

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

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



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

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

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

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

INSTRUCCIONES DE USO:

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombreadar.
- 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 ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL



ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N.º 03-2024-RSSCH- CS

BASES ADMINISTRATIVAS

PRIMERA CONVOCATORIA

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO: DE IMPRESIONES EN
GENERAL DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN
ENTRE OTROS EN GENERAL DE RED DE SERVICIOS
DE SALUD CHUMBIVILCAS.**

2024

DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

CAPÍTULO I

ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

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

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

1.2. CONVOCATORIA

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

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

Importante

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

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

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

Importante

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

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

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

Importante

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

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

Importante

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

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda

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

ser descargado y su contenido sea legible.

Importante

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

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

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

Importante

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

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

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.

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 accesoría, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

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

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

Importante

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

Advertencia

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

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*

4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.

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

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

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

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

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

3.5. ADELANTOS

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

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

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

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

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

3.8. PAGOS

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos

a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

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

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

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

Advertencia

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

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : UNIDAD EJECUTORA N.º 411 RED DE SERVICIOS SALUD
CHUMBIIVLCAS
RUC N° : 20602114075
Domicilio legal : CALLE 02 DE MAYO S/N
Teléfono: :
Correo electrónico: : uessch411.logistica@gmail.com

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la **CONTRATACION DE SERVICIO: DE IMPRESIONES EN GENERAL DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN ENTRE OTROS EN GENERAL DE RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS.**

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N.º 02- Numero 04-2024-LOG-RSSCH, de fecha 012 de marzo de 2024.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

D.T.

Importante

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

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No corresponde

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de 15 Días calendarios en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de solicitar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 5.00 (Cinco con 00/100 soles), en la Unidad de Tesorería o caja de la Entidad, sitio Calle 2 De mayo S/N Distrito de Santo Tomás Provincia de Chumbivilcas Departamento de Cusco, el ejemplar de las bases se entregará en la oficina de la unidad de Logística de la Red de Salud N° 411 en el horario de 09:30 a 17:30 horas.

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

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

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

CAPÍTULO II

DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

Importante

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

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

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

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

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

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

Advertencia

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

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento

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

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

(Anexo N°2)

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

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

Importante

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

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

Advertencia

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

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

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

Importante para la Entidad

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

2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

N ° de Cuenta : 00-223-008437

Banco : BANCO DE LA NACION

N° CCI⁷ : 018-223-00022300843784

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

Advertencia

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

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de

⁷ En caso de transferencia interbancaria.

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

- plazo mediante medios electrónicos de comunicación⁹. (**Anexo N° 12**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado¹⁰.
- j) Estructura de costos¹¹.
- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete¹².

Importante

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

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en*

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

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

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

¹² Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya¹³.

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

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Mesa de Partes de la Unidad Ejecutora N° 411 salud Chumbivilcas, sitio en la Calle Dos de Mayo s/n segundo piso, del Distrito de Santo Tomas, Provincia de Chumbivilcas, Departamento de Cusco.

NOTA: Toda documentación presentada deberá ser firmada y sellada por el representante legal y/o contratista en todos sus extremos.

2.6. FORMA DE PAGO

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

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

- Informe del funcionario responsable del Unidad de seguros emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- El contratista deberá presentar carta de Cumplimiento del servicio presentado por mesa de partes de la entidad.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en la oficina de Logística de la Red de Salud N° 411 Chumbivilcas, sito en la Calle Dos de Mayo s/n segundo piso, del distrito de Santo Tomas, provincia de Chumbivilcas, departamento de Cusco.

¹³ 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

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

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO

AREA USUARIA:	UNIDAD DE SEGUROS
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:	CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL DE FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN ENTRE OTROS EN GENERAL DE RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS.

1. FINALIDAD PUBLICA

El presente proceso busca garantizar la provisión de Formatos Únicos de Atención (FUA), hojas de referencias y contrareferencia, epicrisis, ordenes de laboratorio, historias clínicas, formatos necesarios para la apertura historia clínica, volantes y banner que promuevan los derechos y deberes de los asegurados, así como para las campañas de afiliación dirigidos a los asegurados de las IPRESS de la Unidad Ejecutora 411 Salud Chumbivilcas, que permita la continuidad del proceso de atención de los usuarios asegurados al Seguro Integral de Salud SIS

2. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de Formatos Únicos de Atención (FUA), hojas de referencias y contrareferencia, epicrisis, ordenes de laboratorio, historias clínicas, formatos necesarios para la apertura historia clínica, volantes y banner, ya que estos son instrumento en el que se registra los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) como del asegurado que la recibe, se caracteriza por contener una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS así como para los procesos de validación prestacional y como comprobante del pago de prestaciones y tiene carácter de declaración jurada.

3. AFECTACION PRESUPUESTAL

- Fuente de Financiamiento: **Donaciones y transferencias**
- Meta 0004: Atención Prenatal reenforcada
- Meta 0019: Despistaje de tuberculosis en sintomáticos respiratorios
- Meta 0043: Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades no Transmisibles
- Meta 0100: Promoción de convivencia saludable en familias con gestantes o niños
- Meta 0115: Niños con CRED completo según edad

4. ALCANCES DEL SERVICIO:

4.1. FORMATO UNICO DE ATENCION

Para la impresión de Formato Único de Atención considerar la información del cuadro:

N°	EE. SS	CATEGORIA EESS	CODIGO RENAES	N° BLOCK	N° HOJAS	NUMERACION	
						DE	AL
1	SANTO TOMAS	II-1	0000002398	700	35000	16139605	16174605
2	CANCAHUANI	I-1	0000009963	160	8000	16174606	16182606
3	CCAPACMARCA	I-3	0000002401	370	18500	16182607	16201107
4	TAHUAY	I-1	0000027009	90	4500	16201108	16205608
5	COLQUEMARCA	I-3	0000002404	600	30000	16205609	16235609
6	CHARAMURAY	I-1	0000002405	130	6500	16235610	16242110

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

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

7	HUAYLLANI	I-1	0000008914	160	8000	16242111	16250111
8	YANQUE	I-2	0000012932	210	10500	16250112	16260612
9	CCOYO	I-1	0000006981	40	2000	16260613	16262613
10	HUARACO	I-1	0000008913	70	3500	16262614	16266114
11	LLIQUE	I-2	0000006746	85	4250	16266115	16270365
12	MELLOTOTORA	I-1	0000006982	80	4000	16270366	16274366
13	PFULLPURI CONDEPAMPA	I-2	0000008915	500	25000	16274367	16299367
14	YORENCCA	I-1	0000007112	60	3000	16299368	16302368
15	ALHUACCHULLO	I-2	0000002400	100	5000	16302369	16307369
16	COLLPA	I-2	0000006748	70	3500	16307370	16310870
17	ORCCOMA	I-1	0000006983	50	2500	16310871	16313371
18	YAVINA	I-1	0000007111	50	2500	16313372	16315872
19	AÑAHUICHI	I-2	0000002403	120	6000	16315873	16321873
20	CCONCHACCOLLO	I-1	0000016330	90	4500	16321874	16326374
21	CHAMACA	I-2	0000002402	500	25000	16326375	16351375
22	INGATA	I-1	0000016329	95	4750	16351376	16356126
23	UCCHUCCARCCO	I-1	0000016328	90	4500	16356127	16360627
24	AUSANTA	I-1	0000016327	55	2750	16360628	16363378
25	CHILLOROYA - LIVITACA	I-1	0000016325	50	2500	16363379	16365879
26	KISIO	I-1	0000016334	60	3000	16365880	16368880
27	LIVITACA	I-4	0000002406	650	32500	16368881	16401381
28	PISQUICOCHA	I-1	0000025739	55	2750	16401382	16404132
29	PATAQUEÑA - LIVITACA	I-1	0000016332	320	16000	16404133	16420133
30	TOTORA - REYNA DE LOS ANGELES	I-1	0000025740	80	4000	16420134	16424134
31	ANTUYO	I-1	0000027008	160	8000	16424135	16432135
32	LUTTO	I-2	0000006747	250	12500	16432136	16444636
33	LLUSCO	I-2	0000002407	350	17500	16444637	16462137
34	TOTORAPALLCA	I-1	0000006985	200	10000	16462138	16472138
35	COLLANA	I-1	0000006984	150	7500	16472139	16479639
36	PUMALLACTA	I-1	0000025369	200	10000	16479640	16489640
37	QUINOTA	I-2	0000002408	450	22500	16489641	16512141
38	ALCCA VICTORIA	I-1	0000008912	60	3000	16512142	16515142
39	HUAYCUNUTA - URCURUTA	I-1	0000027016	90	4500	16515143	16519643
40	PULPERA	I-2	0000002399	600	30000	16519644	16549644
41	ARCANGEL SAN MIGUEL DE ESQUINA CONGUNYA	I-1	0000030940	70	3500	16549645	16553145
42	AYACCASI	I-1	0000027011	90	4500	16553146	16557646
43	TUNTUMA	I-1	0000025371	90	4500	16557647	16562147

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
EFECTUO 03-2024-RSSCH-03

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huilca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

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

44	VELILLE	I-3	0000002409	550	27500	16562148	16589648
TOTAL			9000		450000		

4.1. Cantidad 9000 bloques por 50 hojas con autocopiable

Material: Papel Autocopiativo, original más 1 copia
 Tamaño: A4
 Material: 01 Original de 55 gr.
 Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color amarillo
 Numeración: Personalizado por IPRESS
 Impresión: Doble cara
 Acabado: Compaginado en block de 50 unidades.
 Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 01**)

4.2. FORMATO DE REFERENCIA:

CANTIDAD: 150 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE

Impresión: Una cara
 Tamaño: A4
 Material: - 01 Original de 55 gr.
 - Copia intermedia: 55 gr. color amarillo
 - Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel.
 Impresión: Doble cara
 Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.
 Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 02**)

4.3. FORMATO DE CONTREREFERENCIAS:

CANTIDAD: 150 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE

Impresión: Una cara
 Tamaño: 21.5 cm. de Ancho x 30.5 cm. de Largo.
 Material: - 01 Original de 55 gr.
 - Copia intermedia: 55 gr. color amarillo
 - Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel.
 Impresión: Doble cara
 Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades
 Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 03**)

4.4. HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO POR LEY DE EMERGENCIA

Cantidad: 3 millares
 Material: Papel bond
 Tamaño: A4
 Impresión: Una cara
 Acabado: Impresión simple
 Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 04**)

4.5. HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS

Cantidad: 3 millares
 Material: Papel bond
 Tamaño: A4

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
 MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
 C.V.A. 10187
 JEFE DE UNIDAD U.E. 411

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 05)

4.6. HOJA REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CANTIDAD: 1 millar
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 06)

4.7. FORMATO DE ATENCION DE TELEINTERCONSULTA (SOLICITUD)

CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 07)

4.8. FORMATO DE ATENCION DE TELEINTERCONSULTA (RESPUESTA)

CANTIDAD: 1 millar
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 08)

4.9. FICHA DE MONITOREO ASISTIDO DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE POR EMERGENCIA

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 09)

4.10. BANNER SOBRE DEBERES Y DERECHOS DEL ASEGURADO

CANTIDAD: 45
Material: Lona
Tamaño: 2m x 1m
Impresión: Full color
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 10)
Nota: La impresión se realizará con el área de comunicaciones

4.11. BANDEROLA PARA CAMPAÑAS DE AFILIACION DEL ASEGURADO

CANTIDAD: 54
Material: Lona
Tamaño: 2m x 1m
Impresión: Full color

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C.V.M.: 10587
JEFE DE UNIDAD U.E. 411

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 11)
Nota: La impresión se realizará con el área de comunicaciones
4.12. FORMATO DE ATENCION DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO
CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 12)

4.13. FORMATO DE ATENCION DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO
CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 13)

4.14. FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION
CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 14)

4.15. FORMATO INFORME DIARIO DE VACUNACION
CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 15)

4.16. FORMATO CONSOLIDADO DE CAMPAÑA DE VACUNACION
CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Impresión simple
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 16)

4.17. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE NIÑO
CANTIDAD: 15 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara, las últimas 4 hojas duplex
Acabado: Paquete de 14 juegos

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
JEFE DE UNIDAD DE SALUD
C.V.V.C. 10.17

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 17)

4.18. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTE

CANTIDAD: 15 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Doble cara

Acabado: Paquete de 10 juegos

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 18)

4.19. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE ATENCION PRENATAL

CANTIDAD: 15 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Doble cara

Acabado: Paquete de 19 juegos

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 19)

4.20. FORMATO DE PLAN DE PARTO

CANTIDAD: 10 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE

Impresión: Una cara

Tamaño: A4

Material: - 01 Original de 55 gr.

- Copia intermedia: 55 gr. color amarillo

- Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel.

Impresión: Doble cara

Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 20)

4.21. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE JOVEN

CANTIDAD: 15 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Doble cara

Acabado: Paquete de 6 juegos

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 21)

4.22. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE ADULTO

CANTIDAD: 15 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Doble cara

Acabado: Paquete de 6 juegos

Diseño: Según formato adjunto (Anexo 22)

4.23. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE ADULTO MAYOR

CANTIDAD: 15 millares

Material: Papel bond

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
JEFE DE UNIDAD DE CUSCO 3

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

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

Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 6 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 23)

4.24. FORMATO DE CONTROL PREVENTIVO DE TB

CANTIDAD: 50 unidades
Material: Papel cartulina
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juego
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 24)

4.25. FORMATO DE REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE TB SENSIBLE

CANTIDAD: 50 unidades
Material: Papel cartulina
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 4 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 25)

4.26. FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE TB RESISTENTE

CANTIDAD: 50 unidades
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 4 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 26)

4.27. FORMATO DE INFORME DE ALTA

CANTIDAD: 2 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juego
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 27)

4.28. FORMATO DE EPICRISIS

CANTIDAD: 3 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juego
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 28)

4.29. FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITÉ DE SELECCIÓN
JEFE DE LA UNIDAD EJECUTIVA

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 29)

4.30. FORMATO DE ANAMNESIS

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 30)

4.31. FORMATO DE INTERNAMIENTO

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 31)

4.32. FORMATO DE INTERCONSULTA

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 32)

4.33. FORMATO DE NOTAS DE ENFERMERIA

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 33)

4.34. FORMATO DE NOTAS DE OBSTETRICIA

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 34)

4.35. FORMATO DE EXAMENES AUXILIARES

CANTIDAD: 05 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C.A.V.C. 10° 97
JEFE DE UNIDAD 10° 97

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

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

Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 35)

4.36. FORMATO DE TERAPÉUTICA CLÍNICA

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 36)

4.37. FORMATO DE HOJA GRAFICA

CANTIDAD: 05 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 37)

4.38. FORMATO DE EVOLUCIÓN

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 2 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 38)

4.39. FORMATO DE ODONTOGRAMA

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Una cara
Acabado: Paquete de 2 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 39)

4.40. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

CANTIDAD: 03 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 40)

4.41. FORMATO DE SALA DE OPERACIONES

CANTIDAD: 5 millares
Material: Papel bond

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS

MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C.V.P.: 10197
JEFE DE UNIDAD DE SALUD

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

Tamaño: A4
Impresión: Duplex
Acabado: Paquete de 3 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 41)

4.42. FORMATO DE FICHA UNICA DE RECIEN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGIA

CANTIDAD: 08 millares
Material: Papel bond
Tamaño: A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Paquete de 1 juegos
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 42)

4.43. CONTRATAPA DE HISTORIAS CLINICAS

CANTIDAD: 10 millares
Material: Papel cartulina folcote C14 plastificada
Tamaño: Ancho lomo de 2 cm, A4
Impresión: Doble cara
Acabado: Full color troquelado para fastener con ligullas
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 43)

4.44. LIBRO DE REGISTRO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CANTIDAD: 20 unidades
Material: Papel bond interno y contratapa de material grueso
Tamaño: A3
Impresión: Doble cara
Acabado: Full color juego de 100 hojas
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 44)

4.45. FORMATO DE RECORD DE ANESTESIA

CANTIDAD: 50 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE
Impresión: Una cara
Tamaño: A4
Material: - 01 Original de 55 gr.
- Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel.
Impresión: Doble cara
Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 45)

4.46. FORMATO PARA RECEPCION DE PACIENTE

CANTIDAD: 50 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 2 COPIAS AUTOCOPIABLE
Impresión: Una cara
Tamaño: A4
Material: - 01 Original de 55 gr.
- Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel.
Impresión: Doble cara
Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.
Diseño: Según formato adjunto (Anexo 46)

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C. MVZ. 10147
JEFE DE UNIDAD EJECUTIVA

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

4.47. FORMATO DE CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES

CANTIDAD: 50 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE

Impresión: Una cara

Tamaño: A4

Material: - 01 Original de 55 gr.
- Copia intermedia: 55 gr. color amarillo
- Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel
Impresión: Doble cara
Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.

Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 47**)

4.48. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA RAQUIDEA Y EPIDURAL

CANTIDAD: 10 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Duplex

Acabado: Paquete de 1 juegos

Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 48**)

4.49. FORMATO DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

CANTIDAD: 25 BLOQUES POR 50 HOJAS CON 3 COPIAS AUTOCOPIABLE

Impresión: Una cara

Tamaño: A4

Material: - 01 Original de 55 gr.
- Copia intermedia: 55 gr. color amarillo
- Copia final: Autocopiativo de 52 gr. de color verde pastel
Impresión: Doble cara
Acabado: Compaginado en Block de 50 unidades.

Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 49**)

4.50. FORMATO DE MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

CANTIDAD: 10 millares

Material: Papel bond

Tamaño: A4

Impresión: Una cara

Acabado: Paquete de 1 juegos

Diseño: Según formato adjunto (**Anexo 50**)

Dichos **ANEXOS** están adjuntos en la última hoja de las especificaciones técnicas.

NOTA: PARA EL DISEÑO Y VISTO DE LAS IMPRESIONES COORDINAR CON EL ÁREA USUARIA

5. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

5.1. LUGAR: La entrega del servicio de impresión el proveedor deberá ingresar carta de cumplimiento del servicio ingresando por mesa de partes de la Entidad, ubicado en calle 02 mayo S/N del Distrito de Santo Tomas, Provincia de Chumbivilcas y Departamento de Cusco, de lunes a viernes de 8:00am a 5:30pm.

Nota: La recepción será por la responsable área usuaria (Unidad de Seguros), el contratista deberá ingresar con guía de remisión remitente y carta de cumplimiento del servicio.

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

6. PLAZO: El plazo para la prestación del servicio será de 15 días calendarios contados a partir de la notificación de la orden de servicio.

7. CONFORMIDAD

La conformidad será emitida por Unidad de Seguros de la RSSCH, previa presentación de carta de cumplimiento del servicio del proveedor por mesa de partes.

8. REPOSICION DEL BIEN DEFECTUOSO:

Los bienes requeridos que no se encuentran en óptimas condiciones para su uso, o que presenten defectos ralladuras, enmendaduras, rupturas y otros, deberán ser repuestos en un plazo no mayor a los (04) días calendarios contados a partir del día siguiente de recepción del bien.

9. EMBALAJE Y/O ROTULADO

Los formatos de impresión, deberán estar debidamente embalados a fin de que lleguen en perfectas condiciones siendo responsabilidad total del contratista.

El embalaje consiste la bolsa y/o cajas especiales sellados que aislen al material de la humedad y contaminación. El embalaje puede presentar las condiciones descritas anteriormente o pueden ser mejores según lo recomendado por el proveedor y que asegure al correcto traslado.

Nota. El contratista es responsable de su equipamiento estratégico y personal para traslado de FUAS, la entidad no se hará responsable de cualquier incidente que podría pasar durante el proceso de contratación del servicio.

10. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago por la contraprestación realizada por el contratista será de FORMA UNICA, para lo cual la Entidad deberá contar con la siguiente documentación.

- Informe de conformidad emitida por el área usuaria – Unidad de Seguros
- Comprobante de pago

11. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

- El proveedor deberá contar Registro Único de Contribuyente (R.U.C) Activo y Habido
- El postor deberá contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) rubro servicios

12. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a **120,000.00 (ciento veinte mil con 00/100 soles)** por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

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 **36,250.00 (treinta seis mil doscientos cincuenta con 00/100 soles)** por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS

MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C.M/11-10577-03-2024
JEFE DE UNIDAD DE SEGUROS

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de los heroicos batallas de Junín y Ayacucho"

Se consideran servicios similares a los siguientes **SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL**

13. CONFIDENCIALIDAD

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

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

14. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

15. PENALIDADES POR MORA

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

Penalidad diaria = $0.10 \times \text{monto}$

$F \times \text{plazo en días}$

Donde F tiene los siguientes valores:

a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F = 0.40$.

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

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

b.2) Para obras: $F = 0.15$.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso. Se considera justificado el retraso, cuando el proveedor acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

16. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

- Puede resolver el contrato, en los siguientes casos:
- Por el incumplimiento injustificado de las obligaciones contractuales, legales o reglamentarias a su cargo, pese a haber sido requerido para ello.
- Por la acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- Por la paralización o reducción injustificada de la ejecución de las prestaciones, pese a haber sido requerido para corregir tal situación.
- Por caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad de la ejecución, amparado en un hecho o evento extraordinario, imprevisible e irresistible; o por un hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, orden servicio que no sea imputable a las partes.
- Asimismo, puede resolver de forma total o parcial la orden de Compra y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria.

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS



U.E 411 RED SALUD CHUMBIVILCAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO



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

17. SANCIONES

EL PROVEEDOR se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, siendo aplicable lo previsto en el artículo 50 del TUO de la LEY.

18. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del (los) servicio (s) ofertado (s) por un plazo no menor de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada.

19. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

20. APLICACIÓN SUPLETORIA

Para el plazo de entrega supletoriamente de ser el caso, se aplicará el código civil art. 183 numeral 5. Reglas para cómputo del plazo

21. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

En caso sea necesario que el proveedor realice alguna gestión en las oficinas de la Entidad, la Entidad debe indicar que protocolos sanitarios debe cumplir de acuerdo a la normatividad vigente y disposiciones particulares propias de la Entidad.

22. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación son resueltos mediante trato directo, conciliación y/o acción judicial.

