATISTA** en los términos y condiciones siguientes:

#### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], el órgano encargado de las contrataciones, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 2-2025-RSM/OEC-1** para la contratación de **SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN, FORMATOS REFCON, FORMATOS DE FUAS ADMINISTRATIVAS Y FORMATOS DE TELESALUD Y FORMATOS DE CONSOLIDADOS PARA EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MELGAR**, a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

Con fecha .....

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto la contratación de **SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN, FORMATOS REFCON, FORMATOS DE FUAS ADMINISTRATIVAS Y FORMATOS DE TELESALUD Y FORMATOS DE CONSOLIDADOS PARA EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MELGAR**.

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

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

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

#### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>14</sup>**

<sup>14</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en **Soles (PEN)**, en un **PAGO ÚNICO**, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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

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 **el DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**.

#### **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**

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

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

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

#### **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 **la Unidad de Seguros** en el plazo máximo de **SIETE (7) 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 **UN (1) año(s)** contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

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

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

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

Donde:

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

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

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

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

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

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

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



#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>15</sup>**

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

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

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

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

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

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

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

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

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [Av. Benavides esquina con Jirón Progreso Nro. S/N \(al frente de la UGEL Melgar\)](#) de la ciudad y distrito de Ayaviri, provincia de Melgar y departamento de Puno.

<sup>15</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).



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

CORREO ELECTRÓNICO DE **“EL CONTRATISTA”**: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO] para efectos de notificaciones, también se considerarán como validos las dirigidas a la dirección de correo electrónico

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 triplicado en señal de conformidad en la ciudad de Ayaviri, a los .....días del mes de .....del año dos mil veinticinco.

\_\_\_\_\_  
“LA ENTIDAD”

\_\_\_\_\_  
“EL CONTRATISTA”

#### Importante

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>16</sup>.*

<sup>16</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>



## ANEXOS



## ANEXO Nº 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-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 <sup>17</sup>                    |  | Sí            |  | No |  |
| Correo electrónico :                  |  |               |  |    |  |

#### Autorización de notificación por correo electrónico:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>18</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

<sup>17</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>18</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.



Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 002-2025-RSM/OEC-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 <sup>19</sup>                    |               | Sí | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |    |  |

|                                       |               |    |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|----|--|
| Datos del consorciado 2               |               |    |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |    |  |
| MYPE <sup>20</sup>                    |               | Sí | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |    |  |

|                                       |               |    |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|----|--|
| Datos del consorciado ...             |               |    |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |    |  |
| MYPE <sup>21</sup>                    |               | Sí | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |    |  |

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.

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

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Ibidem.





2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>22</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>22</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.



## ANEXO Nº 2

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-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 Nº 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 Nº 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 Nº 3

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-1**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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



## ANEXO Nº 4

### DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-1**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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



## ANEXO Nº 5

### PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-1**

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [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] Nº [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>23</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>24</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>25</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

<sup>24</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>25</sup> 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 Nº 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-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 |
|--------------|--------------|
|              |              |
| <b>TOTAL</b> |              |

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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

## ANEXO N° 8

## EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 002-2025-RSM/OEC-1**Presente.-

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

| N° | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>26</sup> | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>27</sup> | EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>28</sup> DE: | MONEDA | IMPORTE <sup>29</sup> | TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>30</sup> | MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>31</sup> |
|----|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 2  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 3  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 4  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |

<sup>26</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>27</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>28</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

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

<sup>30</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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



## ANEXO N° 9

### DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 002-2025-RSM/OEC-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° 10

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 002-2025-RSM/OEC-1**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

### **Importante**

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



**Importante**

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

**ANEXO Nº 10**

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-1**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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





## ANEXO Nº 11

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

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-1**  
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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



## ANEXO Nº 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

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 002-2025-RSM/OEC-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] Nº [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.*