DIRECTOR GENERAL DE SALUD CUSCO
U.E. 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
MVZ. Luis Miguel Huaman Ticona
C.V.N.: 10747
JEFE DE UNIDAD EJECUTIVA U.E. 411

Anexos

Calle Dos de Mayo S/N, Distrito de Santo Tomás, Prov. Chumbivilcas, Dpto. Cusco-Perú

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huilca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO: 01

PERU		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		FORMATO ÚNICO DE ATENCION - FUA					
00009963		24		NÚMERO DE FORMATO							
INSTITUCION EDUCATIVA						CÓDIGO					
INIC. PRIM. SEC. SECCIÓN						TURNO					
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION							
9963				P.S. CANCAHUANI							
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCION		ATENCION		CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA	
DE LA IPRESS		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		AMBULATORIA					
ITINERANTE				EXTRAMURAL		REFERENCIA					
EQUIPO AISPED						EMERGENCIA					
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRAS IAFAS					
TDI N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA NÚMERO				INSTITUCIÓN					
						CÓDIGO DE SEGURO					
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO					
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES					
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								ETNIA	
FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACION RN 1	
SALUD MATERNA		FECHA DE FALLECIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACION RN 2	
GESTANTE										DNI / CNV / AFILIACION RN 3	
PUERPERA											
DE LA ATENCION											
FECHA DE ATENCION		HORA		LPS		CÓDIGO PRESTACION		COD. PRESTACIONES (ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACION	
DÍA MES AÑO										FECHA DÍA MES AÑO	
2 0										DE INGRESO 2 0	
										DE ALTA 2 0	
										DE CORTE ADMINISTRATIVO 2 0	
REPORTE VINCULADO		CÓDIGO AUTORIZACION		N° DE FUA A VINCULAR							
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCION DIRECTA		COBERTURA EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO		SEPELIO			
		N° AUTORIZACION MONTO S/.		N° AUTORIZACION MONTO S/.				NATIMUERTO OBITO OTROS			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO											
ALTA		CITADO		HOSPITALIZADO		REFERIDO		CONTRAREFERIDO		CORTE ADMINISTRATIVO	
						EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA APOYO AL DIAGNOSTICO					
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARREF.			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		/					
VACUNAS N° DE DOSIS											
BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA							
DPT		PAROTIDITIS		ANTINEUMOC							
APO		RUBEOLA		ANTITETANICA							
ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI NO					
SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH							
SR		IPV		OTRA VACUNA							
HVB		PENTAVALENTE									
* Grupo de Riesgo HVB											
* GRUPO DE RIESGO HVB 1.- TRABAJADORES DE SALUD 2.- TRABAJADORES SEXUALES 3.- HSH 4.- PRIVADOS DE LIBERTAD 5.- FFAA 6.- POLICIA NACIONAL 7.- ESTUDIANTES DE SALUD 8.- POLITRANFUNDIDOS 9.- DROGO DEPENDIENTES											
DIAGNOSTICOS											
N°		DESCRIPCION				INGRESO		EGRESO			
						TIPO DE DX CIE - 10		TIPO DE DX CIE - 10			
1						P D R . D R .					
2						P D R . D R .					
3						P D R . D R .					
4						P D R . D R .					
5						P D R . D R .					
N° DNI		NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION						N° DE COLEGIATURA			
RESPONSABLE DE LA ATENCION		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO					
1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA 8. PSICOLOGO 9. TECNICOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTROS											
FIRMA											
ASEGURADO											
APODERADO											
APODERADO:											
NOMBRES Y APELLIDOS											

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS / MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	F.F.	CONCENTR.	PRESENTACIÓN	CX	CÓDIGO	NOMBRE	F.F.	CONCENTR.	PRESENTACIÓN	CX	CÓDIGO	NOMBRE	F.F.	CONCENTR.	PRESENTACIÓN	CX
00505	ACIDO ACETILSALICILICO (ASPIRINA)	TAB	100mg			03764	DAZOXIPAM	TAB	10mg			04749	MITOXANTRINA CLORURO	TAB	5 mg/ml x 2 mL		
00544	ACICLOVIR	TAB	200mg			03765	DAZOXIPAM	AMP	20mg/2mg			04750	MITOXANTRINA CLORURO	TAB	10 mg		
00560	ACIDO FOLICO	TAB	5mg			03766	DECILOXANOL	POV	200 mg/3 mL x 60 mL			04751	METFORMINA	SUS	250 mg/5 mL x 120 mL		
03533	ALDO (ALDO) + FENIBUTO SODIO NEPL	TAB	400 mg x 20 mg			03835	DECILOXANOL	TAB	250 mg			04752	METFORMINA	TAB	500 mg		
00599	ALFACETOL	TAB	500 mg			03836	DECILOXANOL	TAB	500 mg			04753	METFORMINA	TAB	500 mg		
00629	ALFACETOL	TAB	500 mg			03837	DECILOXANOL	AMP	50 mg x 5 mL			04754	METFORMINA	TAB	500 mg		
00695	ALFACETOL + ALFACETOL + ALFACETOL	SUS	500 mg/5 mL x 150 mL			03838	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04755	METFORMINA	TAB	500 mg		
00697	ALFACETOL + ALFACETOL + ALFACETOL	SUS	500 mg/5 mL x 150 mL			03839	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04756	METFORMINA	TAB	500 mg		
00704	ALFACETOL	SUS	500 mg/5 mL x 150 mL			03840	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04757	METFORMINA	TAB	500 mg		
00707	ALFACETOL	TAB	500 mg			03841	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04758	METFORMINA	TAB	500 mg		
00708	ALFACETOL	TAB	500 mg			03842	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04759	METFORMINA	TAB	500 mg		
00709	ALFACETOL	TAB	500 mg			03843	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04760	METFORMINA	TAB	500 mg		
00710	ALFACETOL	TAB	500 mg			03844	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04761	METFORMINA	TAB	500 mg		
00711	ALFACETOL	TAB	500 mg			03845	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04762	METFORMINA	TAB	500 mg		
00712	ALFACETOL	TAB	500 mg			03846	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04763	METFORMINA	TAB	500 mg		
00713	ALFACETOL	TAB	500 mg			03847	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04764	METFORMINA	TAB	500 mg		
00714	ALFACETOL	TAB	500 mg			03848	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04765	METFORMINA	TAB	500 mg		
00715	ALFACETOL	TAB	500 mg			03849	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04766	METFORMINA	TAB	500 mg		
00716	ALFACETOL	TAB	500 mg			03850	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04767	METFORMINA	TAB	500 mg		
00717	ALFACETOL	TAB	500 mg			03851	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04768	METFORMINA	TAB	500 mg		
00718	ALFACETOL	TAB	500 mg			03852	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04769	METFORMINA	TAB	500 mg		
00719	ALFACETOL	TAB	500 mg			03853	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04770	METFORMINA	TAB	500 mg		
00720	ALFACETOL	TAB	500 mg			03854	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04771	METFORMINA	TAB	500 mg		
00721	ALFACETOL	TAB	500 mg			03855	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04772	METFORMINA	TAB	500 mg		
00722	ALFACETOL	TAB	500 mg			03856	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04773	METFORMINA	TAB	500 mg		
00723	ALFACETOL	TAB	500 mg			03857	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04774	METFORMINA	TAB	500 mg		
00724	ALFACETOL	TAB	500 mg			03858	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04775	METFORMINA	TAB	500 mg		
00725	ALFACETOL	TAB	500 mg			03859	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04776	METFORMINA	TAB	500 mg		
00726	ALFACETOL	TAB	500 mg			03860	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04777	METFORMINA	TAB	500 mg		
00727	ALFACETOL	TAB	500 mg			03861	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04778	METFORMINA	TAB	500 mg		
00728	ALFACETOL	TAB	500 mg			03862	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04779	METFORMINA	TAB	500 mg		
00729	ALFACETOL	TAB	500 mg			03863	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04780	METFORMINA	TAB	500 mg		
00730	ALFACETOL	TAB	500 mg			03864	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04781	METFORMINA	TAB	500 mg		
00731	ALFACETOL	TAB	500 mg			03865	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04782	METFORMINA	TAB	500 mg		
00732	ALFACETOL	TAB	500 mg			03866	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04783	METFORMINA	TAB	500 mg		
00733	ALFACETOL	TAB	500 mg			03867	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04784	METFORMINA	TAB	500 mg		
00734	ALFACETOL	TAB	500 mg			03868	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04785	METFORMINA	TAB	500 mg		
00735	ALFACETOL	TAB	500 mg			03869	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04786	METFORMINA	TAB	500 mg		
00736	ALFACETOL	TAB	500 mg			03870	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04787	METFORMINA	TAB	500 mg		
00737	ALFACETOL	TAB	500 mg			03871	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04788	METFORMINA	TAB	500 mg		
00738	ALFACETOL	TAB	500 mg			03872	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04789	METFORMINA	TAB	500 mg		
00739	ALFACETOL	TAB	500 mg			03873	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04790	METFORMINA	TAB	500 mg		
00740	ALFACETOL	TAB	500 mg			03874	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04791	METFORMINA	TAB	500 mg		
00741	ALFACETOL	TAB	500 mg			03875	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04792	METFORMINA	TAB	500 mg		
00742	ALFACETOL	TAB	500 mg			03876	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04793	METFORMINA	TAB	500 mg		
00743	ALFACETOL	TAB	500 mg			03877	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04794	METFORMINA	TAB	500 mg		
00744	ALFACETOL	TAB	500 mg			03878	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04795	METFORMINA	TAB	500 mg		
00745	ALFACETOL	TAB	500 mg			03879	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04796	METFORMINA	TAB	500 mg		
00746	ALFACETOL	TAB	500 mg			03880	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04797	METFORMINA	TAB	500 mg		
00747	ALFACETOL	TAB	500 mg			03881	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04798	METFORMINA	TAB	500 mg		
00748	ALFACETOL	TAB	500 mg			03882	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04799	METFORMINA	TAB	500 mg		
00749	ALFACETOL	TAB	500 mg			03883	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04800	METFORMINA	TAB	500 mg		
00750	ALFACETOL	TAB	500 mg			03884	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04801	METFORMINA	TAB	500 mg		
00751	ALFACETOL	TAB	500 mg			03885	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04802	METFORMINA	TAB	500 mg		
00752	ALFACETOL	TAB	500 mg			03886	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04803	METFORMINA	TAB	500 mg		
00753	ALFACETOL	TAB	500 mg			03887	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04804	METFORMINA	TAB	500 mg		
00754	ALFACETOL	TAB	500 mg			03888	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04805	METFORMINA	TAB	500 mg		
00755	ALFACETOL	TAB	500 mg			03889	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04806	METFORMINA	TAB	500 mg		
00756	ALFACETOL	TAB	500 mg			03890	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04807	METFORMINA	TAB	500 mg		
00757	ALFACETOL	TAB	500 mg			03891	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04808	METFORMINA	TAB	500 mg		
00758	ALFACETOL	TAB	500 mg			03892	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04809	METFORMINA	TAB	500 mg		
00759	ALFACETOL	TAB	500 mg			03893	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04810	METFORMINA	TAB	500 mg		
00760	ALFACETOL	TAB	500 mg			03894	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04811	METFORMINA	TAB	500 mg		
00761	ALFACETOL	TAB	500 mg			03895	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04812	METFORMINA	TAB	500 mg		
00762	ALFACETOL	TAB	500 mg			03896	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04813	METFORMINA	TAB	500 mg		
00763	ALFACETOL	TAB	500 mg			03897	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04814	METFORMINA	TAB	500 mg		
00764	ALFACETOL	TAB	500 mg			03898	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04815	METFORMINA	TAB	500 mg		
00765	ALFACETOL	TAB	500 mg			03899	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04816	METFORMINA	TAB	500 mg		
00766	ALFACETOL	TAB	500 mg			03900	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04817	METFORMINA	TAB	500 mg		
00767	ALFACETOL	TAB	500 mg			03901	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04818	METFORMINA	TAB	500 mg		
00768	ALFACETOL	TAB	500 mg			03902	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04819	METFORMINA	TAB	500 mg		
00769	ALFACETOL	TAB	500 mg			03903	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04820	METFORMINA	TAB	500 mg		
00770	ALFACETOL	TAB	500 mg			03904	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04821	METFORMINA	TAB	500 mg		
00771	ALFACETOL	TAB	500 mg			03905	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04822	METFORMINA	TAB	500 mg		
00772	ALFACETOL	TAB	500 mg			03906	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04823	METFORMINA	TAB	500 mg		
00773	ALFACETOL	TAB	500 mg			03907	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04824	METFORMINA	TAB	500 mg		
00774	ALFACETOL	TAB	500 mg			03908	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04825	METFORMINA	TAB	500 mg		
00775	ALFACETOL	TAB	500 mg			03909	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04826	METFORMINA	TAB	500 mg		
00776	ALFACETOL	TAB	500 mg			03910	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04827	METFORMINA	TAB	500 mg		
00777	ALFACETOL	TAB	500 mg			03911	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04828	METFORMINA	TAB	500 mg		
00778	ALFACETOL	TAB	500 mg			03912	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04829	METFORMINA	TAB	500 mg		
00779	ALFACETOL	TAB	500 mg			03913	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04830	METFORMINA	TAB	500 mg		
00780	ALFACETOL	TAB	500 mg			03914	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04831	METFORMINA	TAB	500 mg		
00781	ALFACETOL	TAB	500 mg			03915	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04832	METFORMINA	TAB	500 mg		
00782	ALFACETOL	TAB	500 mg			03916	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04833	METFORMINA	TAB	500 mg		
00783	ALFACETOL	TAB	500 mg			03917	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04834	METFORMINA	TAB	500 mg		
00784	ALFACETOL	TAB	500 mg			03918	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04835	METFORMINA	TAB	500 mg		
00785	ALFACETOL	TAB	500 mg			03919	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04836	METFORMINA	TAB	500 mg		
00786	ALFACETOL	TAB	500 mg			03920	DECILOXANOL	TAB	100 mg			04837	METFORMINA	TAB	500 mg		
00787	ALFACETOL	TAB	500 mg			03921	DECILOXANOL	TAB	100 mg								

ANEXO: 02

Anexo 2

 **PERÚ** **Ministerio de Salud** **Seguro Integral de Salud**

HOJA DE REFERENCIA



1. DATOS GENERALES

Disa **110** Lote **22** NUMERO DE FORMATO N° **8119152**
Fecha

DIA	MES	AÑO
	2	0

 Hora

--	--	--	--

 Asegurado: ☒ SI ☐ NO
Tipo: SUBSIDIADO ☐ SEMI-SUBSIDIADO ☐ Otro: ☐

Establecimiento de Origen de la Referencia:

Establecimiento Destino de la Referencia:

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS	N° HISTORIA CLÍNICA						
Apellido Paterno	Apellido Materno						
Nombres							
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad: Años <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Meses <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
Dirección:	Distrito: Departamento						

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

Examen Físico T° °C P.A. mm. Hg F.R. x min. F.C. x min. Pesq. Kg.

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico

1)																			
2)																			
3)																			
4)																			

Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	Emergencia <input type="checkbox"/>	UPS Destino de Referencia	Consulta Externa <input type="checkbox"/> Apoyo al Diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>					
Fecha en que será atendido:								
Hora en que será atendido:								
Nombre de quien lo atenderá:								
Nombre con quien se coordinó la atención:								
Especialidad del Destino								
Pediatría <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>	Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> Dx. Imag. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
Condición del Paciente al inicio del Traslado								
Estable <input type="checkbox"/>		Mal Estado <input type="checkbox"/>						
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe					
Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro					
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Hora <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
Condición del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia								
<input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/> Fallecido								
Copia Original si corresponde: Original SIS. P. Diag. SRCR (1era Copia) EESS destino (2da Copia) EESS Destino (3era Copia)								


MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

LIC. Hernán Huilca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO: 03


Anexo 3



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

Fecha:

DIA	MES	AÑO
	2	0

 Hora:

--	--	--	--

 Asegurado: ☐ SI ☐ NO Tipo: Subsidiado ☐ Semisubsidiado ☐ otro: ☐

Establecimiento que Contrarrefiere:

Establecimiento Destino de la Contrarreferencia:

Disa: **110** Lote: **22** NUMERO DE FORMATO: **Nº 8302802**

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Edad: Años Meses Días

Dirección: Distrito: Departamento:

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

Diagnóstico de Ingreso:

Diagnóstico de Egreso:

CIE - 10	D	P	R

Tratamiento y/o procedimientos realizados:

Adjuntar informes y reportes de procedimientos:

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

Origen de la Referencia: De la Comunidad ☐ De un Establecimiento de Salud ☐ Autorreferencia ☐

Calificación preliminar de la Referencia: Justificada ☐ No Justificada ☐

UPS que ordena la Contrarreferencia: Consulta Ext. ☐ Emergencia ☐ Apoyo al Dx. ☐ Hospitalización ☐

Especialidad que Ordena la Contrarreferencia: Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag ☐ Otros ☐

Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento:

Responsable de la Contrarreferencia

Condición del usuario para la contrarreferencia		Nombre:
Curado <input type="checkbox"/>	Deserción <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mejorado <input type="checkbox"/>	Retiro Voluntario <input type="checkbox"/>	
Atendido por Apoyo al Dx. <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>	

Nº de colegiatura:

Firma y Sello

Copia Original si corresponde

Original

SIS P.Dig.

EESS destino (1era Copia)

EESS origen (2da Copia)

ANEXO: 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO POR LEY DE EMERGENCIA

FECHA:

HORA:

Yo: de Años de edad, identificado (a) con DNI ()
pasaporte () camé de extranjería () N° con dirección en:

..... distrito:
provincia:, he sido informado (a) por mi médico tratante:

..... Que de acuerdo a mis exámenes y evaluación clínica mi diagnóstico
probable actual es:

Se deja constancia por el presente documento que se ha informado y explicado en forma clara y entendible:

- Las características de mi cuadro clínico, su pronóstico y los perjuicios que puede provocar a mi salud.
- Las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y respecto de los beneficios y riesgos que cada uno de ellos conlleva.
- Tengo el derecho de rehusar o negar el traslado sin expresión de causa alguna, aun cuando esto implique graves riesgos sobre mi salud.
- Que soy consciente de las condiciones de mi traslado por LEY DE EMERGENCIA.
- Declaro que he comprendido la información recibida por parte del médico tratante y ha respondido mis preguntas de manera clara y precisa para mi mejor comprensión, así mismo declaro no haber omitido o alterado datos sobre mis antecedentes, especialmente alergias y enfermedades previas.

POR LO TANTO, DE MANERA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES:

() AUTORIZO EL TRASLADO POR LEY DE EMERGENCIA A UN HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD.

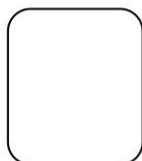
DESLINDANDO DE RESPONSABILIDADES AL PERSONAL DE SALUD QUE ME BRINDA LA ATENCION.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

DNI/PASAPORTE/C.E.:

CELULAR:



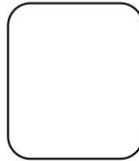
HUELLA DIGITAL

.....
FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE:

DNI/PASAPORTE/C.E.:

CELULAR:



HUELLA DIGITAL

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

/Y/O PERSONAL DE SALUD QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE

ANEXO: 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS



(DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:	Edad:	Fecha:	
Nº de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

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 videoconferencia 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 coleccionen en las sesiones de teleconsulta, para ello 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 aceptables; así como que seré 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 la 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 ()	Fotografías ()
<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

Firma y sello del personal de salud del Centro
Teleconsultante

ANEXO: 06



REVOCATORIA DE AUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:	
Con DNI o Documento de Identidad:	Fecha:
Nº de Historia Clínica:	Edad:

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u
Con DNI o Documento de Identidad:

☐ NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

Firma y sello del personal de salud del Centro
Teleconsultante

Firma y Huella digital

ANEXO: 07



FORMATO DE ATENCIÓN DE TELEINTERCONSULTA N°																																																																																																																																														
SOLICITUD																																																																																																																																														
I. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el personal de salud CONSULTANTE)																																																																																																																																														
1. DATOS DE LA PERS. CONSULTANTE																																																																																																																																														
Fecha:		Hora:		Nombre de PERS.:		Código PERS.:		Teléfono:		En línea:		Simple:		Telesección:																																																																																																																																
Teléfono de Teleinterconsulta:		Móvil de Teleinterconsulta:		En línea:		Simple:		Telesección:		Teléfono:		Código PERS.:		Código PERS.:																																																																																																																																
2. DATOS DEL PACIENTE																																																																																																																																														
Nombres y Apellidos:		Edad:		Género:		DNI (*):		M:		F:		E:		N.º de Historia Clínica:																																																																																																																																
Fecha de Nacimiento:		Tipo de Seguro de Paciente:		N.º de Seguro de Paciente:		Emergencia:		Hospitalización:		Consultas externas:		Urgencias:		Urgencias:																																																																																																																																
Motivo de Solicitud:		Profesionales de salud:		Especialista protección solicitada:		Especialista protección solicitada:		Especialista protección solicitada:		Especialista protección solicitada:		Especialista protección solicitada:		Especialista protección solicitada:																																																																																																																																
Comentarios de la Solicitud de la Teleinterconsulta:		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI																																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Examen físico:</th> <th>Examen de laboratorio (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> <th>Examen de imagen (Relevantes):</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> </tbody> </table>															Examen físico:	Examen de laboratorio (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Examen físico:	Examen de laboratorio (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):	Examen de imagen (Relevantes):																																																																																																																															
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																															
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																																																																															
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																																																																															
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																															
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5																																																																																																																															
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6																																																																																																																															
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N.º</th> <th>CE 10</th> <th>DESCRIPCIÓN DE</th> <th>DIAGNÓSTICOS</th> <th>P</th> <th>D</th> <th>R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>															N.º	CE 10	DESCRIPCIÓN DE	DIAGNÓSTICOS	P	D	R	1							2							3							4							5																																																																																												
N.º	CE 10	DESCRIPCIÓN DE	DIAGNÓSTICOS	P	D	R																																																																																																																																								
1																																																																																																																																														
2																																																																																																																																														
3																																																																																																																																														
4																																																																																																																																														
5																																																																																																																																														
3. DATOS DEL CONSULTANTE																																																																																																																																														
Nombres y Apellidos:		Puesto de Salud:		Código PERS.:		Código PERS.:		Código PERS.:		Código PERS.:		Código PERS.:		Código PERS.:																																																																																																																																
Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:		Firma y sello:																																																																																																																																

ANEXO: 08



FORMATO DE ATENCIÓN DE TELEINTERCONSULTA N°

RESPUESTA

ATENCIÓN DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el CONSULTOR)

Nombre de IPRESS Consultante:

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:						N° Historia Clínica:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género:	F	M	DNI (*):	Tipo de Seguro de Paciente	
UPS de Origen:	Consulta externa	Hospitalización	Emergencia		N° de Seguro de Paciente:		

2. REPUESTA DE TELECONSULTA

Fecha:	Hora de inicio de la Teleinterconsulta:	Hora de fin de la Teleinterconsulta:
Modalidad de Teleinterconsulta:	En línea: Simple	Telepresencia
	Telejunta	

Respuesta a teleinterconsulta (Descripción de los hallazgos)

N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICOS	P	D	R
1					
2					
3					
4					
5					

RECOMENDACIONES / PLAN

1	<p>Paciente amerita ser referido: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se acepta referencia en esta IPRESS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	8
2		9
3		10
4		
5		
6		
7		

2. DATOS DE CONSULTOR

Nombres y Apellidos:	Firma y sello:
Profesional de Salud (Especialidad/Subespecialidad):	
N° Colegio profesional/RNE:	

(*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de Identidad.

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO: 09

[illegible]

Escaneado con CamScanner

ANEXO: 10

DEBERES del Asegurado SIS

Respetar al personal que te atiende.

Cumplir con los requisitos para tu atención de acuerdo al tipo seguro al que estas afiliado.

Proporcionar información completa, veraz y actualizada durante tu atención.

Mantenerte informado sobre tu seguro a través de los diferentes canales del SIS.

De estar asegurado al régimen semicontributivo, debes cumplir puntualmente con los pagos mensuales de tu seguro para recibir tus atenciones.

Cumplir con las indicaciones y tratamientos señalados por el profesional de la salud.



SIS Seguro Integral de Salud

Conoce tus derechos y deberes como asegurado SIS



DERECHOS del Asegurado SIS

Recibir la cobertura según el tipo de seguro al que te hayas afiliado.

Recibir buen trato y conocer el nombre del personal que te atiende.

Ser informado sobre los derechos que tienes como usuario(a) de los servicios de salud.

Ser informado sobre la cobertura y exclusiones del SIS, según el tipo de seguro al que te hayas afiliado.

Recibir del Establecimiento de Salud gratuitamente los medicamentos, insumos y dispositivos médicos financiados por el SIS.

Realizar consultas y o reclamos a través de nuestros canales de atención.



ANEXO: 11

El SIS tiene cinco planes para ti

- SIS GRATUITO**
Para personas en condición de pobreza o pobreza extrema.
- SIS INDEPENDIENTE**
Acceso a bajo costo.
- SIS EMPRENDEDOR**
El mejor cuidado para tu fuerza laboral.
- SIS MICROEMPRESAS**
Trabaja tranquilo mientras cuidas de ti y tu familia.
- SIS PARA TODOS**
Sin importar tu condición socioeconómica.

Anejo 11 AFILIACIÓN SIS

Para realizar tu **afiliación al SIS** solo debes cumplir con **dos requisitos**:

- Tener DNI o Carné de Extranjería.
- No contar con otro seguro de salud.

AFILIACIÓN A LOS PLANES DE SEGUROS SIS

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN SIS EMPRENDEDOR

- ✓ Tener DNI o Carné de extranjería.
- ✓ No contar otro seguro de salud que cubra como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.
- ✓ Ser contribuyente acogido al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y no contar con trabajadores dependientes.
- ✓ Haber abonado tres periodos tributarios anteriores a la fecha de la afiliación.

¿QUIÉRES AFILIARTE AL SIS INDEPENDIENTE?

DEBES CUMPLIR CON TRES REQUISITOS:

- 1 TENER DNI O CARNÉ DE EXTRANJERÍA
Se tramita en RENIEC
- 2 NO TENER OTRO SEGURO DE SALUD
Se verifica en SUSALUD
- 3 REALIZAR EL PAGO DE S/ 39.00 POR PERSONA
Se realiza en el BANCO DE LA NACIÓN O PAGAFOLIO

Plan de seguro SIS MICROEMPRESAS

Requisitos:

- 1 Tener DNI o Carné de Extranjería.
- 2 No tener un seguro de salud.
- 3 La microempresa debe estar registrada en el Registro Nacional de Micro y Pequeñas Empresas - RENYPE del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

¿QUIÉRES AFILIARTE AL SIS GRATUITO?

DEBES CUMPLIR CON TRES REQUISITOS:

- 1 TENER DNI O CARNÉ DE EXTRANJERÍA
Se tramita en RENIEC
- 2 NO TENER OTRO SEGURO DE SALUD
Se verifica en SUSALUD
- 3 TENER LA CLASIFICACIÓN POBRE O POBRE EXTREMO EN EL PADRÓN GENERAL DE HOGARES DEL MIDIS
Se tramita en la Unidad Local de Empadronamiento - ULE del MIDIS en cada municipalidad

AFILIATE CUANDO ESTES SAN. NO ESPERES A...

ANEXO: 12



FICHA N° 1: ATENCIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO

FICHA DE PERSONA N° FICHA DEL ANIMAL N°

Historia Clínica N° Especie: Raza
Fecha de la atención Localizado ()
Fecha del Accidente de mordedura o exposición Huido ()
Distrito del Accidente: Muerto ()

DATOS DE LA PERSONA: POS EXPOSICIÓN () PRE-EXPOSICION ()

Nombres y apellidos Peso en Kg:
Edad Sexo Grado de instrucción: DNI:
Domicilio:
Calle Localidad Distrito Provincia
Referencia de la vivienda Telf. E-mail:
Nombre persona acompañante: DNI:

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y ATENCIÓN

Mordedura () arañazo () contacto ()
Localización: Cara () Cabeza () Cuello () Pulpejo de dedos de manos () Manos ()
Extremidad superior () Tórax () Abdomen () Pelvis () Genitales ()
Extremidad inferior () Pulpejo de dedos de pies ()
Descripción
Protección: Cubierta () Descubierta () Número: Única () Múltiple ()
Tipo: Superficial () Profunda () Estado de la herida: Infeccionada () No infeccionada ()
Atención de la herida: Inmediata () Tardía () ninguna () Lugar: casa () servicio de salud () otros ()
Antecedentes de vacunación: Si () No () Fecha N° de dosis:
Alérgico: Si () No () Ignora () Enfermedad actual: Si () No () Descripción:

ESTADO Y UBICACIÓN DEL ANIMAL

Propio () Fam/amig () Vecino () Comunitario () Vago () Otro ()
Especie de animal agresor: can () felino () murciélago () simio () bovino () rata () Otro ()
En observación () Aparentemente sano () Síntomas de rabia () Muerto () Desconocido ()



TIPO DE LA EXPOSICIÓN: Sin exposición () Leve () Grave ()

PRESCRIPCIÓN MÉDICA	FECHA	FIRMA	SELLO
Curación de herida	()		
Indicación profilaxis antirrábica humana			
Vacunación antirrábica post exposición esquema estándar de OMS			
- Essen: 5 dosis (1 dosis vía intramuscular los días 0, 3, 7, 14 y 28	()		
Refuerzos () N° de Dosis () días:	()		
Iniciar con 2 dosis de vacuna de cultivo celular los días 0-3	()		
Suspender vacunación antirrábica	()		
Aplicar suero antirrábico heterólogo 40 UI x kg de peso corporal	()		
Continuar vacunación antirrábica: N° de dosis () días	()		
Abandono recuperado N° dosis () días	()		
Vacunación pre-exposición: N° de dosis () días	()		
Indicación Vacunación antitetánica : N° de dosis ()	()		

CONTROL DEL TRATAMIENTO VACUNA ANTIRRÁBICA (volumen de la dosis según el laboratorio productor 0,5 o 1 cc)			
Dosis	Fecha	Tipo / lote	Observaciones
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

CONTROL DEL TRATAMIENTO CON SUERO ANTIRRÁBICO		
Dosis	Fecha	Tipo / lote
Dosis Suero Heterólogo 40 UI/kg peso		
Peso del paciente:		
Dosis en UI:		
Establecimiento donde se aplicó:		

REFERENCIA:

OBSERVACIONES

COMPROMISO DEL PACIENTE

Me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas, recibir tratamiento antirrábica y acudir al establecimiento de salud en las fechas programadas o si me citan, dejando constancia que mi incumplimiento será de mi entera responsabilidad conforme lo estipula la ley.

Huella Digital



Nombre y Firma del paciente o persona responsable:

DNI:

Lugar y fecha Cita

ANEXO: 13



FICHA N° 2: NOTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE POR MORDEDURA

CONTROL DEL ANIMAL:

Ficha del animal N°

Especie agresora:

En servicio de Salud
En domicilio
Práctica privada

Fecha de la denuncia:
Fecha de mordedura:
Fecha término de control:

Médico Veterinario responsable:
CMVP N°

DEL PROPIETARIO:

Nombre:

Dirección: Telf.

Referencia domiciliaria:

DEL ANIMAL:

Nombre: Edad: Sexo: Tamaño:
Color Raza:

Vacunado: SI () Fecha: NO () No sabe ()

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

En domicilio () En vía pública ()
Provocada () Sin causa justificada ()

ANTECEDENTES DEL ANIMAL AGRESOR:

Ha mordido a otros animales o personas: SI () NO () NO sabe ()

Ha notado algún cambio en el comportamiento: SI () NO () No sabe ()

Otra información:



DÍAS DE OBSERVACIÓN: perros y gatos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er control									
2do control									
3er control									

Anote según corresponda: Aparentemente sano (AS) Sospechoso de rabia (SR) Murió (M)

RESULTADOS DE CONTROL: De alta AS () desaparecido () En laboratorio ()
Otro

Firma y sello del responsable:

DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Muestra N° Fecha de envió: Oficio N°

RESULTADOS:

EXAMEN	RESULTADO	FECHA
Inmunofluorescencia		
Prueba biológica		

Responsable de la Información:

ANEXO: 14



REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA MASIVA

DIRECCIÓN DE SALUD _____ DIA _____
ESTAB. DE SALUD _____ MES _____
LOCALIDAD _____ AÑO _____ EQUIPO No. _____
UBICACIÓN _____

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

Nombre del vacunador: _____ Registrador: _____

Observaciones: _____

ANEXO: 17

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO 2

Nº de Historia Clínica: _____
Cod. Afiliación SIS u otro Seguro: _____

DATOS GENERALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Domicilio/Referencia: _____ CUI / DNI: _____ GS Rh: _____
Nombre y Apellidos de la Madre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio/Móvil: _____
Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
Nombre y Apellidos del padre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio/Móvil: _____
Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Antecedentes Personales:

1.1 Embarazo: Normal ☐ Complicado ☐
Patología(s) durante la gestación:
*Embarazo de riesgo ☐
*Infecciones intrauterinas, vaginales, ITU ☐
*Diabetes Gestacional ☐
*Hipertensión arterial ☐
*Anemia ☐
Control Prenatal: Si ☐ No ☐
Nº de embarazo: _____
1.2 Parto: Parto Eutócico ☐ Complicado ☐
Complicaciones del parto: _____
Lugar del parto: _____ EESS: _____ Domicilio: _____
Atendido por: _____
Profesional de Salud: ACS ☐ Técnico Familiar ☐
Otro (especificar): _____
Corte tardío del cordón umbilical: ☐ Si ☐ No ☐
Contacto piel a piel: ☐ Si ☐ No ☐
Lactancia precoz: ☐ Si ☐ No ☐

1.3 Nacimiento: Edad Gest. al nacer (sem): _____
A término (37 a 40) ☐
Pretermino (<36) ☐
Peso al nacer (gr): _____
Talla al nacer (cm): _____
Perímetro cefálico: _____
Sufrimiento fetal: _____
Respiración y llanto al nacer: Si ☐ No ☐
Fue inmediato: Si ☐ No ☐
APGAR 1 min: _____ 5m: _____
Reanimación: Si ☐ No ☐
Patología Neonatal: Si ☐ No ☐
Especifique: _____
Hospitalización: Si ☐ No ☐
Tiempo de hospitalización: _____
1.4 Después del nacimiento: Patologías: _____
Hipoglucemia ☐
Infección ☐
Hiperbilirubinemia ☐
Cirugías ☐
Retinopatías ☐
Otros: _____

1. Antec. Patológicos: SI NO
TBC ☐ ☐
SOBA / Asma ☐ ☐
Transfusiones Sang. ☐ ☐
Neurológico ☐ ☐
Alergia a medic. ☐ ☐
Otros: _____
Especifique: _____

3. Antecedentes familiares: Quién Si No
Tuberculosis ☐ ☐
VIH- SIDA ☐ ☐
Diabetes ☐ ☐
Epilepsia ☐ ☐
Alergia a medicamentos ☐ ☐
Violencia familiar ☐ ☐
Alcoholismo ☐ ☐
Drogadicción ☐ ☐
Hepat. B ☐ ☐
Padre(P) Madre(M)Hno. (H) ☐ ☐
Abuelo (A) ☐ ☐

4. Factores de riesgo social: cuidador del niño (a) _____ Si No
Apoyo de familiares ☐ ☐
Embarazo adolescente ☐ ☐
Número de hijos: 1 2 a 3 > 3
Últimos embarazos espaciados: ☐ 2 a 5 > 6

VACUNAS	DOSIS	FECHA
BCG	única	
HVB	única	
PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES Y 6 MESES)	1°	
	2°	
	3°	
ANTIPOLIO (2M (IPV), 4M (IPV) Y 6M (OPV))	1°	
	2°	
	3°	
ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)	1°	
	2°	
Neumococo (2 MESES, 4 MESES)	1°	
	2°	
INFLUENZA (6 MESES Y 7 MESES)	1°	
	2°	
SPR (12 MESES)	1°	
NEUMOCOCO (12 MESES)	3°	
ANTIAMARILICA (15 MESES)	única	
VARICELA (12 MESES)	única	
1ER. REF. DPT (18 MESES)	1°R	
1ER. REF. SPR (18 MESES)	1°R	
1ER. REF. APO (18 MESES)	1°R	
2DO. REF. DPT (4 AÑOS)	2°R	
2DO. REF. APO (4 AÑOS)	2°R	

EDAD	CONTROL CRED	EDAD	FECHA
RN	1°		
	2°		
	3°		
	4°		
< DE 1 AÑO	1°		
	2°		
	3°		
	4°		
	5°		
	6°		
	7°		
	8°		
	9°		
	10°		
	11°		
1 AÑO	1°		
	2°		
	3°		
	4°		
	5°		
	6°		
2 AÑOS	1°		
	2°		
	3°		
	4°		
3 AÑOS	1°		
	2°		
	3°		
	4°		
4 AÑOS	1°		
	2°		
	3°		
	4°		

TAMIZAJE	< 1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años	6 Años	7 Años	8 Años	9 Años
Descarte de Anemia										
Dosaje de Hb o Hto										
Descarte de Parasitosis										
Examen seriado										
Test de Graham										

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ Nº HCL: _____

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO 2

Nº de Historia Clínica: _____
Cod. Afiliación SIS u otro Seguro: _____

DATOS GENERALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____
F. Nac: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Domicilio/Referencia: _____ CUI/DNI: _____ GS Rh: _____
Nombre y Apellidos de la Madre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio/Móvil: _____
Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
Nombre y Apellidos del padre: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Teléfono Domicilio/Móvil: _____
Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:
1.1 Embarazo: ☐ Normal ☐ Complicado ☐
Patología(s) durante la gestación:
*Embarazo de riesgo ☐
*Infecciones Intrauterinas, vaginales, ITU ☐
*Diabetes Gestacional ☐
*Hipertensión arterial ☐
*Anemia ☐
Control Prenatal: Si ☐ No ☐
Nº CPN ☐ Nº de embarazo ☐
1.2 Parto: Parto Eutócico ☐ Complicado ☐
Complicaciones del parto: _____
Lugar del parto: _____
EESS ☐ Domicilio ☐
Atendido por: _____
Profesional de Salud: ACS ☐ Técnico Familiar ☐
Otro (especificar): _____
Corte tardío del cordón umbilical: ☐ Si ☐ No ☐
Contacto piel a piel: ☐ Si ☐ No ☐
Lactancia precoz: ☐ No ☐ 15m ☐ 30m ☐ 45m ☐

1.3 Nacimiento
Edad Gest. al nacer (sem): _____
A término (37 a 40) ☐
Pretermino (<36) ☐
Peso al nacer (gr): _____
Talla al nacer (cm): _____
Perímetro cefálico: _____
Sufrimiento fetal: _____

1.4 Después del nacimiento
Patologías: _____
Hipoglucemia ☐
Infección ☐
Hiperbilirrubinemia ☐
Cirugías ☐
Retinopatías ☐
Otros: _____

1. Antec. Patológicos **SI** **NO**
TBC ☐ ☐
SOBA / Asma ☐ ☐
Transfusiones Sang. ☐ ☐
Neurológico ☐ ☐
Alergia a medic. ☐ ☐
Otros: _____
Especifique: _____

3. Antecedentes familiares **Quié** **Si** **No**
Tuberculosis ☐ ☐ ☐
VIH- SIDA ☐ ☐ ☐
Diabetes ☐ ☐ ☐
Epilepsia ☐ ☐ ☐
Alergia a medicinas ☐ ☐ ☐
Violencia familiar ☐ ☐ ☐
Alcoholismo ☐ ☐ ☐
Drogadicción ☐ ☐ ☐
Hepat. B ☐ ☐ ☐
Padre(P) Madre(M) Hno (H) ☐ ☐ ☐
Abuelo (A) ☐ ☐ ☐

4. Factores de riesgo social
cuidador del niño (a) ☐ Si ☐ No ☐
Apoyo de familiares ☐ Si ☐ No ☐
Embarazo adolescente ☐ Si ☐ No ☐
Número de hijos ☐ 1 ☐ 2 a 3 ☐ > 3
Últimos embarazos espaciados ☐ < 2 ☐ 2 a 5 ☐ > 6

VACUNAS	DOSIS	FECHA
RN	BCG	única
RN	HVB	única
< 1 AÑO	PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES Y 6 MESES)	1º
< 1 AÑO	ANTIPOLIO 2M (IPV), 4M (IPV) Y 6M (OPV)	1º
< 1 AÑO	ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)	1º
< 1 AÑO	Neumococo (2 MESES, 4 MESES)	1º
< 1 AÑO	INFLUENZA (6 MESES Y 7 MESES)	1º
< 1 AÑO	SPR (12 MESES)	1º
1 AÑO	NEUMOCOCO (12 MESES)	1º
1 AÑO	ANTIAMARILICA (15 MESES)	única
1 AÑO	VARICELA (12 MESES)	única
1 AÑO	1ER. REF. DPT (18 MESES)	1ºR
1 AÑO	1ER. REF. SPR (18 MESES)	1ºR
1 AÑO	1ER. REF. APO (18 MESES)	1ºR
4 AÑOS	2DO. REF. DPT (4 AÑOS)	2ºR
4 AÑOS	2DO. REF. APO (4 AÑOS)	2ºR

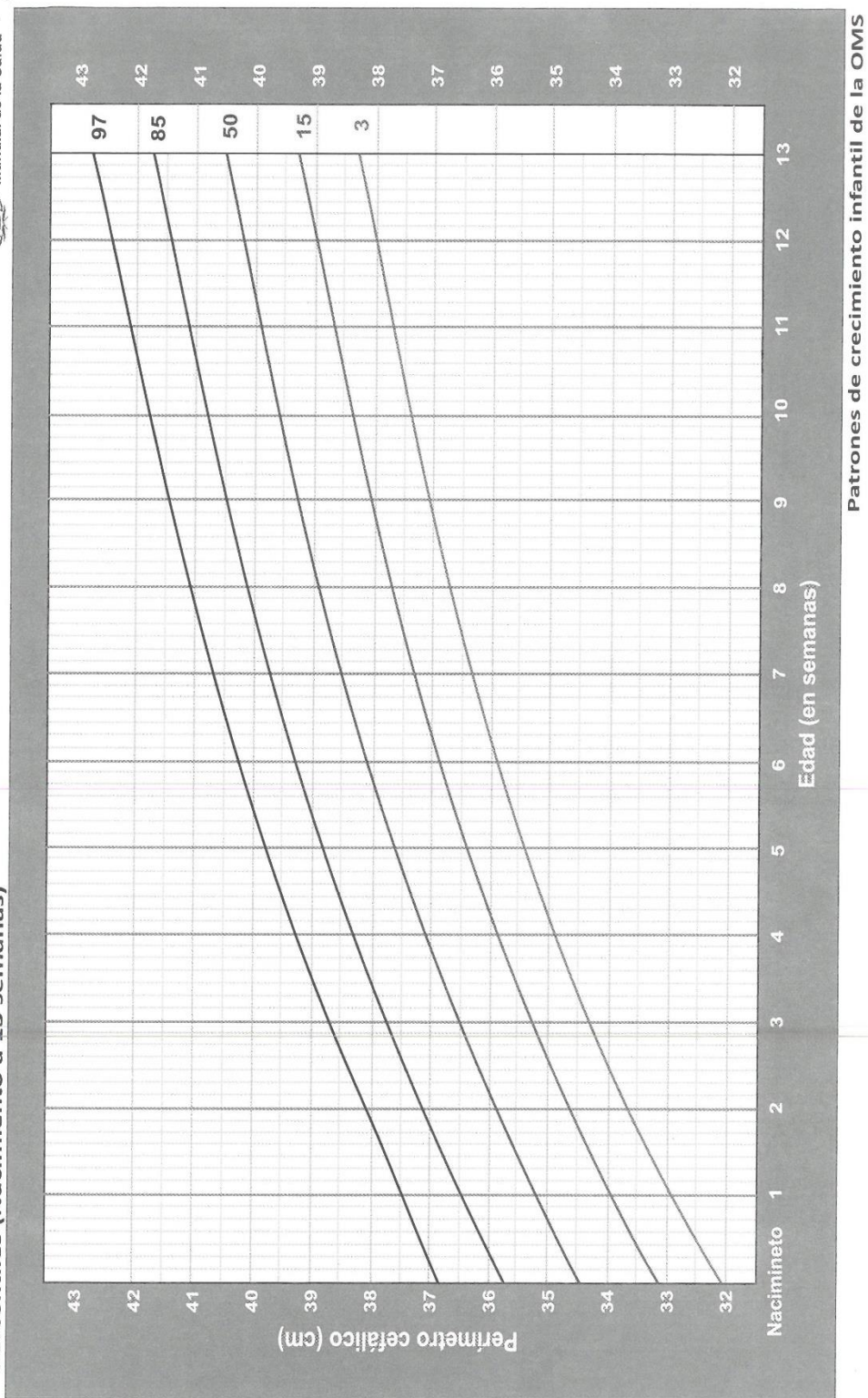
EDAD	CONTROL CRED	EDAD	FECHA
RN	1º		
RN	2º		
RN	3º		
< 1 AÑO	4º		
< 1 AÑO	5º		
< 1 AÑO	6º		
< 1 AÑO	7º		
< 1 AÑO	8º		
< 1 AÑO	9º		
< 1 AÑO	10º		
< 1 AÑO	11º		
1 AÑO	1º		
1 AÑO	2º		
1 AÑO	3º		
1 AÑO	4º		
1 AÑO	5º		
1 AÑO	6º		
2 AÑOS	1º		
2 AÑOS	2º		
2 AÑOS	3º		
2 AÑOS	4º		
3 AÑOS	1º		
3 AÑOS	2º		
3 AÑOS	3º		
3 AÑOS	4º		
4 AÑOS	1º		
4 AÑOS	2º		
4 AÑOS	3º		
4 AÑOS	4º		

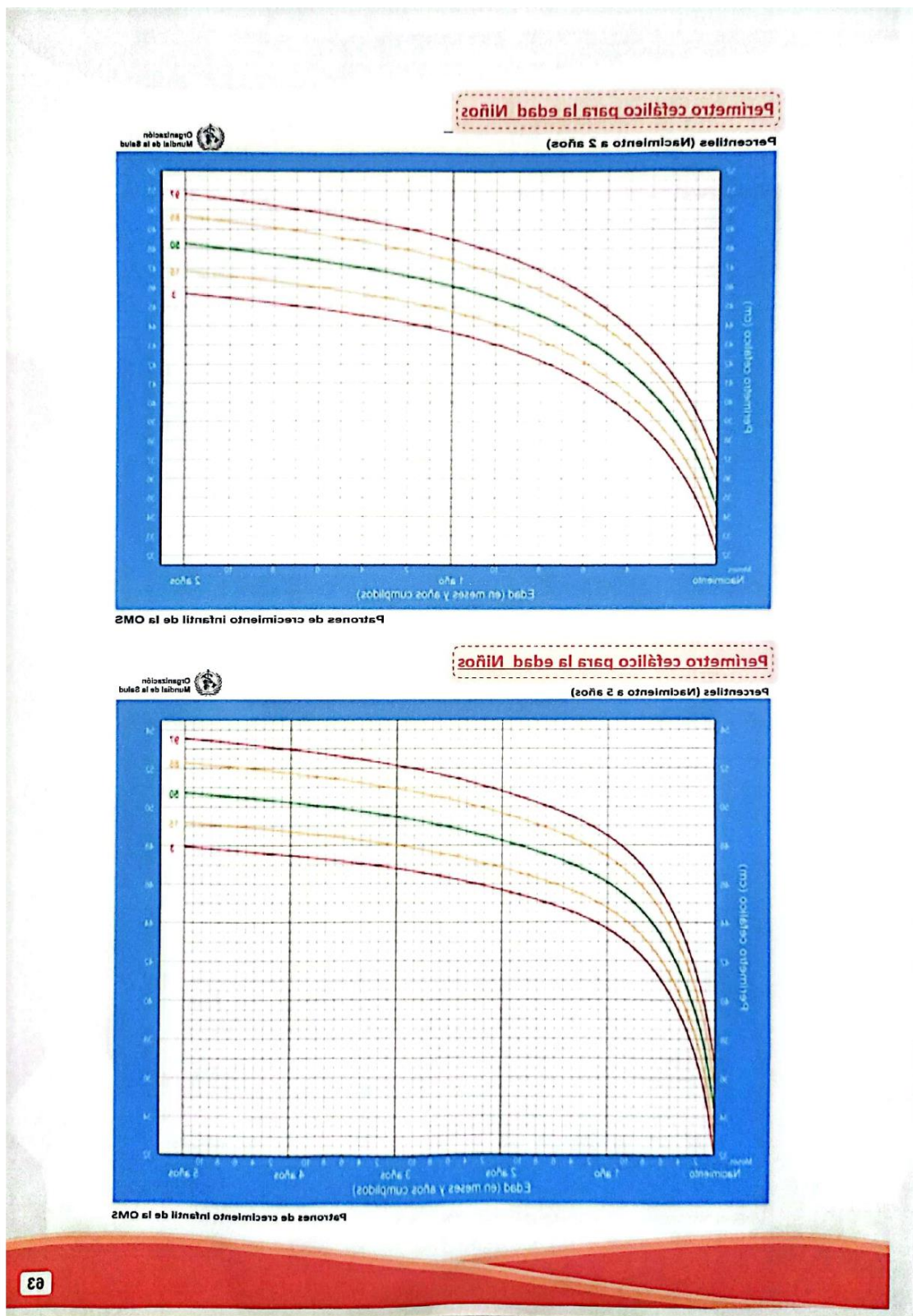
TAMIZAJE	< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS
Descarte de Anemia										
Dosaje de Hb o Hto										
Examen seriado										
Descarte de Parasitosis										
Test de Graham										

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ Nº HCL: _____

Perímetro cefálico para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 13 semanas)





UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

PERU Gobierno Regional Cusco U.E. 411		EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO		3
FECHA: (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña)		EDAD:		
		RN	RN	RN
1. ¿La niña o niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)				
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)				
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)				
4. ¿La niña o niño recibe leche no materna? (Explorar)				
5. ¿La niña o niño recibe agüitas? (Explorar)				
6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar)				
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)				
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)				
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar)				
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)				
11. ¿Consumo frutas y verduras? (Explorar)				
12. ¿Añade aceite manteca o margarina a la comida del niño?				
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?				
14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar?				
15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?				
16. ¿Su niña o niño a recibido suplemento de vitamina "A"?				
17. ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutriente?				
18. ¿Es la niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social?				
OBSERVACIONES:				
Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una CONSEJERÍA NUTRICIONAL				
CONSULTA				
Fecha	Hora:	Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE PELIGRO (marcar los hallazgos)				
MENOR DE 2 MESES:				
No quiere mamar ni succiona				
Convulsiones				
Fontanela abombada				
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel				
Fiebre o temperatura baja				
Rigidez de la nuca				
Pústulas muchas y extensas				
Letárgico o comatoso				
DE 2 MESES A 4 AÑOS:				
No puede beber o tomar el pecho				
Convulsiones				
Letárgico o comatoso				
Vómito todo				
Estoror en reposo / traje subcostal				
PARA TODAS LAS EDADES:				
Emaciación visible grave				
Piel vuelve muy lentamente				
Traumatismo / Quemaduras				
Palidez palmar intensa				
IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO				
¿Quién cuida al niño?				
Participa el padre en el cuidado del niño?				
El niño recibe muestras de afecto?				
Especifique				
ANAMNESIS				
1. Motivo de consulta:				
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:				
Signos Vitales T° PA FC FR Peso Talla PC				
Examen físico				
Diagnóstico				
A. Diagnóstico Nosológico o Síndromico				
2. Condición del crecimiento y estado Nutricional				
3. Condición del Desarrollo Psicomotor				
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				
Tratamiento				
Exámenes Auxiliares				
Referencia (lugar y motivo)				
Proxima cita: Atendido por:				
Observación: Firma y Sello Colegio profesional DNI				
NOMBRES Y APELLIDOS N° DE HISTORIA CLINICA				

[illegible]



**FICHA DE TAMIZAJE
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL**

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor contestar a la preguntas:

Pregunte:

Al adulto (a)

¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	SI NO	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	SI NO	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	SI NO	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	SI NO	
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	SI NO	
¿Quien?	

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Piense en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?	Fácil Difícil	
¿Alguna vez pierde el control?	SI NO Pega? Grita? Empuja o sacude? Encierra?	
¿Su hijo es muy desobediente?	SI NO	

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observa en el niño o niña

Físico		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones, inexplicables.	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.	Sexuales
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiados (niños)
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.	<input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención.	<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
<input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras.	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.
<input type="checkbox"/> Lesiones de perineo vulva, recto etc.	<input type="checkbox"/> Tartamudeo	
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.	
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño) Problemas con el apetito	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.	Negligencia
<input type="checkbox"/> Enuresis (niños).	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
Psicológico	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en si mismo.	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.	<input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
<input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.	<input type="checkbox"/> Descuido en higiene o al niño.
<input type="checkbox"/> Retraimiento.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio.	<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.
		<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.

Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la violencia y el Maltrato Infantil" - MINSA- 2000.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL **4**

CONSULTA

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____

Motivo de consulta: _____

Tiempo de Enfermedad: _____

Forma de inicio: _____

Estado de Animo: _____ Sexo: _____ Signos: _____ Apellido: _____

Orina: _____

Deposiciones: _____

Tos más de 15 días: _____

Secreción o lesión en genitales: _____

Fecha de última regla: _____

Tamizaje de violencia (Preguntar: Si alguna vez alguien le insulta, golpea u obliga a hacer algo que no quiere. Observar si presenta alguna evidencia física de maltrato o violencia)

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

EXAMEN FÍSICO

DIAGNÓSTICO: (Enfermedad o Síndromes, Nutricional, desarrollo psicosocial y otros)

TRATAMIENTO:

Referencia (fecha, Lugar y motivo): _____

Exámenes auxiliares: _____

Próxima Cita: _____

Atendido por: _____

Observación: _____

Firma y Sello: _____ (Registro profesional)

CONSULTA

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____

Motivo de consulta: _____

Tiempo de Enfermedad: _____

Forma de inicio: _____

Estado de Animo: _____ Sexo: _____ Signos: _____ Apellido: _____

Orina: _____

Deposiciones: _____

Tos más de 15 días: _____

Secreción o lesión en genitales: _____

Fecha de última regla: _____

Tamizaje de violencia (Preguntar: Si alguna vez alguien le insulta, golpea u obliga a hacer algo que no quiere. Observar si presenta alguna evidencia física de maltrato o violencia)

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

EXAMEN FÍSICO

DIAGNÓSTICO: (Enfermedad o Síndromes, Nutricional, desarrollo psicosocial y otros)

TRATAMIENTO:

Referencia (fecha, Lugar y motivo): _____

Exámenes auxiliares: _____

Próxima Cita: _____

Atendido por: _____

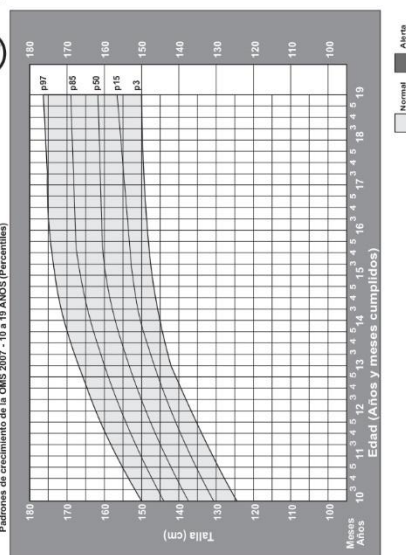
Observación: _____

Firma y Sello: _____ (Registro profesional)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° HCL: _____

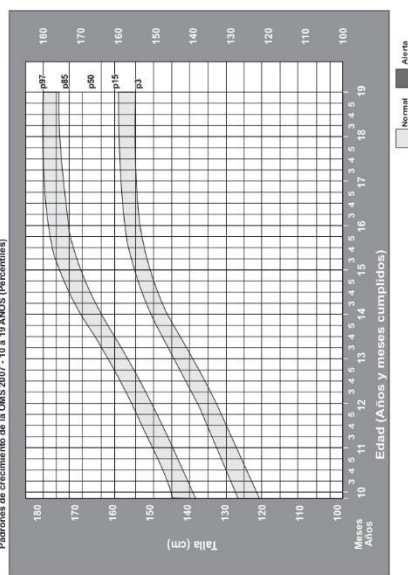


Tallas para la edad - NIÑAS ADOLESCENTES



Tallas para la edad - NIÑOS ADOLESCENTES

Padrones de crecimiento de la OMS 2007 - 10 a 19 AÑOS (Percentiles)



VALORES	
TALLA ALTA	p85 - p97
NORMAL	p15 - p85
TALLA BAJA	p15 - p03

FORMATO B

ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO

Personas Sana SBU
Personas con Patología Bucal

ABO

SI MARCAO CON X EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE

RECUPERATIVO

ESPECIALIZADO

SEBERA LLENANDO AL FINALIZAR EL PLAN DE TX

CUADRO DE TOPES ETAPAS DE VIDA SIS

INDICE DE HEMORRAGIA GINGIVAL (HG) GESTANTES

Control N° 1 Control N° 2 GRADO CARACTERISTICA

Pieza a Examinar D V M P D V M P 0 Aumento de Inflamación 1 Lesión Inflamación Moderada 2 Inflamación Severa 3

1.6 - 1.7 1.1 - 2.1 2.6 - 2.7 3.6 - 3.7 3.1 - 4.1 4.6 - 4.7

Suma Simple

BNO N°1 BNO N°2

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL Y LA ADOLESCENTE

FECHA DIA MES AÑO

N°

DATOS GENERALES

Apellidos: Nombres: Sexo: M F Edad:

F. Nac: Grupo sanguíneo: Rh:

Lugar de nacimiento: Precedencia: Estado Civil: Religión: Ocupación:

Gº de Instrucción: Centro Educativo: Dirección:

Grado de Instrucción del Compañero: Dirección:

ANTECEDENTES PERSONALES:

SI NO SE NO SI NO SE NO

PERINATALES: TBC SOBRA / ASMA TRANSF. SANGUÍNEAS USO DE MEDICINAS CONSUMO DE DROGAS INTERVEN. QUIRÚRGICAS ALERGIAS ACCIDENTES

DESARROLLO: TBC OBESIDAD VIH / SIDA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIABETES HIPERLIPIDEMIA INFARTO TRANSISTORIOS PSICOLÓGICO DROGAS VIOLENCIA INTRAFAMILIAR MADRE ADOLESCENTE MALTRATO OTROS

VACUNAS: 1º 2º 3º 4º 5º

DT SR HB FA VPH

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD SI NO ESPECIFIQUE:

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

EDUCATIVOS: SI NO

ESTUDIA? SI NO

DE ACUERDO A LA EDAD? SI NO

NIVEL: NO ESCOLARIZADO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR

LABORALES: SI NO

TRABAJA? SI NO

REMUNERADO SI NO

ESTABLE SI NO

TEMPO COMPLETO SI NO

EDAD INICIO DE TRABAJO SI NO

BAJO RENDIMIENTO SI NO

DESERCIÓN SI NO

REPETENCIA SI NO

VIDA SOCIAL: SI NO

ERES ACEPTADO SI NO

ERES IGNORADO SI NO

TIENES AMIGOS SI NO

TIENES PAREJA SI NO

HACES DEPORTES SI NO

ORGANIZAC. JUVENILES SI NO

TELEVISIÓN (hora/día) SI NO

VÍDEO JUEGOS (hora/día) SI NO

INTERNET (hora/día) SI NO

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

AÑOS: SI NO

MEMORIA / ESPERANZA SI NO

ABUSO SEXUAL SI NO

EMBARAZOS SI NO

HIJOS SI NO

ABORTOS SI NO

EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL SI NO

SALUD BUCAL



SI NO

USO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI NO

¿SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESIADO? SI NO

¿SABE COMO PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA? SI NO

OBSERVACIONES:

FICHA DE TAMIZAJE

Dirección de Salud / Ciudad / Establecimiento:

Fecha:

Servicio: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Ginecología ☐ Obstetricia ☐ ORED
☐ Medicina ☐ P.F. ☐ Otros

Nombre y apellido del usuario:

Edad: Sexo: ☐ Masculino: ☐ Femenino:

Dirección:

Lea al paciente:

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

Pregunte:

Si es adulto (a)

¿alguna vez ha sido maltratado psicológicamente?
☐ Si ☐ No

¿alguna vez ha sido maltratado físicamente?
☐ Si ☐ No

¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales?
☐ Si ☐ No

Si es niño, niña, adolescente:

¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿cómo?
☐ Si ☐ No

¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?
☐ Si ☐ No

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



En todos los casos: niño(o), adolescente, adulto(s), anciano(o)

☐ Hematomas y contusiones inexplicables. ☐ Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.

☐ Cicatrices quemaduras. ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).

☐ Fracturas inexplicables. ☐ Enuresis (niños).



☐ Marca de mordeduras. ☐ Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.

Evaluación de riesgo cardiovascular con Perímetro Abdominal (PAB)

Procedimiento:

- 1) Explicar a la persona adolescente el procedimiento de medición y solicitar su consentimiento y colaboración; previa aprobación de la persona acompañante.
- 2) Solicitar a la persona se ubique en posición erguida, sobre una superficie plana, con el torso descubierto y con los brazos relajados y paralelos al tronco.
- 3) Asegurarse que la persona se encuentre relajada y de ser el caso solicitarle se desabroche el cinturón o correa que pueda comprimir al abdomen.
- 4) Los pies deben estar separados por una distancia de 25 a 30 cm, de tal manera que su peso se distribuya sobre ambos miembros inferiores.
- 5) Palpar el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta ilíaca, ambos de lado derecho, determinar la distancia media entre ambos puntos y proceder a marcarlo; realizar este mismo procedimiento para el lado izquierdo (Figura N°18).
- 6) Colocar la cinta métrica horizontalmente alrededor del abdomen, tomando como referencia las marcas de las distancias medias de cada lado, sin comprimir al abdomen de la persona.
- 7) Realizar la lectura en el punto donde se cruzan los extremos de la cinta métrica (Figura N°19).
- 8) Tomar la medida al final de una exhalación normal (momento en que la persona expulsa el aire). Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma consecutiva acercando y alejando la cinta.
- 9) Leer las tres medidas, obtener el promedio y registrarlo en la historia clínica, en centímetros con una aproximación de 0.1 cm. Si la medida cae entre dos milímetros, se debe registrar el milímetro inferior.

Edad (Años)	Riesgo de Enfermar según Perímetro Abdominal (cm)			
	Adolescentes varones		Adolescentes mujeres	
	BAJO (< P75)	Alto (≥ P75)	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)
12	74.2	74.3	73.4	73.5
13	76.7	76.8	76.8	76.9
14	79.3	79.4	78.2	78.3
15	81.8	81.9	80.6	80.7
16	84.4	84.5	83.0	83.1
17	86.9	87.0	85.4	85.5
				85.6
				85.7
				85.8
				85.9
				86.0
				86.1
				86.2
				86.3
				86.4
				86.5
				86.6
				86.7
				86.8
				86.9
				87.0
				87.1
				87.2
				87.3
				87.4
				87.5
				87.6
				87.7
				87.8
				87.9
				88.0
				88.1
				88.2
				88.3
				88.4
				88.5
				88.6
				88.7
				88.8
				88.9
				89.0
				89.1
				89.2
				89.3
				89.4
				89.5
				89.6
				89.7
				89.8
				89.9
				90.0

Fuente Adaptado de Fernández J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. J Pediatr 2004.

I SESIÓN	II SESIÓN	III SESIÓN



CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIR LA DIABETES

Nombres y apellidos: **Presión Arterial:** /

Edad: años **SI** **NO** **Aliviado al SIS** **SI** **NO**

Descubrió (Test IFARIPDB modificado)

SABE USTED QUE RIESGO TIENE DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2?

1. Año de Nacimiento: **2. SEXO:** Masculino () Femenino ()

3. Índice de masa corporal: **(Peso/Altura²)**

4. Circunferencia de cintura:

	HOMBRES	MUJERES
0p	Menos de 84 cm	Menos de 80 cm
3p	94 - 102 cm	88 - 88 cm
4p	Más de 102 cm	Más de 88 cm

Perímetro Abdominal:

Paso 1: La persona debe estar de pie y con ropa ligera. Ubicar el punto intermedio entre el ombligo y el hueso de la cadera.

Paso 2: Colocar el centímetro en el punto intermedio, alrededor de la cintura y medir al final de una espiración con el abdomen relajado.

3. Índice de masa corporal: **(Peso/Altura²)**

4. Circunferencia de cintura:

	HOMBRES	MUJERES
0p	Menos de 84 cm	Menos de 80 cm
3p	94 - 102 cm	88 - 88 cm
4p	Más de 102 cm	Más de 88 cm

¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física cada día (o 150 minutos/semanal, en el trabajo y/o en el tiempo)?

¿Come frutas todos los días?

¿Toma medicamentos antihipertensivos?

¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (por ejemplo, en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?

¿Alguna vez le han encontrado triglicéridos altos (mayores de 250 mg/dl) o HDL bajo (menor de 35 mg/dl)?

¿Tiene usted algún pariente de primer grado (padres, hermanos, hijos) que padezca de diabetes tipo 2?

NO **SI** **SI: (padres, hermanos o hijos)**

RESULTADO DEL TEST FACTORES DE RIESGO

PUNTUACIÓN TEST IFARIPDB

Puntuación	Riesgo
Menos de 7 puntos	Riesgo bajo.
Entre 7 y 11 puntos	Riesgo ligeramente elevado.
Entre 12 y 14 puntos	Riesgo moderado.
Entre 15 y 20 puntos	Riesgo alto.
Más de 20 puntos	Riesgo muy alto.

El test NO puede reemplazar un diagnóstico médico. Por este motivo, debería consultar con su médico el resultado obtenido.



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PSICOLÓGICO:

- ☐ Extrema (alta de confianza en sí mismo).
- ☐ Tristeza, depresión o angustia.
- ☐ Retraimiento.
- ☐ Llanto frecuente.
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención.
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar.
- ☐ Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- ☐ Bajo rendimiento académico.
- ☐ Aislamiento de personas.
- ☐ Intento de suicidio.
- ☐ Uso alcohol drogas.
- ☐ Tranquilizantes o analgésicos.

SEXUALES:

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- ☐ Embarazo precoz.
- ☐ Abortos o amenaza de enfermedades de transmisión sexual.

NEGLIGENCIA:

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- ☐ No vacunas o atención de salud.
- ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
- ☐ Descuido en higiene y aseo falta de estimulación del desarrollo.
- ☐ Fatiga, sueño, hambre.

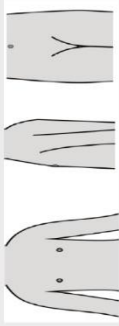


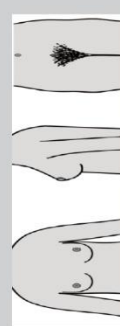

Fecha: **Derivado por:** **Firma:**

Nombre del profesional que atendió el caso:

Referencia: ☐ Hospital ☐ Centro de salud ☐ Otros

Derivado a:

**GRADO DEL DESARROLLO SEXUAL
SECUNDARIO FEMENINO TEST DE TANNER**

	I	Sin tejido glandular; la areola sigue los contornos de la piel del tórax. Edad normalmente de 10 años o menor.
	II	Botón mamario, con una pequeña zona de tejido circundante glandular; la areola comienza a ensancharse. Edad entre 10 y 11.5 años.
	III	La mama comienza a elevarse, y se extiende más allá de los límites de la areola, que continúa aumentando, pero permanece dentro del contorno mamario. Edad entre 11.5 y 13 años.
	IV	Elevación y aumento de tamaño de los senos; areola y pezón forman un montículo secundario que sobresale del borde de la mama. Edad entre 13 y 15 años.
	V	La mama alcanza su tamaño definitivo de adulto; la areola vuelve al nivel de la superficie mamaria, pero el pezón sigue haciendo prominencia. Edad 15 años o mayor.

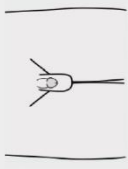

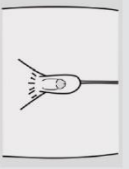

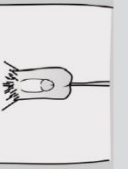
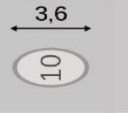
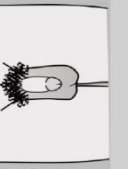
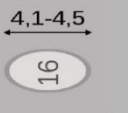
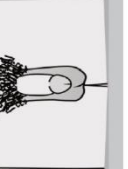

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE **3b**

SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS

EVALUACIÓN DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN	FECHA	
	Colera	
	Irritabilidad	
	Agresión	
	Calificación total	
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	FECHA	
	Violencia familiar	
	Violencia sexual	
	Violencia Escolar	
	Violencia política	
ESCOLARIDAD	FECHA	
	Asistencia a la escuela / colegio	
	Rendimiento escolar	
	Deserción escolar	
HABITOS	FECHA	
	Uso del tiempo libre	
	Sedentarismo	
	Uso de alcohol	
	Uso de tabaco	
	Uso de drogas ilícitas	
	Pertenencia a pandillas	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	FECHA	
	Pareja / enamorado(a)	
	Relaciones sexuales	
	Conducta sexual de riesgo	
	Dos o más parejas	
	Sexo sin protección	
	RS con personas del mismo sexo	
	RS con personas del otro sexo	
	Uso de método anticonceptivo	
	Conocimiento para prevenir embarazo no deseado	
	Conocimiento para prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA	
APELLIDOS Y NOMBRES:	N° H.C.L.:	

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

GOBIERNO REGIONAL CUSCO		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE		3a
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Índice de Masa Corporal (IMC)			
	Talla / Edad			
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL SEGUN TANNER	Alimentación			
	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
EVALUACIÓN POSTURAL	Desarrollo del vello pubiano			
	FECHA			
	Columna			
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	Rodilla			
	Pie			
	FECHA			
	Agudeza Visual OD			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Agudeza Visual OI			
	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de Colesterol y Triglicéridos			
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (Determinación de proteína en orina)			
	FECHA			
	Previniendo la Violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de decisiones			
	Valores			
	Asertividad			
Calificación total				
APELLIDOS Y NOMBRES:				Nº H.C.L.:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO		GRADO DEL DESARROLLO SEXUAL SECUNDARIO MASCULINO TEST DE TANNER	
TANNER I PREPUBERAL	Volumen testicular menor de 1.5 ml. Pene pequeño, de 3 cm o menos. Edad normalmente 9 años o menor.		
TANNER II	Volumen testicular entre 1.6 y 6 ml. La piel del escroto se adelgaza, se enrojece y se agranda. La longitud del pene sin cambios. Edad entre 9 y 11 años.		
TANNER III	Volumen testicular entre 6 y 12 ml. El escroto se agranda aún más. El pene comienza a alargarse. Edad entre 11 y 12.5 años.		
TANNER IV	Volumen testicular de entre 12 y 20 ml. El escroto se agranda más y se oscurece. El pene incrementa su longitud y hay diferenciación del glande. Edad entre los 12.5 y los 14 años.		
TANNER V	Volumen testicular mayor de 20 ml. Escroto y pene de adulto. Edad 14 años o mayor.		

CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

Este cuestionario está diseñado para saber tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación, selecciona tu respuesta marcando con una (X) uno de los casilleros que se ubican en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios.

N = NUNCA, RV = RARA VEZ, AV = A VECES, AM = A MENUDO, S = SIEMPRE

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

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

CATEGORÍA DE PUNTAJE

CUSCO

CATEGORÍAS	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Muy bajo	0 a 20	Menor a 19	Menor a 21	Menor a 16	Menor a 68
Bajo	20 a 32	19 a 24	21 a 34	16 a 24	88 a 126
Promedio bajo	33 a 38	25 a 29	35 a 41	25 a 29	127 a 141
Promedio	39 a 41	30 a 32	42 a 46	30 a 33	142 a 151
Promedio alto	42 a 44	33 a 35	47 a 50	34 a 36	152 a 161
Alto	45 a 49	36 a 39	51 a 54	37 a 40	162 a 173
Muy alto	50 a más	40 más	55 a más	41 a más	174 a más

PUNTAJE	CATEGORÍAS	MUY BAJO	BAJO	PROMEDIO BAJO	PROMEDIO ALTO	ALTO	MUY ALTO
Áreas	Puntaje						
Asertividad							
Comunicación							
Autoestima							
Toma de Decisiones							
Puntaje Total							

5. La interpretación es la siguiente:

Los puntajes que se ubiquen en la Categoría de Promedio en la suma total de las áreas corresponden a personas que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales.

Los puntajes que se ubican en la Categoría Promedio Alto en la suma total serán consideradas como personas con adecuadas habilidades sociales.

Los puntajes que se ubiquen en la Categoría Alto y Muy Alto serán considerados como personas competentes en las habilidades sociales.

Por el contrario las personas que se ubiquen en la categoría Promedio Bajo, serán calificadas como personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mayor competencia.

Y por último los que se ubican en la Categoría Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como personas con déficit de habilidades sociales (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones), lo cual lo puede situar como un/una adolescente en riesgo.

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ OCUPACIÓN: _____ HC: _____

EDAD: _____ GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

FECHA: _____

A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁS UNA LISTA DE HABILIDADES QUE LAS PERSONAS USAN EN SU VIDA DIARIA. SEÑALA TU RESPUESTA MARCANDO CON UNA X EN LOS CASILLOS QUE SE UBICA EN LA COLUMNA DERECHA UTILIZANDO LOS SIGUIENTES CRITERIOS:
N = NUNCA, RV = RARA VEZ, AV = A VECES, AM = A MENUDO, S = SIEMPRE

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

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

NOTA: LOS ASTERISCOS (*) SON DE PUNTAJE INVERSO, ITEMS 1,2,3,4,8,11,13,16,19,21,26,29,33,35,37,40 Y LOS DEMÁS ITEMS

5	4	3	2	1
1	2	3	4	5

CATEGORÍA DE PUNTAJE

CATEGORÍAS	IRRITABILIDAD	COLERA	AGRESIVIDAD
MUY ALTO	40 A +	28 A +	91 A +
ALTO	33 A	22 A	73 A
PROMEDIO	27 A	15 A	53 A
BAJO	22 A	11 A	42 A
MUY BAJO	0 A	0 A	0 A





PUNTAJE

CATEGORÍAS	MUY BAJO	PROMEDIO BAJO	PROMEDIO ALTO	MUY ALTO
Áreas	Puntaje			
Irritabilidad				
Colera				
Agresión				

4. Interpretar de la siguiente manera:

- Los puntajes que se ubiquen en la Categoría en Promedio en cualquiera de las Áreas serán interpretados como respuestas de personas que tienden a responder con ciertos descontrol de Irritabilidad, Colera o Agresividad.
- Los puntajes en las Categorías Alto y Muy Alto en cualquiera de las Áreas serán considerados como respuestas de personas con bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Colera y Agresividad.
- Los puntajes que se ubiquen en las Categorías Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como de personas que presentan mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Colera o Agresividad.

ANEXO: 19

	PERÚ Ministerio de Salud		CUSCO GOBIERNO REGIONAL		
---	------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---

**HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN
PRE NATAL**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

COMUNIDAD: _____ FN: _____ N° HCL: _____ SIS: _____

Motivo de Consulta: _____

Funciones Biológicas: _____

N° APN:	
Fecha:	
Hora:	
Edad:	
P/A:	
Talla:	
Peso:	
T°:	
Pulso:	
FR:	
IMC:	
Peso Pre Gestacional:	

Antecedentes Personales: _____

Alergias: _____

Int. Qx: _____

Vacuna Antitetánica: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Gineco Obstétricos:

Menarquia: _____	Pl: _____	G1: _____
R/C: _____		G2: _____
IRS: _____	G: _____ P: _____	G3: _____
N° Psx: _____		G4: _____
MAC: _____	ITS: _____	G5: _____
PAP: _____	Otros: _____	G6: _____

EMBARAZO ACTUAL

FUR: _____ FPP: _____ EG: _____ EG X ECO: _____

Vacuna Antitetánica Actual:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1° Dosis</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td></tr> <tr><td>Res.: _____</td></tr> </table>	1° Dosis	Fecha: _____	Res.: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">2° Dosis</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td></tr> <tr><td>Res.: _____</td></tr> </table>	2° Dosis	Fecha: _____	Res.: _____
1° Dosis							
Fecha: _____							
Res.: _____							
2° Dosis							
Fecha: _____							
Res.: _____							

EXAMEN GENERAL:

Cabeza: _____

Piel y Mucosas: _____


Ojos: _____

Orejas: _____


Boca: _____

Cuello: _____


Miembros Superiores: _____



PERÚ
Ministerio
de Salud



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabaja por la
Integridad



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CUSCO

TORAX: _____

Mamas: _____

Aparato Cardio Vascular: _____

Pulmones: _____

ABDOMEN: _____

EXAMEN OBSTETRICO:

AU: _____ **LCF:** _____ **MF:** _____ **SPP:** _____

Genitales Externos y/o T.V: _____

Miembros Inferiores: _____

DX: _____

INDICACIONES: _____


ORIENTACION Y CONSEJERIA: _____

CITA: _____


NOTAS: _____

PERÚ Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>N° APN:</td><td></td></tr> <tr><td>Fecha:</td><td></td></tr> <tr><td>Hora:</td><td></td></tr> <tr><td>Edad:</td><td></td></tr> <tr><td>P/A:</td><td></td></tr> <tr><td>Talla:</td><td></td></tr> <tr><td>Peso:</td><td></td></tr> <tr><td>T°:</td><td></td></tr> <tr><td>Pulso:</td><td></td></tr> <tr><td>FR:</td><td></td></tr> </table>	N° APN:		Fecha:		Hora:		Edad:		P/A:		Talla:		Peso:		T°:		Pulso:		FR:		<p>Motivo de Consulta: _____</p> <p>Examen físico: _____</p> <p>Examen Obstétrico: _____</p> <p style="text-align: right;">AU: _____ LCF: _____ MF: _____ SPP: _____</p> <p>Genitales Externos y/o T.V.: _____</p> <p>Miembros Inferiores: _____</p> <p>Imp. Dx.: _____</p> <p>DX Ganancia de Peso SEGÚN EG: _____</p> <p>Otros DX: _____</p> <p>Indicaciones: _____</p> <p>Ácido Sulfosalicílico: _____</p> <p>CITA: _____</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Responsable</p>
N° APN:																					
Fecha:																					
Hora:																					
Edad:																					
P/A:																					
Talla:																					
Peso:																					
T°:																					
Pulso:																					
FR:																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>N° APN:</td><td></td></tr> <tr><td>Fecha:</td><td></td></tr> <tr><td>Hora:</td><td></td></tr> <tr><td>Edad:</td><td></td></tr> <tr><td>P/A:</td><td></td></tr> <tr><td>Talla:</td><td></td></tr> <tr><td>Peso:</td><td></td></tr> <tr><td>T°:</td><td></td></tr> <tr><td>Pulso:</td><td></td></tr> <tr><td>FR:</td><td></td></tr> </table>	N° APN:		Fecha:		Hora:		Edad:		P/A:		Talla:		Peso:		T°:		Pulso:		FR:		<p>Motivo de Consulta: _____</p> <p>Examen Físico: _____</p> <p>Examen Obstétrico: _____</p> <p style="text-align: right;">AU: _____ LCF: _____ MF: _____ SPP: _____</p> <p>Genitales Externos y/o T.V.: _____</p> <p>Miembros Inferiores: _____</p> <p>Imp. Dx.: _____</p> <p>DX Ganancia de Peso SEGÚN EG: _____</p> <p>Otros DX: _____</p> <p>Indicaciones: _____</p> <p>Ácido Sulfosalicílico: _____</p> <p>CITA: _____</p> <p>Nombre y Apellidos: _____</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Responsable HCL: _____</p>
N° APN:																					
Fecha:																					
Hora:																					
Edad:																					
P/A:																					
Talla:																					
Peso:																					
T°:																					
Pulso:																					
FR:																					



PERÚ Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO Trabaja menos Vive mejor	
N° APN:		Motivo de Consulta:	
Fecha:			
Hora:			
Edad:		Examen físico:	
P/A:			
Talla:			
Peso:			
T°:			
Pulso:		Examen Obstétrico:	
FR:			
		AU: _____ LCF: _____ MF: _____ SPP: _____	
Genitales Externos y/o T.V.:			
Miembros Inferiores:			
Imp. Dx.:			
DX Ganancia de Peso SEGÚN EG:			
Otros DX:			
Indicaciones:			
Ácido Sulfosalicílico:			
CITA:		Firma y Sello del Responsable	
N° APN:		Motivo de Consulta:	
Fecha:			
Hora:			
Edad:		Examen Físico:	
P/A:			
Talla:			
Peso:			
T°:			
Pulso:		Examen Obstétrico:	
FR:			
		AU: _____ LCF: _____ MF: _____ SPP: _____	
Genitales Externos y/o T.V.:			
Miembros Inferiores:			
Imp. Dx.:			
DX Ganancia de Peso SEGÚN EG:			
Otros DX:			
Indicaciones:			
Ácido Sulfosalicílico:			
CITA:		Firma y Sello del Responsable	
Nombre y Apellidos:		HCL: _____	



PERÚ
Ministerio de Salud



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Trabajemos por la vida

CONTROL DE PUERPERIO

1° CONTROL DE PUERPERIO	
Fecha:	
Hora:	
Edad:	
P/A:	
Talla:	
Peso:	
T°:	
Pulso:	
FR:	
Fecha de Parto	

Funciones Biológicas:

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

Signos de Alarma:

.....

Examen Físico:

Piel y mucosas:

Mamas:

Abdomen:

.....

.....

.....

Genitales Externos y/o T.V.:

Miembros Inferiores:

.....

IMP. DX:

Rp:

.....

.....

CITA:

Firma y Sello del Responsable

2° CONTROL DE PUERPERIO	
Fecha:	
Hora:	
Edad:	
P/A:	
Talla:	
Peso:	
T°:	
Pulso:	
FR:	
Fecha de Parto	

Funciones Biológicas:

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

Signos de Alarma:

.....

Examen Físico:

Piel y mucosas:

Mamas:

Abdomen:

.....

.....

.....

Genitales Externos y/o T.V.:

Miembros Inferiores:

.....

IMP. DX:

Rp:

.....

.....

CITA:

Firma y Sello del Responsable

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

MICRO RED _____

EE. SS. _____

HISTORIA CLINICA MATERNA

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ H, CL N° _____

EDAD: _____

FECHA DE INGRESO: ____/____/____ HORA: _____ horas

DIRECCIÓN ACTUAL: _____ REFERENCIA: _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE: _____ PARENTESCO: _____

NOTA DE INGRESO

TE: _____ FI: _____ CURSO: _____

ANAMNESIS: _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICO: N° CPN _____ EE. SS. _____

FUR: ____/____/____ FPP: ____/____/____ FUP: ____/____/____ G ____ P ____

IRS: _____ AÑOS RC: _____ días, cada _____ días

ANDRIA: _____ FUPAP _____ resultado (+) (-)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ALERGIAS: _____

HORA DE ÚLTIMA INGESTA ____/____ hrs OH (+) (-) OTROS. Especifique _____

EXAMEN FÍSICO PA: ____/____ mm/hg T° _____ °C FC _____ 1pmFR: _____ rpm PESO _____ kgs

TALLA: _____ cms.

PIEL Y FANERAS: _____

BOCA: _____

CUELLO: _____

TÓRAX: _____ MAMAS: _____

PULMONES Y CV _____

ABDOMEN: _____

AU: _____ cms ACTITUD FETAL: (cefálico) (podálico) SITUACIÓN FETAL: (long) (transv.) (oblicua)

POSICIÓN FETAL: (izquierda) (derecha) PRESENTACIÓN (cefálica) (podálica) (transverso)

MF: _____ CU: _____

GU: _____

PELVIS: DCD: _____ cms DBI _____ cms. CS: _____ cms > SP: _____

D: _____ cms B: _____ % M: (integras) (rotas) Hora: ____/____ hrs AP: _____

MIEMBROS:

EDEMAS _____ ALTURA: _____

SNC: _____

OBSERVACIONES: _____

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO: _____

INDICACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE: _____

EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALA DE RECUPERACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD: _____

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

MICRO RED: _____

EE. SS.: _____

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: _____ GRAVIDEZ: _____ PARIDAD: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: _____ HORAS: _____

FRECUENCIA CARDIACA

INTEGRAS I
ROTAS R
LIQ CLARO C
LIQ MECONIAL M
LIQ SANGUINIENTO S

LIQUIDO AMNÍOTICO
MOLDEAMNÍOTICO

CUELLO UTERINO (cm)
TRAZO X

DESCENSO CEFÁLICO
TRAZO (O)

N° HORAS
HORAS

MEJOR DE 20
ENTRE 20 Y 40
MAJOR DE 40

OXITOCINUI
GOTAS/MIN

ALIMENTOS
ADMINISTRAD
OS Y
LIQUIDOS IV

PULSO

PRESIÓN ARTERIAL

TEMPERATURA

ORINA { PROTEÍNA
CETONA
VOLUMEN

PARTO ATENDIDO POR: _____

FECHA: _____
HORA: _____
SEXO: _____
PESO: _____
TALLA: _____
APGAR: _____

TIEMPO DURACIÓN PARTO

1° PERIODO: _____
2° PERIODO: _____
3° PERIODO: _____

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Ministerio de Salud

INSTRUMENTO PARA LA VIGILANCIA DEL PARTO:
PARTOGRAMA DE OMS CON CURVA DE ALERTA

Instrumento que permite vigilar la fase activa del trabajo de parto e identificar al grupo de parturientas que pueden tener algún problema en la segunda fase de la labor de parto.

En este partograma la fase latente ha sido retirada y la gráfica sobre el partograma comienza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4 cm. Se incluye en el texto un ejemplar del partograma de OMS. modificado; en el que no aparece la fase de latencia (página 38) y un ejemplo práctico en la página 39.

Información de la parturienta: registre nombre, gestaciones, paridad, número de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas.
Frecuencia cardíaca fetal: registre cada media hora
Líquido amniótico: registre el color en cada examen vaginal.

◆ I: membranas intactas
◆ R: momento de la rotura de las membranas
◆ C: membranas rotas, líquido claro
◆ M: Líquido meconial
◆ S: líquido sanguinolento

Moldeamiento:
1: suturas lado a lado
2: suturas superpuestas pero reducibles
3: suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación cervical: evalúe en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde. Marque a partir de los 4 cm. de dilatación en el partograma de la OMS.

LINEA DE ALERTA: línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1cm. por hora.

LINEA DE ACCIÓN: Paralela y 4 horas a la derecha de la línea de alerta
Descenso del polo céfalico: se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así:

5/5 : completamente encima del pubis
4/5 : sincipio alto, occipucio se siente fácilmente
3/5 : sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente
2/5 : sincipucio se siente, occipucio casi se siente
1/5 : sincipucio se siente, occipucio no se siente
0/5 : la cabeza no es palpable

N° de Horas: referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa
Hora real: registre el tiempo actual.

Contracciones: gráfique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos.
• Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado
• Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas
• Mas de 40 segundos: cuadrilátero oscuro

Oxitocina: registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice

Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos

Pulso: registre cada 30 minutos

Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha

Temperatura: registre cada 2 horas

Proteínas, cetonas y volumen urinario: registre cada vez que se colecta orina.

[illegible]

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

MICRO RED _____

EE.SS. _____

REPORTE DE PARTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

FECHA Y HORA DEL PARTO: _____ hrs.

TIPO DE PARTO: _____

PRODUCTO: _____ SEXO: _____ EG: _____ sem x Capurro. APGAR: /

PESO: _____ grs. TALLA: _____ cms. PC: _____ cms. PT: _____ cms.

MEMBRANAS: _____

LIQUIDO AMNIOTICO: _____

TIEMPO EXPULSIVO: _____

EPISIOTOMÍA: _____

ALUMBRAMIENTO: _____

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO: _____

PLACENTA: SCHULTZE () DUNCAN ()

PESO PLACENTA: _____

CORDÓN: _____

PERDIDA SANGUÍNEA: _____

DESGARROS: _____

EPISIORRAFIA: _____

CONTACTO PIEL A PIEL: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

INDICACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

ATENDIÓ PARTO
SELLO Y FIRMA _____

ATENDIÓ RN
SELLO Y FIRMA _____

HORA DE TERMINO DE PROCEDIMIENTOS: _____

COMPLICACIONES: _____

REPORTADO A LA MICRO RED: _____

NCIA: _____

BRESO: _____

PERU Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Tribunal Regional de Justicia

GOBIERNO REGIONAL DE SANIDAD



DE INGRESO: _____
PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL
MICRO RED: _____
EE. SS.: _____

HORA DE ALUMBRAMIENTO: _____

MONITOREO DEL PUERPERIO

FECHA	HORA INTERVALO DE EVALUACIÓN POST PARTO	HORA	P/A	FC	FR	T°	INVOLUC UTERINA en (cm)	SANGRADO en (ml)	OBSERVACIONES	RESPONS.
	00.15									
	00.30									
	00.45									
	01.00 hrs									
	01.15									
	01.30									
	01.45									
	02.00 hrs									
	04.00 hrs									
	06.00 hrs									
	12.00 hrs									
	18.00 hrs									
	24.00 hrs									
	30.00 hrs									
	36.00 hrs									
	48.00 hrs									

EVOLUCIÓN: 2 HORAS

EVOLUCIÓN: 6 HORAS

EVOLUCIÓN: 12 HORAS

EVOLUCIÓN: 24 HORAS

ALTA PUERPERIO
EX. FÍSICO:

INDICACIONES:

CITA:

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO
RESP. ALTA

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

PERÚ Ministerio de Salud **GOBIERNO REGIONAL CUSCO** **GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO** **GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO**

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL
MICRO RED _____
EE. SS. _____

HISTORIA CLÍNICA NEONATOLOGICA

APELLIDOS DEL RN: _____ H. CL N° _____
FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ APGAR: _____
EG x Capurro _____ semanas PESO: _____ grs TALLA _____ cms. PC: _____ cms.
PT: _____ cms.
T° Rectal _____ °C

EXAMEN FÍSICO:
APARIENCIA GENERAL:
COLOR (Rosado), (Acrocianosis), (Cianosis Total), (Palidez), (Ictericia), (Plétora) _____
POSTURA: (Flexión de Extremidades), (Extensión de Extremidades), (Flacidez) _____
ACTIVIDAD: (Movimientos Espontáneos), (Diminución Mov), (Ausencia de Mov) _____
LLANTO: (Vigoroso y Sostenido), (Débil), (Tono Alto), (Ronco), (Afónico) _____

PIEL:
COLOR: (Rosado), (Acrocianosis), (Cianosis Gnr), (Moteado), (Equimosis), (Ictericia), _____
(petequias) _____
PIGMENTACIÓN: (Mancha Mongólica) Donde? _____ (Teñido de Meconio) _____
VERNIX: (Vernix Caseosa), (Lanugo), (Milia), (Descamación Masiva) _____
(Hemangiomas), (Eritema Tóxico), _____

CABEZA:
FORMA: (Amoldamiento), (Caput Sucedaneum), (Gefalohematoma), (Hidrocefalia), _____
(Microcefalia) _____
FONTANELAS: (Blanda y Plana), (Abombada), (Pequeña), (Grande), _____

OJOS:
CONJUNTIVAS: (Clara), (Hemorragia Subconjuntival), (Quemosis), (Conjuntivitis) _____
CORNEA: (Clara), (Opaca) _____
PARPADOS: (Ligero Edema), (Ectropion), (Ictiosis), (Entropión) _____
OREJAS: Cartilago: (consistente), (Flacida), IMPLANTACIÓN: (Baja), Apendices _____

NARIZ:
FORMA: _____
FOSAS: (Permeables), (Atresia Coanas), (Obstrucción), _____
SECRECIÓN: (No), (Mucosanguinolenta), (Verdosa o Meconial), (Sanguinea), _____
TABIQUE: (Central), (Luxable), (No existe), _____

BOCA:
LABIOS: (Normal), (Leporino), (Desviado), _____
PALADAR: (Completo), (Perlas de Epstein), (Hendido), (Ojival), _____
LENGUA: (Geográfica), (Macroglosia), (Microglosia), (Tumor), _____
DIENTES: (Ausentes), (Presentes), _____
MUCOSAS: (Aftas), (Manchas), _____
SALIVA: (Humedece Mucosas), (Aumentada), _____

CUELLO:
FORMA: (Cilindrica), (Corto), (Pliegue), (Tumores), (Quistes) _____
MASAS: (No), (Hematoma), (Bocio), (Tiroides Ectopica), (Torticolis), _____

TÓRAX:
FORMA: (Simétrico), (Asimétrico), (Embudo), _____
MAMAS: (Nodular), (Con Secreción), (Sin Secreción), (Supernumerarias), (Hipertelóricas), _____

PULMONES:
MURMULLO: (Presente Bilateral), (Ausente), (RHA?) _____
QUEJIDO: (1° Hora Normal), (Después de 1° Hora Anormal), _____
ESTERTORES: (1° Hora Normal), (Después de 1° Hora Anormal) _____
FRECUENCIA: (1° Hora 60 rpm Normal), (Después 1° Hora 35-45rpm), (después de 1° Hora mas 60 rpm Anormal) _____
RETRACCIONES: (1° hora Normal), (Después de 1° Hora ? IR) _____

PERÚ

Ministerio de Salud

CUSCO

Protegiendo la vida

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CHUMBIVILCAS

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

MICRO RED _____

EE. SS. _____

CORAZÓN _____

CHOQUE PUNTA : (Sobre 5° EIC), (Hacia derecha), (Hacia Izquierda), _____

FRECUENCIA : (Después de 15 seg de Vida) de 120-170 lpm), (Taquicardia), (Bradicardia), _____

SOPLOS : (Ausentes), (I-II/IV Sistólico en 24 hrs *Ductus), _____

ABDOMEN : _____

FORMA : (No Distendido), (Distendido), (Excavado), (Hernia Umbilical), _____

HIGADO : (Palpable), (No Palpable), _____

BAZO : (Palpable), (Aumentado de Tamaño), _____

RIÑONES : (Palpable), (Aumentado de Tamaño), _____

ANO : (Permeable), (Cubierto), (Imperforado), _____

CORDÓN UMBILICAL _____

VASOS : (2 Arterias, 1 Vena), (1 Arteria), (Malformado), _____

COLOR: (Blanquecino), (Verde), (Amarillento), _____

GENITALES: _____

TESTÍCULOS: (En escroto o canal), (No descendidos), (ausentes), _____

MEATO : (Central), (Hipospadia), (epispadia), _____

VOLUMEN : (Aumentado), _____

HIMEN: (Abierto), (Imperforado), _____

CLÍTORIS : (Grande), (Ausente), _____

SECRECIÓN : (Mucosa), (Sanguinolenta), _____

EXTREMIDADES: _____

POSICIÓN Y MOVIMIENTOS: (Amplios), (Limitados), _____

CADERAS : (Abducción Total), (Ortolani : (-), (+); Barlow: (-), (+), _____

MANOS: (5 dedos), (Polidactilia), (Sindactilia), _____

PIES : (5 dedos), (Polidactilia), (Sindactilia), _____

NEUROLÓGICO : _____

TONO : (presente), (ausente o disminuido), _____

REFLEJOS: Succión (+), (-), Deglución (+), (-); Búsqueda (+), (-); Moro (+), (-); Presión (+), (-), _____

SENTIDOS: _____

Visión (Fija Vista), (no fija Vista), _____

Audición (Responde al estímulo), (No responde a Estímulo), _____

ELIMINO MECONIO AL NACER: (SI) (NO), _____

REANIMACIÓN : (SI), (NO), _____

CONTACTO PIEL A PIEL : (SI),(NO), _____

DIAGNOSTICO: _____

INDICACIONES: _____

SELLO Y FIRMA DEL QUE ATENDIÓ AL RN _____

ANEXO: 20



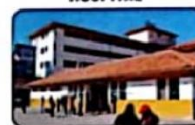
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
**PREPARANDONOS PARA EL PARTO / EMERGENCIA
(PLAN DE PARTO)**



CENTRO DE SALUD



HOSPITAL



NOMBRE DE LA GESTANTE _____
EDAD _____ H CL _____ GRUPO SANGUÍNEO _____ FPP _____
DIRECCIÓN (COMUNIDAD, SECTOR, ANEXO) _____
DIRECCIÓN DE REFERENCIA _____
EE SS _____ MICRO RED _____ RED _____
TELÉFONO DEL EE SS _____ FRECUENCIA DE RADIO DEL EE SS _____ TELÉFONO DE LA COMUNIDAD _____
NOMBRE DEL PROMOTOR DE SALUD _____
TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO _____

SESIONES PLAN DE PARTO		INICIO DEL PLAN DE PARTO (I TRIMESTRE)	VISITA DOMICILIARIA (II TRIMESTRE)	VISITA DOMICILIARIA (III TRIMESTRE)
1	FECHA			
2	EDAD GESTACIONAL			
3	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?			
4	¿QUIÉN DESEA QUE LE ATIENDA SU PARTO?			
5	¿EN QUE POSICIÓN PREFERE DAR SU PARTO?			
6	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?			
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O PRESENCIA DE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO?			
8	¿CUALES SON LAS SEÑALES DE ALARMA EN EL EMBARAZO?			
9	¿QUIÉN CUIDARÁ SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
10	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA DEL ESTABLECIMIENTO?			
11	¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?			
12	FIRMA DE LA GESTANTE			
13	FIRMA DE LA PAREJA, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
14	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			

¿QUE PERSONAS LAS ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

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

¿QUE NECESITO PARA MI PARTO?

CARNET DE CONTROL PRE NATAL	ROPA PARA EL BEBE
CONTRATO DE AFILIACIÓN SIS	ROPA DE CAMBIO PARA LA MAMA
DNI SI TUVIERA	FRAZADILLA SI TUVIERA

*NOTA: ESTE PLAN DEBERÁ INICIAR EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL FIJANDO LAS FECHAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS PARA TENER EL PLAN DE PARTO COMPLETO AL TERCER TRIMESTRE

SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO



SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO



SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO



SEÑALES DE PELIGRO DEL RECIÉN NACIDO







Escaneado con CamScanner

ANEXO: 21

[illegible]

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					
APELLIDOS Y NOMBRES:				N° HCL.:		


 		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES				 		2																																					
FECHA DÍA MES AÑO			N°																																										
DATOS GENERALES																																													
Apellidos		Nombres		Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/>																																							
Lugar de Nacimiento		Procedencia		Fecha de Nacimiento		Grupo Sanguíneo RH																																							
Grado de Instrucción		Estado Civil		Ocupación																																									
Acompañante		Edad	Identificación (DNI)		Dirección																																								
ANTECEDENTES																																													
PERSONALES			SI	NO	NO SE	PERSONALES			SI	NO	NO SE	Familiares			SI	NO	NO SE																												
Tuberculosis						Convulsiones						Tuberculosis																																	
IRA						Alergias						Hepatitis																																	
Inf. Transmisión Sexual						Hospitalización						DSM																																	
VIH - SIDA						Interv. Quirúrgica						HTA																																	
ITU						Transfusiones						Infarto																																	
Hepatitis						Accidentes						Cáncer																																	
Diabetes						Cáncer de cervix						Depresión																																	
HTA						Patología prostática						Prob. Psiquiátricos																																	
Sobrepeso						Discapacidad						Alcoholismo																																	
Dislipidemia (Colesterol)						Riesgo Ocupacional						Otros																																	
Medicamento de uso frecuente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>									(dosis, tiempo de uso u otra observación) _____																																				
ANTECEDENTES PSICOSOCIALES			SI	No	PSICOSOCIAL			SI	No	Consumos			SI	No																															
ESTUDIO					Tiene amigos					Consumes tabaco																																			
Estudias?					Tiene pareja					Consumes alcohol																																			
NIVEL					Te ejercitas					Consumes droga																																			
No escolarizado					Participas en grupos Juveniles					Sufres violencia																																			
Primaria					Estás ansioso(a)					Sufriste abuso sexual																																			
Secundaria					Estás deprimido (a)					Viviste violencia política																																			
Superior					Conductas suicidas					Otros.....																																			
LABORALES					Esquizofrenia																																								
Trabajas?																																													
Remunerado																																													
T. Completo																																													
SALUD SEXUAL:									Edad de inicio de relación sexual <input type="text"/>																																				
Uso sistemático del condón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									Dolor coital SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
Impotencia Sexual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									Anorgasmia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
Menarquia: _____									Fecha de última regla: _____ R/C: ____/____																																				
N° Embarazo <input type="text"/>									Parto <input type="text"/> Prematuro <input type="text"/> Aborto <input type="text"/> Natimueertos <input type="text"/>																																				
Hijos Vivos: <input type="text"/>																																													
									<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>N°</th> <th>Año</th> <th>CPN</th> <th>Complicaciones</th> <th>Parto</th> <th>Peso RN</th> <th>Complicaciones del RN</th> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									N°	Año	CPN	Complicaciones	Parto	Peso RN	Complicaciones del RN	Gestación							Gestación							Gestación						
N°	Año	CPN	Complicaciones	Parto	Peso RN	Complicaciones del RN																																							
Gestación																																													
Gestación																																													
Gestación																																													
APELLIDOS Y NOMBRES :									N° HCL.:																																				

Hagamos HISTORIA		CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJER JOVEN FICHA DE EXAMEN MÉDICO PARA CONTROL ANUAL PREVENTIVO												3-A	
Colocar Si o check, NO o aspa.															
CADA CONSULTA		Fecha												COMENTARIO	
Fiebre en los últimos 15 días.															
Tos más de 15 días.															
Secreción o lesión en genitales.															
Fecha de última regla.															
PERIÓDICAMENTE		Fecha													
Examen Físico:															
Talla/Peso.															
Perímetro de cintura.															
Índice de masa corporal IMC.															
Presión arterial.															
Vacunas:															
Antitetánica (3 dosis).															
Antiamarilica (zona de riesgo).															
Antihepatitis B (3 dosis).															
Anti rubéola.															
Examen Bucal:															
Capacidad masticatoria %.															
Encías.															
Caries dental.															
Edentulismo parcial o total.															
Portador de prótesis dental.															
Estado de higiene bucal.															
Urgencia de tratamiento.															
Fluorización.															
Destartraje.															
Examen Visual:															
Ojo derecho.															
Ojo izquierdo.															
Presión ocular.															
Examen preferencial.															
Aparato respiratorio.															
Aparato cardiovascular.															
Aparato digestivo.															
Aparato Genitourinario:															
- Papanicolaou.															
- Ex. Mama.															
Aparato Locomotor.															
EX. LABORATORIO:															
Serología (VDRL y ELISA).															
BK.															
Hemograma/Hb.															
Examen de Orina.															
Colesterol.															
Glucosa.															
Psicosocial															
Ansiedad - depresión.															
Violencia familiar.															
Violencia política.															
Violencia Sexual.															
Bullying/Acoso															
Hábitos															
Actividad física.															
Uso de alcohol.															
Uso de tabaco.															
Uso de drogas.															
Ludopatía															
Sexualidad:															
Actividad sexual.															
Planificación familiar.															
APELLIDOS Y NOMBRES:										N° HCL.:					

PERÚ		Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO		GOBIERNO REGIONAL CHUMBIVILCAS	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO							
CONSULTA							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
EDAD	Nº H. CLÍNICA	DNI					
FECHA:	HORA:	EDAD:	FUMN:				
SIGNOS DE ALARMA:							
Motivo de la Consulta:		Tiempo de Enfermedad:					
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:		TRATAMIENTO:					
		Solicitud de Exámenes Auxiliares:					
		Referencia (Lugar y Motivo):					
Próxima Cita:		Firma y Sello: (Colegio Prof.)					
Atendido por:							
Observaciones:							
CONSULTA							
FECHA:	HORA:	EDAD:	FUMN:				
SIGNOS DE ALARMA:							
Motivo de la Consulta:		Tiempo de Enfermedad:					
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:		TRATAMIENTO:					
		Solicitud de Exámenes Auxiliares:					
		Referencia (Lugar y Motivo):					
Próxima Cita:		Firma y Sello: (Colegio Prof.)					
Atendido por:							
Observaciones:							

PERÚ		Ministerio de Salud		CUSCO					
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO									
CONSULTA									
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			
EDAD		N° H. CLÍNICA				DNI			
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:			
SIGNOS DE ALARMA:		Tiempo de Enfermedad:							
Motivo de la Consulta:									
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:			
		Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNOSTICO:					TRATAMIENTO:				
					Solicitud de Exámenes Auxiliares:				
					Referencia (Lugar y Motivo):				
Próxima Cita:					Firma y Sello: (Colegio Prof.)				
Atendido por:									
Observaciones:									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:			
SIGNOS DE ALARMA:		Tiempo de Enfermedad:							
Motivo de la Consulta:									
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:			
		Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNOSTICO:					TRATAMIENTO:				
					Solicitud de Exámenes Auxiliares:				
					Referencia (Lugar y Motivo):				
Próxima Cita:					Firma y Sello: (Colegio Prof.)				
Atendido por:									
Observaciones:									



ANEXO: 22



Hagamos

HISTORIA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

1

Nº

FECHA

DÍA

MES

AÑO

PROBLEMAS CRÓNICOS

CONTROLADO

DÍA

MES

OBSERVACIÓN/RESPONSABLE

Nº

FECHA

DÍA

MES

AÑO

PROBLEMAS AGUDOS ANTERIORES DE IMPORTANCIA

CONTROLADO

DÍA

MES




OBSERVACIÓN/RESPONSABLE

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Nº	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN/RESPONSABLE
1	EVALUACIÓN GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Preventivo Promocional				
		Recuperativa				
4	NO TRANSMISIBLES: HIPERTENSIÓN, DIABETES, CÁNCER Y OBESIDAD					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN GESTANTES O PUERPERAS					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS LOCALES					
10	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº HCL:




 Hagamos HISTORIA		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO				 		2	
FECHA día mes año N° SEGURO 									
DATOS GENERALES									
Apellidos			Nombres		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Edad:		
Lugar de Nacimiento:			Procedencia:		F. Nac:		GRUPO SANGUINEO Rh		
Dirección Actual			Departamento: Prov.		Distrito: Religión:		Teléfono:		
Idioma			Identificación (DNI)		Estado Civil		Tipo de actividad:		
Grado de Instrucción			Madre o Padre, acompañante o cuidador		Parentesco: Edad: Dirección:		Teléfono:		
ANTECEDENTES									
Personales SI NO IGN			Personales SI NO IGN			Familiares SI NO IGN			
Tuberculosis			Consumo de drogas			Tuberculosis			
ITS			Hospitalización			VIH-SIDA			
VIH-SIDA			Intervención Quirúrgica			ITS			
Hepatitis			Transfusiones			Hepatitis			
Diabetes			Cáncer			Diabetes			
Hipertensión Arterial			♀ Cáncer de cervix / mama			Hipertensión Arterial			
Sobrepeso			♂ Patología Prostática			Infarto			
Infarto Cardíaco			Discapacidad			Cáncer			
Dislipidemia (Colesterol)			Riesgo Ocupacional			Depresión			
Enfermedad Renal			Violencia Familiar			Otra Enf Psiquiátrica			
Glaucoma			Violencia Política			Enf Metaxénicas			
Convulsiones			Enf. Metaxemcas			Consumo de alcohol			
Depresión			Otra Enf Psiquiátrica			Consumo de drogas			
Esquizofrenia			Intento de suicidio			Cesáreas			
Consumo de tabaco			Alterac. alimentarias			Otros			
Consumo de alcohol			Otros						
Hospitalizaciones			Motivo de Hospitalizaciones:						
Descripción de antecedentes y otros:									
Reacción Alérgica a Medicamento NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (dosis, tiempo de uso u otra observación)									
Sexualidad: Edad de inicio de Relación Sexual: Hijos vivos:									
Antecedentes Gineco Obstetricos									
Menarquia: Fecha de última regla: Ritmo Catamenial: /									
Flujo vaginal patológico: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dismenorrea: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>									
Gestaciones: Partos: A. término: Prematuros: Abortos: Hijos vivos:									
	N°	Año	APN	¿CUANTAS?	PROBLEMAS GESTACIÓN	PARTO NORMAL	PROBLEMAS PARTO	PESO RN	PROBLEMAS PUERPERIO
Gestación	1		SI NO			SI NO			
Gestación	2		SI NO			SI NO			
Gestación	3		SI NO			SI NO			
Gestación	3		SI NO			SI NO			
Gestación	4		SI NO			SI NO			
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HCL:				

CADA CONSULTA		Fecha				COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días						
Tos más de 15 días						
Secreción o lesión en genitales						
Fecha de última regla						
PERIÓDICAMENTE		Fecha				COMENTARIO
Físico:	Índice de masa corporal					
	Presión arterial					
Vacunas:	Antitetánica (3 dosis)					
	Antiamarilica (Zona de riesgo)					
	Antihepatitis B (3 dosis)					
Examen bucal:	Estado de higiene dental					
	Caries dental					
Examen:	Visual (> 40 años)					
	Perfil Lipídico (> 45 años)					
	Glicemia					
	Mamas					
	Pélvico y PAP (C/año, C/3 a)					
	Mamografía (> 50 años, d 2 a)					
	Ecografía (visceral abdominal)					
	Hemograma					
Psicosocial:	Ansiedad -depresión					
	Violencia familiar					
	Violencia política					
Hábitos:	Actividad física					
	Uso de alcohol					
	Uso de tabaco					
	Uso de otras drogas					
	Otros					
Sexualidad:	Actividad sexual					
	Planificación familiar					
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HCL:	





CADA CONSULTA		Fecha					COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días							
Tos más de 15 días							
Secreción o lesión en genitales							
PERIÓDICAMENTE		Fecha					COMENTARIO
Físico:	Índice de masa corporal						
	Presión arterial						
Vacunas:	Antitetánica (3 dosis)						
	Antiamarílica (Zona de riesgo)						
	Antihepatitis B (3 dosis)						
Examen bucal:							
Estado de higiene dental							
Caries dental							
Examen:	Visual (> 40 años)						
	Perfil Lipídico (> 45 años)						
	Glicemia						
	Prostata						
	Ecografía (visceral abdominal)						
	Hemograma						
Psicosocial:	Ansiedad -depresión						
	Violencia familiar						
	Violencia política						
Hábitos:	Actividad física						
	Uso de alcohol						
	Uso de tabaco						
	Uso de otras drogas						
	Otros						
Sexualidad:	Actividad sexual						
	Planificación familiar						
APELLIDOS Y NOMBRES:						N° HCL:	

PERÚ		Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO		Problemas de Salud	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO							
CONSULTA							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
EDAD		N° H. CLÍNICA		DNI			
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:	
SIGNOS DE ALARMA:							
Motivo de la Consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:	
		Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Solicitud de Exámenes Auxiliares:			
				Referencia (Lugar y Motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello: (Colegio Prof.)			
Atendido por:							
Observaciones:							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:	
SIGNOS DE ALARMA:							
Motivo de la Consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:		Sed:		Sueño:	
		Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Solicitud de Exámenes Auxiliares:			
				Referencia (Lugar y Motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello: (Colegio Prof.)			
Atendido por:							
Observaciones:							

PERÚ		Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO		Problemas Intermedios		Logo 1		Logo 2	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO											
CONSULTA											
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
EDAD		N° H. CLÍNICA						DNI			
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:					
SIGNOS DE ALARMA:											
Motivo de la Consulta:						Tiempo de Enfermedad:					
FUNCIONES BIOLÓGICAS				Apetito:		Sed:		Sueño:			
				Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:				
DIAGNOSTICO:						TRATAMIENTO:					
						Solicitud de Exámenes Auxiliares:					
						Referencia (Lugar y Motivo):					
Próxima Cita:						Firma y Sello: (Colegio Prof.)					
Atendido por:											
Observaciones:											
CONSULTA											
FECHA:		HORA:		EDAD:		FUMN:					
SIGNOS DE ALARMA:											
Motivo de la Consulta:						Tiempo de Enfermedad:					
FUNCIONES BIOLÓGICAS				Apetito:		Sed:		Sueño:			
				Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:			
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:				
DIAGNOSTICO:						TRATAMIENTO:					
						Solicitud de Exámenes Auxiliares:					
						Referencia (Lugar y Motivo):					
Próxima Cita:						Firma y Sello: (Colegio Prof.)					
Atendido por:											
Observaciones:											

	Hagamos HISTORIA	FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			3
II. VALORACIÓN MENTAL					
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error					
¿Cual es la fecha de hoy? (día, mes, año) <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Que día de la semana? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar) <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cual es su número de teléfono? Si no tiene <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cual es su dirección completa? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuántos años tiene? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Donde nació? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cual es el nombre del Presidente del Perú? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cual es el nombre del anterior presidente del Perú? <input style="width: 50px;" type="text"/> Digame el primer apellido de su madre <input style="width: 50px;" type="text"/> Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta) <input style="width: 50px;" type="text"/>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> VALORACION COGNITIVA NORMAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DC LEVE <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DC MODERADO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DC SEVERO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DC: Deterioro Cognitivo </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC= Deterioro cognitivo E = errores - No deterioro cognitivo : ≤ 2 E - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E </div>		
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)					
¿ Está satisfecho con su vida? <input style="width: 40px;" type="text"/> NO ¿Se siente impotente o indefenso? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI ¿Tiene problemas de memoria? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Colocar una marca (X) si corresponde <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas) </div> </div>		
III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR					
Pts. 1. SITUACIÓN FAMILIAR			Pts. 2. SITUACIÓN ECONÓMICA		
1 Vive con familia sin conflicto familiar. 2 Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica. 3 Vive con cónyuge de similar edad. 4 Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima. 5 Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero).			1 Dos veces el salario mínimo vital. 2 Menos de 2, pero mas de 1, salarios mínimos vitales. 3 Un salario mínimo vital. 4 Ingreso irregular (menos del mínimo vital). 5 Sin pensión, sin otros ingresos.		
Pts. 3. VIVIENDA			Pts. 4. RELACIONES SOCIALES		
1 Adecuada a las necesidades. 2 Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas). 3 Mala conservación, humedad, mala higiene equipamiento inadecuado (baño incompleto). 4 Viviendas semiconstruida o de material rústico. 5 Asentamiento humano (invasión) o sin viv.			1 Mantiene relaciones sociales en la comunidad. 2 Relación social solo con la familia y vecinos. 3 Relación social solo con la familia. 4 No sale del domicilio pero recibe visitas de familia. 5 No sale del domicilio y no recibe visitas.		
Ptos 5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)			VALORACION SOCIOFAMILIAR		
1 No necesitas apoyo. 2 Requiere apoyo familiar o vecinal. 3 Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social. 4 No cuenta con Seguro Social. 5 Situación de abandono familiar.			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Existe riesgo social <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Existe problema social </div> <div style="margin-top: 10px;"> 05 a 09 pts : Buena / aceptable situación social 10 a 14 pts : Existe riesgo social ≥ 15 Ptos : Existe problema social </div>		
APELLIDOS Y NOMBRES:				N° HC.	

CADA CONSULTA		FECHA							Comentario
Fiebre en los ultimo 15 días									
Tos por mas de 15 días									
PERIODICAMENTE (Anual)		FECHA							Comentario
Vacunas:	Antitetanica (3 dosis)								
	Antiamarilica (zona de riesgo)								
	Antihepatitis B (3 dosis)								
	Antinfluenza (anual)								
	Antineumocócica (Cada 5 años)								
Hábitos y Estilos de Vida	(Colocar Si o No)								
	Consumo de alcohol								
	Consumo de tabaco								
	Actividad Fisica								
Salud bucal:									
(Coloca Si o No)									
Control de Salud Bucal en el último año									
Otros Exámenes									
♀	Mamas								
♀	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)								
♀	Mamografía (c/ 2 años)								
	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA								
♂♀	Densitometría								
Laboratorio Básico	Hemograma completo								
	Glucosa								
	Urea								
	Creatinina								
	Colesterol								
	Triglicéridos								
	Examen de orina								
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar Si o NO)									Comentario
Vértigo - mareo									
Delirio									
Sincope									
Dolor crónico									
Deprivación Auditiva									
Deprivación Visual									
Insomnio									
Incontinencia urinaria									
Prostatismo (síntomas prostáticos)									
Estreñimiento									
Úlceras de presión									
Inmovilización									
Caídas:									
Caídas en el último año									
Caídas (Número de caídas: _____)									
Fracturas									
APELLIDOS Y NOMBRES:								N° HC.	

	PERÚ	Ministerio de Salud		CUSCO <small>Sistema Integral de Promoción y Atención</small>			
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
CONSULTA							
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
EDAD		N° H. CLÍNICA.			DNI		
ENFERMEDAD ACTUAL							
FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:		Pérdida de peso:			
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
Piel:							
TCSC: Edemas _____ Estado de los pies (pulsos): _____							
Cabeza y Cuello:							
Cavidad oral:							
Tórax y Pulmones:							
Aparato Cardiovascular:							
Abdómen:							
Aparato Génitourinario:						Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:							
Aparato Locomotor:							
DIAGNÓSTICOS:							
I. FUNCIONAL:		Independiente <input type="checkbox"/>		Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>		Dependiente Total <input type="checkbox"/>	
II. MENTAL:							
2.1. Estado Cognitivo		Normal <input type="checkbox"/>		DC Leve <input type="checkbox"/>		DC Moderado <input type="checkbox"/>	
						DC Severo <input type="checkbox"/>	
2.2. Estado Afectivo		Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/>			Con manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/>		
III. SOCIO - FAMILIAR:							
Buena <input type="checkbox"/>		Riesgo social <input type="checkbox"/>		Problema Social <input type="checkbox"/>			
IV. FÍSICO							
1.-		2.-		3.-		4.-	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:							
(Al final de la primera consulta)							
SALUDABLE <input type="checkbox"/>				FRÁGIL <input type="checkbox"/>			
ENFERMO <input type="checkbox"/>				GERIÁTRICO COMPLETO <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO				Exámenes auxiliares			
				Referencia (Lugar y motivo):			
Próxima Cita:			Firma y Sello:				
Atendido por:			(Colegio profesional)				
Observación:							

ANEXO: 24



PERÚ Ministerio de Salud

NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA
PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD



Hagamos **HISTORIA**



CONTROL DE TERAPIA PREVENTIVA DE LA TUBERCULOSIS (TPTB)

Institución:	DIRIS/DIRESA/GERESA	N° de registro:
Red de Salud:	Microrred de Salud:	Fecha de registro:
E.S.:		

DATOS DE LA PERSONA					
N° Historia Clínica:		Tipo de seguro:		N° Afiliación:	
Apellidos y nombres:				Sexo	Edad
Tipo de doc. de identidad:				N° de documento	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro					
Dirección de residencia:					
Departamento		Provincia			
Distrito		Pertenencia étnica			

DATOS DE DESCARTE DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITBL)				
Prueba	PPD	IGRA		
Fecha de toma				
Fecha de lectura				
Resultado				

GRUPO ESPECÍFICO DE TPTB	
<input type="checkbox"/> Menores de 5 años contacto de TBP. <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 5 años contacto de TBP con resultado de PPD \geq 10mm o IGRA positivo. <input type="checkbox"/> Persona con VIH <input type="checkbox"/> Persona c/ dx de ITBL detectada sistemáticamente con vulnerabilidad sanitaria. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Conversión reciente (< 2 años) del PPD o IGRA en \geq 5 años <input type="checkbox"/> Personas con diagnóstico de ITBL con comorbilidad de riesgo Especifique: _____	

DATOS DEL CASO ÍNDICE (solo si la persona es contacto de TBP)			
Código SIGTB:		Apellidos y nombres:	
Tipo de doc. de identidad:			N° de documento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro			
Tipo de TB			RR/MDR
<input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Resistente rH <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Indicar N° de contacto, según Anexo N° 4 del Caso índice: <input type="text"/>			

Escaneado con CamScanner

ANEXO: 25

NTS N° 200 - MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA
PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

PERÚ Ministerio de Salud

Hagamos **HISTORIA**

**REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE
CASOS CON ESQUEMA PARA TB SENSIBLE**

INSTITUCIÓN:	DIRIS/DIRESA/GERESA	N° de caso:
Red de Salud	Microrred de Salud	Fecha de registro:
E. S		

Código SIGTB:	N° Historia Clínica	Tipo de Seguro	Nro. Afiliación
---------------	---------------------	----------------	-----------------

Datos de la persona afectada por tuberculosis

Apellidos:	Sexo
Nombres:	Edad
Tipo de Doc. De Identidad <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro	N° de documento
Lugar de residencia	
Dirección	
Departamento	Provincia
Distrito	Pertenencia étnica

Fecha de DX.	Esquema de tto. (especificar en siglas)	Transferencia recibida (indicar fecha)
--------------	--	---

Situación Inicial

<input type="checkbox"/> Inició tratamiento	<input type="checkbox"/> Fallecido (sin iniciar tratamiento)
<input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)	Especificar: <input type="checkbox"/> En espera de tto <input type="checkbox"/> Sin tto definido
	Fecha de Fallecimiento: _____
	Causa asociada a tuberculosis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Lugar de Fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Localización de la TB

<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Extrapulmonar Especificar _____
TB Miliar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Confirmación Histopatológica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Condición de ingreso

<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento recuperado
<input type="checkbox"/> Recaída	<input type="checkbox"/> Tratamiento fallido

Batería de análisis

<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> No realizada
<input type="checkbox"/> Parcial	

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

Escaneado con CamScanner



PERÚ Ministerio de Salud

NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA
PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD



CUSCO Hagamos **HISTORIA**



ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICO

PAT es personal de salud: SI ☐ NO ☐

Ocupación Actual

Fecha de inicio de síntomas

EESS donde labora

Profesión

Condición laboral

Servicio donde labora

Tiempo en meses que labora en el servicio

(Solo si es personal de salud)

Criterio de DX.

- ☐ Bacteriológico
☐ Clínico
☐ Radiológico
☐ Epidemiológico
☐ Otros *Especificar:*

Antecedente de contacto

- ☐ Caso índice
☐ Contacto TB Sensible
☐ Contacto TB RR/MDR
☐ Contacto TB Pre XDR/XDR
☐ Contacto de fallecido por tuberculosis
☐ Recibió TPTB

Administración de tratamiento

(solo si inicio tratamiento)

- ☐ DOT Domiciliario
☐ DOT Institucional
☐ DOT con Red de Soporte Comunitario
☐ DOT con Red de Soporte Familiar

Comorbilidad y condiciones de riesgo

- ☐ Cáncer ☐ IRC
☐ Alcoholismo ☐ Ninguno
☐ Consumo de drogas
☐ Tabaquismo
☐ Gestante/puérpura
☐ Desnutrición
☐ Drogodependencia

Factores sociales

- ☐ Antecedente de internamiento en un Penal
☐ Antecedente de delincuencia
☐ Chofer o cobrador de bus
☐ Persona en estado de abandono
☐ Paciente perdido en el seguimiento del tratamiento antituberculosis
☐ Ninguno

El paciente Estudia o Labora en una Institución Educativa

SI ☐ NO ☐

Nombre de la Institución Educativa (I. E.)





Tipo de Institución Educativa

Rol del paciente en la I. E.




RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA

Mes	Baciloscopia/PMMA				Cultivo			
	Fecha Obt.	Codigo	Resultado	F. Result.	Fecha Obt.	Codigo	Resultado	F. Result.
0								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Escaneado con CamScanner

NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA
POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

Día	Mes-año																															Control mensual
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
N° Dosis completas																																
Mensual																																
Acum.																																
Peso																																
Talla																																
Fecha																																

Marque según corresponda para el día.
X: Toma Completa
O: Toma Incompleta
F: Inasistencia
S: Periodo de suspensión
R: Periodo de reto

Escaneado con CamScanner

Ministerio
de Salud

NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA
POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

Hagamos
HISTORIA
CUSCO

CONTROL DE CONTACTOS

N°	Apellidos y Nombres	Tipo y Número de Documento	Edad		Tipo de contacto Domic.	Parentesco	Huella BCG	PPD (mm)	Antec. TPFB	Al inicio del tratamiento del caso índice		Control 2 al cambio de fase del caso índice	
			M	F						Fecha SI/Result.	Exam. Med.	Rayos X	Fecha SI/Result.
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

N°	Control 3 Al término del tto del caso índice		Fecha indicación de TPFB
	Fecha SI/Result.	Exam. Med.	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Reacciones adversas a medicamentos antituberculosos (RAM)

N°	Fecha de Inicio RAM	Gravedad	Reacción adversa	Medicamento causante	Suspensión de medicamento	Observación
1						
2						
3						
4						

Entrega de Canasta PANTB

Nro Mes / Fecha	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes...
Nacionalidad de entrega													

Resultado de Prueba de Sensibilidad

Muestra	Laboratorio		Tipo de PS	Resultado									
	Código	Fecha		R	H	Z	Am	Mfx	Lix	Clz	Bdg	Dm	Lud
Registrar	R: Resistente	S: Sensible	C: Contaminado	SC: Sin Crecimiento (No desarrollo)	P: Pendiente								

Visita Domiciliaria

Fecha	Motivo	Actividades realizadas

RESULTADO DE TRATAMIENTO:

FECHA	
TOTAL DE DOSIS	

CURADO

TRATAMIENTO COMPLETO	
TRATAMIENTO FALLIDO	

Especificar la causa:

Fracaso bacteriológico	
Ausencia de respuesta clínica	
Reacción Adversa Medicamentosa	
Evidencia de drogaresistencia	

FALLECIDO PERDIDO EN EL SEGUIMIENTO

Firma y Sello del responsable

ANEXO: 26

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

ANEXO N° 8: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DEL/DE LA AFECTADO/A CON TB RESISTENTE.

DIRIS/DIRESA/GERESA: _____ **FECHA:** _____

E.S. _____ **RED/MICRORRED** _____

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Apellidos y nombres: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Historia Clínica: _____ DNI: _____

Dirección _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Familiar responsable/soporte: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. ANTECEDENTES:

COMORBILIDAD: DM () VIH () ALCOHOLISMO () FARMACODEPENDENCIA ()

MEDICACIÓN CONCOMITANTE: _____

3. TRATAMIENTOS ANTI-TUBERCULOSIS ANTERIORES:

Lugar y año	Diagnóstico	Esquema	Evolución	Resultado de tratamiento

4. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE: R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Eto	Am	Cm	Mfx	Lfx	Cfz	Bdq	Dlm	Lz

5. CASOS ÍNDICE CON TB: Situación actual: en tratamiento, curado, tratamiento fallido, pérdida en el seguimiento, fallecido

Apellidos y nombres	Parentesco – tipo de contacto	Fecha y esquema de tratamiento	Situación actual

PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL CASO ÍNDICE: R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Eto	Am	Cm	Mfx	Lfx	Cfz	Bdq	Dlm	Lz

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

6. CONDICIÓN ACTUAL: Tiempo de enfermedad: _____ Inicio: _____

Curso: _____

Relato: _____

Síntomas: _____

Tos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características: _____	Fiebre Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Peso normal? _____	Dificultad respiratoria Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
---	---	---	--	---

EXAMEN CLÍNICO: Talla _____ (cm) Peso _____ (kg) FR _____ /min FC _____ /min

Examen preferencial:

7. ESQUEMA ACTUAL: _____ **Fecha de inicio:** _____

EVOLUCIÓN: _____

REGULARIDAD AL ÚLTIMO TRATAMIENTO:

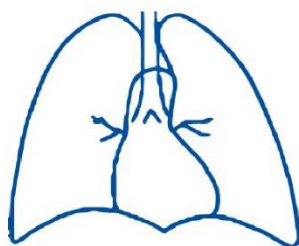
SI () NO () Estimado de dosis perdidas: _____ % (Número de dosis tomadas/dosis programadas) x 100

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

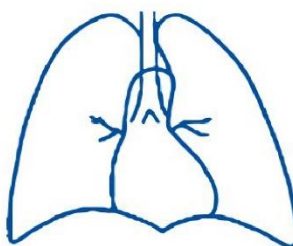
8. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM):

Fecha de notificación	Tipo de RAM	Medicamento(s) identificado(s) o sospechoso(s)	Fecha inicio	Fecha final	Disposición/evolución

RADIOLOGÍA:



FECHA: _____



FECHA: _____

- (1) Caverna
- (2) Tractos fibrosos
- (3) Infiltrado alveolar
- (4) Neumotórax
- (5) Derrame pleural
- (6) Nódulo
- (7) Miliar
- (8) Bula
- (9) Ganglio intra-torácico
- (10) Cambios quirúrgicos
- (11) Otros, especificar:

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

MÉDICO TRATANTE
FIRMA Y SELLO

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

OPINIÓN DE CONSULTOR

Lugar y fecha: _____

CONDICIÓN DE INGRESO

Nuevo ☐
Recidiva ☐
Pérdida en el seguimiento ☐
Tratamiento fallido ☐

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

HT ☐ RRMDR ☐ XDR ☐ Pre XDR ☐ Otras resistencias ☐

ESQUEMA INDICADO

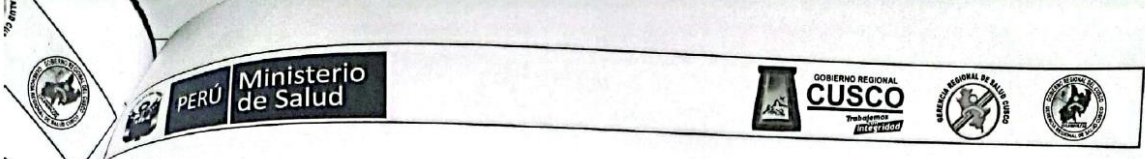
Esquema TB HT ☐
Esquema Otro Acorchado ☐
Esquema Otro Prototípico ☐
Esquema con inyectable ☐
Esquema TB Pre XDR - XDR: ☐

PLAN DE TRABAJO

MÉDICO TRATANTE
FIRMA Y SELLO

137

ANEXO: 27



INFORME DE ALTA

NOMBRES Y APELLIDOS																													
N° H. CLÍNICA	EDAD	SEXO		SERVICIO																									
		M	F																										
DIAGNÓSTICO DE INGRESO																													
PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS:				Código CPT 99																									
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																									
DIAGNÓSTICO DE ALTA:				Código CIE 10																									
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																									
PRONÓSTICO:																													
RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO:																													
MÉDICO TRATANTE:																													
..... Nombres y Apellidos		 Firma, CMP y Sello																										

ANEXO: 28

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

EPICRISIS

N° DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO: HORA DE EGRESO:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

SERVICIO DEL QUE EGRESA: N° DE CAMA:

PACIENTE DE: AÑOS DE EDAD, INGRESO CON UN CUADRO DE:

DE: DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR LOS SIGUIENTE SÍNTOMAS:

EXAMEN CLÍNICO SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS (SIGNOS):

EXÁMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO FUE: FAVORABLE () DESFAVORABLE ()

SE LE DA DE ALTA EN CONDICIÓN DE: MEJORADO () FALLECIDO () DE HABER SIDO HOSPITALIZADO

SI ES FALLECIDO: CAUSA DE MUERTE: ESTADIA TOTAL: DIAS

DIAGNÓSTICOS DE ALTA: PRINCIPAL (CIE 10).

DIAGNOSTICOS DE ALTA: SECUNDARIO (CIE 10)

COMPLICACIONES:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

ANEXO: 29

que se me va
tas han sido
do sobre la
posibles

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Trabajemos por el futuro

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ N° REGISTRO _____

HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA

FECHA _____ HORA _____ N° HCL _____ PRIORIDAD ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

APELLIDOS NOMBRES : _____

DNI N° _____ EDAD _____ SEXO ☒ M ☐ F DOMICILIO ACTUAL _____
(Calle, Jr, Urb, Com.)

FINANCIA: PARTICULAR ☐ SIS ☐ ESSALUD ☐ SOAT ☐ SALUDPOL ☐ OTROS ☐

RESIDENCIA (Distrito): _____ PROCEDENCIA (Distrito): _____

REFERIDO SI ☐ NO ☐ LUGAR DE REFERENCIA _____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE _____ DNI _____

FORMA INGRESO: CAMINANDO ☐ SILLA DE RUEDAS ☐ CAMILLA ☐ OTROS ☐

MOTIVO DE LA CONSULTA (***) _____

VI. RELATO DE LA ENFERMEDAD : _____

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Marcar con X y luego describa: tiempo - medicina - dosis que recibe

HTA ☐ DIABETES ☐ INSUF. RENAL ☐ ARTRITIS ☐ TBC ☐ HEPATITIS ☐ VIH ☐ CIRUGIAS PREVIAS ☐

TRANSFUSIONES SANGUINEAS Describir: _____

REACCIONES ALÉRGICAS / MEDICAMENTOS:

EXAMEN FÍSICO: BIOMETRIA: PESO _____ TALLA _____

FUNCIONES VITALES: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____ % SO2 _____

PRECIACION GENERAL _____

CABEZA Y CUELLO _____

TORAX / AP RESPIRATORIO / CARDIO VASCULAR _____

ABDOMEN / GENITOURINARIO / AP REPRODUCTOR _____

APARATO LOCOMOTOR _____

NEUROLOGICO _____

OTROS _____

EXAMEN OBSTETRICO:

ABDOMEN Feto: Situación: Long ☐ Posición: Derecha ☐ Prest. Cef. ☐ Otros Hallazgos _____
A.U. ☐ cm. Trans ☐ Izquierda ☐ Pod. ☐

L.F. ☐ x min. Soplo: Si ☐ No ☐ Dinamica Uterina _____
DIP II: Si ☐ No ☐ Ponderado Fetal _____

TACTO VAGINAL: Cervix: Long ☐ Const. ☐ Ubic. ☐

Dilatación ☐

Incorporación ☐

Altura de Present. ☐

Varied. De Present. ☐

Menbranas ☐

Perdida Liq. Amniotico ☐

Procubito ☐ Claro ☐

Prolapso ☐ Meconial ☐

Sangrado Vag. ☐ Sanguinolento ☐

Mal olor ☐

PELVIMETRIA

Estrecho: Adecuado ☐ Estrecho ☐

Superior ☐

Medio ☐

Inferior ☐

Pelvis Ginecoide Si ☐ No ☐

Compatibilidad feto - Pelvico Si ☐ No ☐

Dudosa ☐

Emergencia 200 Registros

DIAGNOSTICO :

PLAN DE TRABAJO :
PLAN DIAGNOSTICO : (LABORATORIO E IMÁGENES)

PLAN TERAPEUTICO :





EVOLUCIÓN : USO OBLIGATORIO

DESTINO :

	FECHA	HORA	TIEMPO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACION
Domicilio (Alta)			
Hospitalización			
Transferido o referido			
Fuga			
Defunción (Morgue)			
Sala de Operaciones			
Cita para Consultorio Externo			

Médico Tratante
FIRMA Y SELLO

ANEXO: 30

		PERÚ		Ministerio de Salud				GOBIERNO REGIONAL CUSCO					
---	--	-------------	--	----------------------------	--	---	--	--------------------------------	--	---	--	---	--

ANAMNESIS

SERVICIO:								N° DE CAMA			
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO					
EDAD		N° H. CLÍNICA		DNI		NOMBRES					

2.- FILIACIÓN

SEXO: _____

RAZA: _____

RELIGIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____

PERSONA RESPONSABLE: _____

2.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES: _____

3.- ENFERMEDAD ACTUAL:

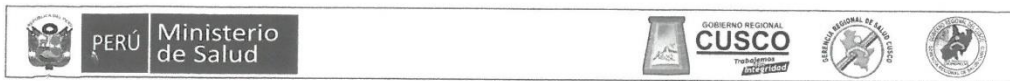
TIEMPO DE ENFERMEDAD: _____

FORMA DE INICIO : _____

CURSO : _____

RELATO CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD: _____

90



EXAMEN FISICO

1.- GENERAL:

.....

2.- PIEL Y TCSC:

.....

3.- CABEZA:

.....

4.- OJOS:

.....

5.- NARIZ:

.....

6.- BOCA Y OROFARINGE:

.....

.....

7.- CUELLO:

.....

8.- TÓRAX Y PULMONES:

.....

.....

9.- CARDIOVASCULAR:

.....

.....

10.- ABDOMEN:

.....

.....

11.- GENITOURINARIO:

.....

12.- LINFÁTICOS:

.....

13.- COLUMNA:

.....

14.- EXTREMIDADES:

.....

15.- RECTO:

.....

16.- NEUROLÓGICO:

.....

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: 1..... CIE 10:.....

2..... CIE 10:.....

3..... CIE 10:.....

4..... CIE 10:.....

FECHA Y HORA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

H. CL:

CAMA:

ANEXO: 31

CIROUGIO

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

ORDEN DE INTERNAMIENTO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ H.CL: _____ N° SEGURO: _____

PROCEDENCIA: _____ DNI: _____

DX. DE INGRESO: _____ F.N. _____

SERVICIO DE INGRESO: _____

FECHA: _____ HORA: _____ CAMA N° _____

FIRMA Y SELLO

ORDEN DE ALTA

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ HCL: _____ N° SEGURO: _____

PROCEDENCIA: _____

DX. DE EGRESO: _____

SERVICIO DE EGRESO: _____

CONDICIÓN DE ALTA: _____

FECHA: _____ HORA: _____

FIRMA Y SELLO

ANEXO: 32

PERÚ Ministerio de Salud **GOBIERNO REGIONAL CUSCO** **GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO** **GOBIERNO REGIONAL DE SANITARIO**

Conteste los resultados de la consulta
antes de 24 horas

Pedido de Consulta a:..... De Servicio:.....

FECHA: Hora: (0-24 Hrs):..... p.m. Firma del Médico Tratante

Informe de la Consulta Pedido Recibido:.....

Fecha:..... Hora: (0-24 Hrs):.....

FECHA: Hora: (0-24 Hrs):..... p.m. Firma del Médico Tratante

A.P. Paterno:..... Materno:..... Nombre:..... H. CL:.....
PISO SERVICIO MÉDICO

INFORME DE INTERCONSULTA

ANEXO: 35

PEDIDO DE EXAMENES AUXILIARES


FECHA Y HORA EN QUE SE PIDE EL EXAMEN	EXÁMENES AUXILIARES	FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBE EL EXAMEN	RESUMEN DE RESULTADO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CAMA: _____
SERVICIO: _____
HIST. CLIN. N°: _____


43

Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)



ANEXO: 37



PERÚ
Ministerio de Salud



CUSCO
GOBIERNO REGIONAL

HOJA GRAFICA





SERVICIO: _____

N° DE CAMA: _____

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
EDAD	N° H. CLÍNICA	DNI			

FECHA		Dias Hosp																															
PA	P	T	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
250																																	
200																																	
180	41																																
150	40																																
100	39																																
50	140																																
0	38																																
130	37																																
120	36																																
110	35																																
100																																	
60	90																																
50	80																																
40	70																																
30	60																																
20	50																																
10	40																																
TALLA	PESO																																
HECES	ORINA																																
VOMITOS																																	

**ANEXO: 38**[illegible]

 PERÚ Ministerio de Salud	 CUSCO GOBIERNO REGIONAL	 
EXAMEN FISICO • <i>bodypan</i>		
1.- GENERAL:		
2.- PIEL Y TCSC:		
3.- CABEZA:		
4.- OJOS:		
5.- NARIZ:		
6.- BOCA Y OROFARINGE:		
7.- CUELLO:		
8.- TÓRAX Y PULMONES:		
9.- CARDIOVASCULAR:		
10.- ABDOMEN:		
11.- GENITOURINARIO:		
12.- LINFÁTICOS:		
13.- COLUMNA:		
14.- EXTREMIDADES:		
15.- RECTO:		
16.- NEUROLÓGICO:		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: 1.....		CIE 10:.....
2.....		CIE 10:.....
3.....		CIE 10:.....
4.....		CIE 10:.....
FECHA Y HORA:		
NOMBRES Y APELLIDOS:	H. CL:	CAMA:

ANEXO: 39

	PERÚ	Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO		
---	-------------	----------------------------	---	--------------------------------	---	---





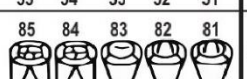
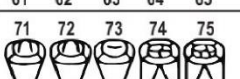


FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

N° DE H.C.:				FORMATO A			
NOMBRE Y APELLIDO:				NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA			
EDAD:	SEXO:	M	F	GESTANTE	SI	NO	ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES
TIPO DE SEGURO		SIS		OTRO SEGURO		PROFESOR:	

LABIOS	Normal	Alterados
CARRILLOS	Normal	Alterados
PALADAR	Normal	Alterados
ENCIAS	Normal	Alterados
LENGUA	Normal	Alterados
ATM	Normal	Alterados
OCCLUSIÓN	Normal	Alterados
PISO DE BOCA	Normal	Alterados

ODONTOGRAMA INICIAL:

FECHA: / /

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
															
															

USO DE CEPILLO DENTAL

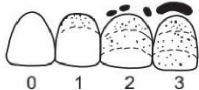
HABITUAL	
OCASIONAL	
NUNCA	

INDICE DE CARIES - CPD

CARIADAS	
PERDIDAS X CARIES	
OBTURADAS	
C + P + O	

	1° S	2° S
INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL		
APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ		

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)

	PLACA BLANDA (NIÑO)*	PIEZAS	PLACA CALCIFICADA (A PARTIR DEL ADOLESCENTE)**
		1.6	
		1.1	
		2.6	
		3.6	
		3.1	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

RIESGOS DE CARIES

EXPERIENCIA DE CARIES	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
CONSUMO DE AZÚCARES	Hasta 3 veces al día	4 veces al día	Mayor a 4 veces al día
ESTADO DE HIGIENE (INDICE DE HIGIENE ORAL)	Adecuada (0.0 a 1.2)	Aceptable (1.3 a 3)	Deficiente (3.1 a 6)
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

DIAGNOSTICO / CIE-10:

PLAN DE TRATAMIENTO

1. El Registro del Odonotograma debe hacerse de manera clara, precisa e indubitable, evita registros subjetivos que causen confusión.
2. El Odonotograma inicial solo debe registrar lo observado en el momento del examen. (Formato A)
3. Paralelamente se debe desarrollar un Odonotograma que registre la evolución de los tratamientos dentales (Formato B).
FUENTE NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL USO DEL ODONOTOGAMA NTS N° 150-MINSA/2019/DGIESP
BORRAR DONDE DICE SALUD DEL ESCOLAR

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO



ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO

SI MARCO ABO CON PATOLOGIA BUCAL COMPLETAR

Nº MARCA DO CON PROTECÇÃO COMUNITARIA		LEITÃO
TX. RECUPERATIVO	Nº RESTAURAÇÕES REALIZADAS	
	Nº EXODONCIAS	
TX. ESPECIALIZADO		

*SERA LLENADO AL FINALIZAR EL PLAN DE TX

The diagram illustrates a tooth numbering system for a horse's head, organized into two main sections: the left side (viewer's left) and the right side (viewer's right). The teeth are numbered 1 through 48, arranged in rows and columns. The numbering is as follows:

- Top Row (Left to Right):** 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 (Left side); 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 (Right side).
- Second Row (Left to Right):** 55, 54, 53, 52, 51 (Left side); 61, 62, 63, 64, 65 (Right side).
- Third Row (Left to Right):** 85, 84, 83, 82, 81 (Left side); 71, 72, 73, 74, 75 (Right side).
- Bottom Row (Left to Right):** 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 (Left side); 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 (Right side).

The diagram also includes a grid of boxes at the top and bottom, likely representing the arrangement of teeth in the mouth. The teeth are depicted as stylized outlines, with some showing internal structures like the root and crown. A dashed line is drawn between teeth 14 and 13 on the left side, and between teeth 23 and 24 on the right side, indicating a specific anatomical feature or measurement point.

CUADRO DE TOPEs ETAPAS DE VIDA SIS

PRESTACIÓN	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	GRUPOS DE APLICACIÓN DE LA PRESENTACIÓN	FECHA	✓	✓	
020	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
911	INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL Y ASesoría NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DEBILES	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
021	PROFILAXIS DENTAL	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	NIÑOS, ADOLESCENTES Y JOVEN	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
	RASPAJE DENTAL	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
	APLICACIÓN DE FLUOR GEL	ADULTO Y ADULTO MAYOR	FECHA	✓	✓	
			NÚMERO ACTIVIDADES			
	Aplicación Tópica de flour gel acidulado	ADULTO Y ADULTO MAYOR	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
021	APLICACIÓN DE SELANTES	2 A 11 AÑOS	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
	TECNICA DE RESTAURACION ATRAUMATICA	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
056	CONSULTA ESTOMATOLOGICA NO ESPECIALIZADA	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
057	Tx Restaurador	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
058	Tx Restaurador	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
059	EXTRACCION DENTAL SIMPLE	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			
070	Tx Especializado	TODAS LAS ETAPAS DE VIDA	FECHA	✓	✓	✓
			NÚMERO ACTIVIDADES			

Pieza a Examinar	Control N° 1				Control N° 2				GRADO	CARACTERISTICAS
	D	V	M	P	D	V	M	P		
1.6 - 1.7									0	Ausencia de Inflamación
1.1 - 2.1									1	Inflamación Leve
2.6 - 2.7									2	Inflamación Moderada
3.6 - 3.7									3	Inflamación Severa
3.1 - 4.1										
4.6 - 4.7										
Suma Simple										

IHG N°1

IHG N°2

ANEXO: 40

ASUNTO
FECHA

PERÚ **Ministerio de Salud**

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Ley General de Salud N° 26842)

HOSPITALIZACIÓN

Yo.....de.....años de edad, con DNI.....
(Nombre y Apellidos del Paciente)

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FÍSICA O MENTAL:

Yo.....de.....años de edad

con domicilio real en

..... y DNI N°

En calidad de.....

de la Paciente

DECLARO:




Que el Doctor (a): me ha explicado
(Nombre y Apellidos del Paciente o Representante Legal)

Que por presentar diagnóstico (s) de:.....

Es conveniente la HOSPITALIZACIÓN en un servicio del Hospital Santo Tomas.
Así mismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La hospitalización es necesaria debido a que la salud de la paciente y/o la de su bebe (si está embarazada) están expuestas a serio riesgo, incluso de morir y por tanto debe tener cuidados y controles estrictos por personal profesional especializado.
2. Se realizarán exámenes especiales médicos y de laboratorio (análisis); incluso con participación de otros médicos especialistas, según criterio del médico tratante.
3. Una de las finalidades más importantes de la hospitalización es confirmar o realizar un diagnóstico certero y oportuno, para así administrar el respectivo tratamiento, evitando así el agravamiento o la complicación de la situación; es decir cuidar la salud de la paciente y de su bebe si estuviera embarazada.
4. El tratamiento necesario será administrado por los profesionales respectivos, a dosis y en horas adecuadas, de acuerdo a la indicación médica.
5. Los análisis que se realicen, los exámenes especiales, los expedientes administrados, así como el uso de la cama de hospitalización, tiene un costo, que serán pagados por el paciente y/o su representante legal, y/o el seguro que este afiliado.
6. De ser necesaria una operación de urgencia complementaria, el equipo médico a cargo actuará de acuerdo a su criterio profesional y según las Normas Técnicas y legales vigentes.
7. Se informará a la paciente y/o al representante legal en forma constante y oportuna acerca de la evolución.
8. Comprendo que, en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puede revocar, es desistir que se realice la hospitalización, sin perder ningún beneficio o servicio.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

Nombres y Apellidos	Servicio	Cama	Historia Clínica

CONSENTIMIENTO que, se realice la HOSPITALIZACIÓN, con fines de diagnóstico, tratamiento y en cuidado de la salud de la paciente y/o el bebé (en caso de existir embarazo).

Santa Tomas, de del 2015.

(Firma de la Paciente o Representante Legal) (Huella Digital) Índice Derecho (Firma y Sello del Médico)

REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (Nombre y Apellidos del Paciente o Representante Legal) REVOCO, o sea, desisto del consentimiento de realizado en fecha para la operación/procedimiento de y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión puede traer a mi salud y/o a mi bebé (en caso de existir embarazo).

Santa Tomas, de del 20.....

(Firma de la Paciente o Representante Legal) (Huella Digital) Índice Derecho

LEY GENERAL DE SALUD N° 26942

Artículo 4°





✓ Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.

✓ La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico, exime de responsabilidad al médico tratante y al Establecimiento de Salud en su caso.

✓ En caso de que los representantes Legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1. al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMO.

ANEXO: 41

Anexo 41

	PERÚ	Ministerio de Salud		GOBIERNO REGIONAL CUSCO		
---	-------------	----------------------------	---	--------------------------------	---	---

ANAMNESIS

SERVICIO:		N° DE CAMA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
EDAD	N° H. CLÍNICA.	NOMBRES	
		DNI	

2.- FILIACIÓN

SEXO:
RAZA:
RELIGIÓN:
OCUPACIÓN:
GRADO DE INSTRUCCIÓN:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE PROCEDENCIA:
ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:
PERSONA RESPONSABLE:

2.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES:

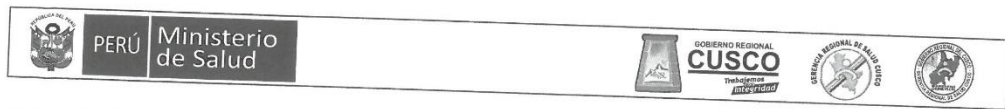
ENFERMEDAD ACTUAL:

TIEMPO DE ENFERMEDAD: _____

FORMA DE INICIO : _____

CURSO : _____

RELATO CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD:



FUNCIONES BIOLÓGICAS:

APETITO:..... SED:..... ORINA:..... HECES:.....
SUEÑO:..... PESO:..... ACTIVIDAD:.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

FISIOLÓGICOS:

PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIOECONÓMICOS:

HÁBITOS NOCIVOS:

FECHA Y HORA:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:

H.CL:

CAMA:

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO: 42

FICHA ÚNICA DE RECIÉN NACIDO
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Nº CAMA: _____

DATOS MATERNOS

Nombres y Apellidos de la Madre: _____ DNI (Recién Nacido): _____ N° HCL: _____

Estado Civil: Soltera ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Viuda ☐

Grado de Instrucción: Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

Ocupación: Ama de casa ☐ Obrero ☐ Empleada ☐ Ambulante ☐ Otros ☐

Procedencia: Provincia: _____ Distrito: _____ Barrio: _____ Dirección Actual: _____ Calle: _____

Fecha y Hora de Ingreso gestante al servicio de gineco-obstetricia y/o Sala de Partos: Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

Apellidos y Nombres del Padre: _____ EDAD: _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

FÓRMULA GESTACIONAL

Gestas: _____ Abortos: _____ Vaginales: _____ Nacidos vivos: _____ Viven: _____ Muerto 1ra sem: _____ Después 1ra sem: _____

Partos: _____ Cesárea: _____ Nacidos muertos: _____

Controlada: SI ☐ N° Controles: _____ NO ☐ (.....)

Vacuna Antitetánicas: SI ☐ NO ☐ N° Dosis: _____

Donde se controló: Ninguno ☐ Hospital de STTOM ☐ Centro de Salud ☐ Puesto de Salud ☐ Particular ☐ Especificar: _____

Serológico: (+) ☐ (-) ☐ No tiene ☐ Dilución: _____

Tipo de Sangre Materna: Grupo: _____ (O,A,B,AB) Rh: _____ (+) ☐ (-) ☐ Vacuna: SI ☐ NO ☐

Riesgo Obstétrico: Sin calificar ☐ Bajo ☐ Mediano ☐ Alto ☐

Antecedentes Familiares: Ninguna ☐ Generales ☐ Alergias ☐ H.T.A. ☐ Anomalia ☐ Cong. Neopl. ☐ Epilepsia ☐ TBC ☐ Diabetes ☐ Enf. Congen ☐ Otros: _____

Peso inicial embarazo: _____ Kg. Talla Madre: _____ Im. _____ cm. Peso Final embarazo: _____ Kg.

Patologías durante el Embarazo: SI ☐ NO ☐

Patologías durante el Parto: SI ☐ NO ☐

Tipo Parto: Eutócico ☐ Distócico ☐

Presentación: Cefálica ☐ Pélvica ☐ Otros: _____

Inicio Trabajo Parto: Espontáneo ☐ Inducido ☐ Conducido ☐ Cesárea Electiva ☐

Maduración Pulmonar: SI ☐ NO ☐

Membranas: Integra ☐ NO ☐

Tiempo de Ruptura de Membranas: ____/____/____ Horas

Recibió Tratamiento por R.P.M.: SI ☐ NO ☐

Fecha y hora del llenado de la ficha: ____/____/____ am/pm

MÉDICO RESPONSABLE: _____ ENFERMERA RESPONSABLE: _____ FIRMA DE LA MADRE: _____

PERU Ministerio de Salud CUSCO

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL
MICRO RED
FE. SS.

HISTORIA CLÍNICA NEONATOLOGICA

APellidos del RN: _____ H. CL N° _____

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ APOGAR: _____

EG x Capurro _____ semanas PESO: _____ grs TALLA _____ cms. PC: _____ cms.

PT: _____ cms.

T° Rectal _____ °c

EXAMEN FÍSICO:

APARIENCIA GENERAL:

COLOR (Rosado), (Acrocianosis), (Cianosis Total), (Palidez), (Ictericia), (Plétora) _____

POSTURA: (Flexión de Extremidades), (Extensión de Extremidades), (Flacidez) _____

ACTIVIDAD: (Movimientos Espontáneos), (Diminución Mov), (Ausencia de Mov) _____

LLANTO: (Vigorous y Sostenido), (Débil), (Tono Alto), (Ronco), (Afónico) _____

PIEL:

COLOR: (Rosado), (Acrocianosis), (Cianosis Gnr), (Moteado), (Equimosis), (Ictericia), _____

(petequias) _____

PIGMENTACIÓN: (Mancha Mongólica) Donde? _____, (Teñido de Meconio) _____

VERNIX: (Vernix Caseosa), (Lanugo), (Milia), (Descamación Masiva) _____

(Hemangiomas), (Eritema Tóxico), _____

CABEZA:

FORMA: (Amoldamiento), (Caput Sucedaneum), (Gefalohematoma), (Hidrocefalia), _____

(Microcefalia) _____

FONTANELAS: (Blanda y Plana), (Abombada), (Pequeña), (Grande), _____

OJOS:

CONJUNTIVAS: (Clara), (Hemorragia Subconjuntival), (Quemosis), (Conjuntivitis) _____

CORNEA: (Clara), (Opaca) _____

PARPADOS: (Ligero Edema), (Ectropion), (Ictiosis), (Entropión) _____

OREJAS: Cartilago: (consistente), (Flácida), IMPLANTACIÓN: (Baja), Apendices _____

NARIZ:

FORMA: _____

FOSAS: (Permeables), (Atrésia Coanas), (Obstrucción), _____

SECRECIÓN: (No), (Mucosanguinolenta), (Verdosa o Meconial), (Sanguinea), _____

TABIQUE: (Central), (Luxable), (No existe), _____

BOCA:

LABIOS: (Normal), (Leporino), (Desviado), _____

PALADAR: (Completo), (Perlas de Epstein), (Hendido), (Ojival), _____

LENGUA: (Geográfica), (Macroglosia), (Microglosia), (Tumor), _____

DIENTES: (Ausentes), (Presentes), _____

MUCOSAS: (Añlas), (Manchas), _____

SALIVA: (Humedece Mucosas), (Aumentada), _____

CUELLO:

FORMA: (Cilíndrica), (Corto), (Pliegue), (Tumores), (Quistes) _____

MASAS: (No), (Hematoma), (Bocio), (Tíroides Ectópica), (Torticolis), _____

TÓRAX:

FORMA: (Simétrico), (Asimétrico), (Embudo), _____

MAMAS: (Nodular), (Con Secreción), (Sin Secreción), (Supernumerarias), (Hipertelóricas), _____

PULMONES:

MURMULLO: (Presente Bilateral), (Ausente), (RIIA?) _____



QUEJIDO: (1° Hora Normal), (Después de 1° Hora Anormal) _____

ESTERTORES: (1° Hora Normal), (Después de 1° Hora Anormal) _____

FRECUENCIA: (f 1° Hora 60 rpm Normal), (Después 1° Hora 35-45rpm), (después de 1° Hora mas 60 rpm Anormal) _____

RETRACCIONES: (1° hora Normal), (Después de 1° Hora ? IR) _____

ANEXO: 43

 <p>IPRESS:</p>	<p>N° D.N.I./HCL:</p>	<p>DIRECCIÓN/COMUNIDAD:</p>	
<p>RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR</p> <p>HISTORIA CLÍNICA</p> 			<p>N° D.N.I./HCL:</p>

ANEXO: 44



**REGISTRO DE REFERENCIAS Y
REGISTRO DE CONTRAREFERENCIAS**

RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS

ANEXO: 45

[illegible]

ANEXO: 46

sop autocopiable

PERÚ Ministerio de Salud **Hagamos HISTORIA** **CUSCO** **RECORD DE ANESTESIA**

HOSPITAL:

Diagnóstico pre-operatorio	Fecha	Alergias	RQ	Edad	Peso	Hto
Diagnóstico post-operatorio	Fecha	Alergias				
Premedicación	Hora	Efecto	NPO:			
Drogas - Agentes - Fluidos - Sangre						

DETALLE

	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
perdida estimada de sangre												
Hora												

Observaciones

P/A X
Pulso
Resp. 0
Tiempo de anestesia X X
Tiempo de Op.

Observaciones

Postura
Laringoscopia
Vía Aérea
Talla
Oral
Nasal
Tubo endotraqueal
Talla
Oral
Nasal
Topical

Monitorización
EKG
Enteroscopia
Precordial - Es
Temp.
P/A
Pulso
Oximetro
O2
Alarma
Otros

EV
Arterial
PVC
Swan

Tipo de anestesia
Ninguno
INHAL/N
Combina
NHAL
IV
Espinal
Silla de montar
Epidural
Bloqueo de nervio
Local
Tópica
Otros

Cirujano
Ayudante
Anestesiólogo
Instrumentista
Circulante
Operación
Control de gases

Interno
Tomiquete/By pass
Inicio Final Total
Hora Anestesia Inicio Final
Cirugía

Asa 1 2 3 4 5 E

Página Final

Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Nombres:
Servicio
N° de Cama:

0021-902

PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL SANTO TOMAS

REGISTRO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA SEGURA

FECHA:	APELLIDOS Y NOMBRES		PROGRAMADA	
DIAGNÓSTICO:	SERVICIO		EMERGENCIA	
PROCEDIMIENTO QX:	CAMA		REINT. QUIRURGICA	
HORA DE RECEPCIÓN:	UCI		EMERGENCIA	
PROCEDENCIA DEL PACIENTE:	HOSPITALIZACIÓN		MATERNIDAD	
	SI	NO	SI	NO
1. Identificación del Paciente: Brazalete				
2. Estado del Paciente: consiente ()				
Inconsciente () Letárgico ()				
Desorientado ()				
3. Apoyo de O2 TET () SIN TET ()				
4. Preparación del paciente				
Orientación y educación sobre IQ				
Higiene Buena () Regular () Mala ()				
Preparación de zona operatoria				
Recorte y limpieza de uñas				
5. Consentimiento informado				
6. Tiempo de ayuno:horas				
7. Exámenes Preoperatorio Hemograma Completo ()				
- Grupo Sanguíneo - Factor FRH				
- Perfil de coagulación () G, U y Cre ()				
- Examen de orina				
- Otro				
8. Examen de Radiológicos				
RX () TAC ()				
Resonancia () Ecografías ()				
9. Riesgo Quirúrgico				
10. Antibiótico Profiláctico Indicada ()				
11. Reporte de Alergias				
12. Acceso Venoso Permeable				
CVC () CVP ()				
13. Latidos Cardíacos Fetales				
15. Sonda Nasogástrica				
Observaciones				
FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE TRAE EL PACIENTE		FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE RECEPCIONA		

ANEXO: 47

SOP HST

PERÚ Ministerio de Salud CUSCO Hagamos **HISTORIA**

CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES

NOMBRES:		EDAD:		FECHA:	
DX DE INGRESO:		SALA:		N° HIST. CLIN:	
OPERACIÓN:		SOAT:		PRE FACTURA:	
SERVICIO:		NRO CAMA:		FOSPOLI:	
F. NACIMIENTO:		C. PROGRAMADO:		C. EMERGENCIA:	
				REINTERVENCIÓN:	
MATERIALES		CANTIDAD	MATERIALES	CANTIDAD	PERSONAL
GORROS DE CIRUJANO - ENFERMERA			CATÉTER ENDOVENOSO		CIRUJANOS
MASCARILLAS			LLAVE DE TRIPLE VÍA		
BOTAS DESCARTABLES			EQUIPO DE VENÓCLISIS		
ROPA DE CIRUJANO DESCARTABLE			VOLUTROL		
MANDIL DESCARTABLE ESTÉRIL			EQUIPO DE TRANSFUSIÓN		HORA DE ANESTESIA
SÁBANA DESCARTABLE ESTÉRIL			SONDA NASOGÁSTRICA		INICIO:
CAMPOS DESCARTABLES ESTÉRIL			SONDA RECTAL		FINAL:
ROPA QUIRÚRGICA ESTÉRIL			SONDA KERK		
TET			DREN PEN ROSE		ANESTESISTA:
ELECTRODOS			BOLSA COLECTORA		
JERINGAS 5cc, 10cc, 20cc			SONDA VESICAL 2 VÍAS		HORA DE CIRUGIA
AGUJA HIPODÉRMICA			SONDA VESICAL 3 VÍAS		INICIO:
AGUJA ESPINAL SPINOCAM			LIGA CLIPS DE TITANIO		TIPO DE ANESTESIA:
AGUJA EPIDURAL PERICAM			BOLSA DE COLOSTOMIA		TERMINO:
GUANTES 6 ^{1/2} - 7 - 7 ^{1/2} - 8			SONDA DE ASPIRACIÓN		
HOJA DE BISTURI			DREN TUBULAR		
MASCARILLA SIMPLE ADULTO			JERINGA DE 60CC - 100CC		INSTRUMENTISTA:
MASCARILLA SIMPLE PED			CERA DE HUESO		RECUPERACIÓN:
CÁNULA BINASAL ADULTO			HEMOCOLAGENO		
CÁNULA BINASAL PED.			FILTRO		DURACIÓN:
OXÍGENO MEDICINAL			CATÉTER CENTRAL		CIRCULANTE:
ISODINE ESPUMA			JERINGA DE AGA		
ISODINE SOLUCIÓN			SONDA NELATON		
ALCOHOL			CÁNULA YANKAWER		MUESTRA -
AGUA OXIGENADA			LINEA BRAUM - HOSPIRA		PATOLÓGICA:
VASELINA			LINEA DOMOS ARTERIAL		SI:
TIPOS DE SUTURA			TUBO DE MAYO		REEMPLAZANTE:
ACIDO POLIGLACTIN 0 DO 1 2345			AGUJAS DE ELECTROEST.		ANESTESISTA:
CATGUT CRÓMICO 0 1/0 2/0			LLAVE DE 3 VÍAS C/ EXTENSIÓN		
NYLON 2/0 - 3/0 - 4/0 - 5/0 - 6/0			JERINGA DE BAJA RESISTENCIA		NO:
POLIPROPILENO 0 2/0 4/0 5/0 6/0			CATÉTER EPIDURAL		INSTRUMENTISTA:
SEDA MULTIPACK 0 1/0 2/0			APÓSITO TRANSPARENTE		RECEPCIÓN DEL RN
LÁPIZ DE ELECTROBISTURI					RN:
PLACA DE RETORNO					SEXO:
CONEXIÓN DE ASPIRACIÓN			UTILIZACIÓN DE NITRÓGENO		APGAR:
CLAMP NEONATAL			UTILIZACIÓN DE CO ₂		HORA NAC.:
MECHITAS					LIQUIDO AMNIÓTICO:
TORUNDAS					
GASAS					
COMPRESAS RADIOFACAS					
INSTRUMENTAL:					
EQUIPO BIOMÉDICO					
CONFORMIDAD DE GASAS - COMPRESAS Y AGUJAS					
OBSERVACIONES:					

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

8021-928 SOP 141

PERÚ Ministerio de Salud Hagamos HISTORIA CUSCO

CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES

NOMBRES:		EDAD:		FECHA:	
DX DE INGRESO:		SALA:		N° HIST. CLIN:	
OPERACIÓN:		SOAT:		PRE FACTURA:	
SERVICIO:		SIS:		FOSPOLI:	
F. NACIMIENTO:		C. PROGRAMADO		C. EMERGENCIA	
				REINTERVENCIÓN	
MATERIALES	CANTIDAD	MATERIALES	CANTIDAD	PERSONAL	HORA
GORROS DE CIRUJANO - ENFERMERA		CATÉTER ENDOVENOSO		CIRUJANOS	HORA DE INGRESO
MASCARILLAS		LLAVE DE TRIPLE VÍA			
BOTAS DESCARTABLES		EQUIPO DE VENÓCLISIS			
ROPA DE CIRUJANO DESCARTABLE		VOLUTROL			HORA DE ANESTESIA
MANDIL DESCARTABLE ESTÉRIL		EQUIPO DE TRANSFUSIÓN		PEDIATRA	INICIO:
SÁBANA DESCARTABLE ESTÉRIL		SONDA NASOGÁSTRICA			FINAL:
CAMPOS DESCARTABLES ESTÉRIL		SONDA RECTAL			
ROPA QUIRÚRGICA ESTÉRIL		SONDA KERK			
TET		DREN PEN ROSE		ANESTESISTA:	
ELECTRODOS		BOLSA COLECTORA			HORA DE CIRUGIA
JERINGAS 5cc, 10cc, 20cc		SONDA VESICAL 2 VÍAS			INICIO:
AGUJA HIPODÉRMICA		SONDA VESICAL 3 VÍAS			
AGUJA ESPINAL SPINOCAM		LIGA CLIPS DE TITANIO		TIPO DE ANESTESIA:	TERMINO:
AGUJA EPIDURAL PERICAM		BOLSA DE COLOSTOMIA			
GUANTES 6/1/2 - 7 - 7/1/2 - 8		SONDA DE ASPIRACIÓN			
HOJA DE BISTURI		DREN TUBULAR			
MASCARILLA SIMPLE ADULTO		JERINGA DE 60CC - 100CC		INSTRUMENTISTA:	RECUPERACIÓN:
MASCARILLA SIMPLE PED		CERA DE HUESO			DURACIÓN:
CÁNULA BINASAL ADULTO		HEMOCOLAGENO			
CÁNULA BINASAL PED.		FILTRO			
OXÍGENO MEDICINAL		CATÉTER CENTRAL		CIRCULANTE:	
ISODINE ESPUMA		JERINGA DE AGA			
ISODINE SOLUCIÓN		SONDA NELATON			MUESTRA -
ALCOHOL		CÁNULA YANKAWER			PATOLÓGICA:
AGUA OXIGENADA		LINEA BRAUM - HOSPIRA		REEMPLAZANTE:	SI:
VASELINA		LINEA DOMOS ARTERIAL		ANESTESISTA:	
TIPOS DE SUTURA		TUBO DE MAYO			
ACIDO POLIGLACTIN 90 1 2345		AGUJAS DE ELECTROEST.			
CATGUT CRÓMICO 0 1/0 2/0		LLAVE DE 3 VÍAS C/ EXTENSIÓN			NO:
NYLON 2/0 - 3/0 - 4/0 - 5/0 - 6/0		JERINGA DE BAJA RESISTENCIA			
POLIPROPILENO 0 2/0 4/0 5/0 6/0		CATÉTER EPIDURAL		INSTRUMENTISTA:	RECEPCIÓN DEL RN
SEDA MULTIPACK 0 1/0 2/0		APÓSITO TRANSPARENTE			RN:
LÁPIZ DE ELECTROBISTURI					SEXO:
PLACA DE RETORNO					APGAR:
CONEXIÓN DE ASPIRACIÓN		UTILIZACIÓN DE NITRÓGENO		CIRCULANTE:	HORA NAC.:
CLAMP NEONATAL		UTILIZACIÓN DE CO ₂			LIQUIDO AMNIÓTICO:
MECHITAS					
TORUNDAS					
GASAS					
COMPRESAS RADIOPAKAS					
INSTRUMENTAL:					
EQUIPO BIOMÉDICO					
CONFORMIDAD DE GASAS - COMPRESAS Y AGUJAS					
OBSERVACIONES:					

2021-702

PERÚ Ministerio de Salud CUSCO Hagamos **HISTORIA**

CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES

NOMBRES:		EDAD:		FECHA:	
DX DE INGRESO:		SALA:		N° HIST. CLIN:	
OPERACIÓN:		SOAT:		PRE FACTURA:	
SERVICIO:		SIS:		FOSPOLI:	
F. NACIMIENTO:		C. PROGRAMADO:		C. EMERGENCIA:	
				REINTERVENCIÓN:	

MATERIALES	CANTIDAD	MATERIALES	CANTIDAD	PERSONAL	HORA
GORROS DE CIRUJANO - ENFERMERA		CATÉTER ENDOVENOSO		CIRUJANOS	HORA DE INGRESO
MASCARILLAS		LLAVE DE TRIPLE VÍA			
BOTAS DESCARTABLES		EQUIPO DE VENÓCLISIS			
ROPA DE CIRUJANO DESCARTABLE		VOLUTROL			HORA DE ANESTESIA
MANDIL DESCARTABLE ESTÉRIL		EQUIPO DE TRANSFUSIÓN		PEDIATRA	INICIO:
SÁBANA DESCARTABLE ESTÉRIL		SONDA NASOGÁSTRICA			FINAL:
CAMPOS DESCARTABLES ESTÉRIL		SONDA RECTAL			
ROPA QUIRÚRGICA ESTÉRIL		SONDA KERK			
TET		DREN PEN ROSE		ANESTESISTA:	
ELECTRODOS		BOLSA COLECTORA			
JERINGAS 5cc, 10cc, 20cc		SONDA VESICAL 2 VÍAS			HORA DE CIRUGIA
AGUJA HIPODÉRMICA		SONDA VESICAL 3 VÍAS			INICIO:
AGUJA ESPINAL SPINOCAM		LIGA CLIPS DE TITANIO		TIPO DE ANESTESIA:	
AGUJA EPIDURAL PERICAM		BOLSA DE COLOSTOMIA			TERMINO:
GUANTES 6 ^{1/2} - 7 - 7 ^{1/2} - 8		SONDA DE ASPIRACIÓN			
HOJA DE BISTURI		DREN TUBULAR			
MASCARILLA SIMPLE ADULTO		JERINGA DE 60CC - 100CC		INSTRUMENTISTA:	RECUPERACIÓN:
MASCARILLA SIMPLE PED		CERA DE HUESO			
CÁNULA BINASAL ADULTO		HEMOCOLAGENO			DURACIÓN:
CÁNULA BINASAL PED.		FILTRO			
OXÍGENO MEDICINAL		CATÉTER CENTRAL		CIRCULANTE:	
ISODINE ESPUMA		JERINGA DE AGA			
ISODINE SOLUCIÓN		SONDA NELATON			MUESTRA -
ALCOHOL		CÁNULA YANKAWER			PATOLÓGICA:
AGUA OXIGENADA		LINEA BRAUM - HOSPIRA		REEMPLAZANTE:	SI:
VASELINA		LINEA DOMOS ARTERIAL		ANESTESISTA:	
TIPOS DE SUTURA		TUBO DE MAYO			
ACIDO POLIGLACTIN 6 ⁰⁰ 1 2345		AGUJAS DE ELECTROEST.			
CATGUT CRÓMICO 0 1/0 2/0		LLAVE DE 3 VIAS C/ EXTENSIÓN			NO:
NYLON 2/0 - 3/0 - 4/0 - 5/0 - 6/0		JERINGA DE BAJA RESISTENCIA			
POLIPROPILENO 0 2/0 4/0 5/0 6/0		CATÉTER EPIDURAL		INSTRUMENTISTA:	RECEPCIÓN DEL RN
SEDA MULTIPACK 0 1/0 2/0		APÓSITO TRANSPARENTE			RN:
LÁPIZ DE ELECTROBISTURI					SEXO:
PLACA DE RETORNO					APGAR:
CONEXIÓN DE ASPIRACIÓN		UTILIZACIÓN DE NITRÓGENO		CIRCULANTE:	HORA NAC.:
CLAMP NEONATAL		UTILIZACIÓN DE CO ₂			LIQUIDO AMNIÓTICO:
MECHITAS					
TORUNDAS					
GASAS					
COMPRESAS RADIOPACAS					
INSTRUMENTAL:					
EQUIPO BIOMÉDICO					
CONFORMIDAD DE GASAS - COMPRESAS Y AGUJAS					
OBSERVACIONES:					

ANEXO: 48

Emergencia *150 parts.*

PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL SANTO TOMÁS - CHUMBIVILCAS
SERVICIO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA GENERAL

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
H.C.: _____
Diagnóstico Propuesto: _____
Procedimiento Quirúrgico: _____

B. PROCEDIMIENTO:
El propósito principal de la anestesia es permitir que sea operado sin sufrir dolor, proporcionando un estado reversible de pérdida de la conciencia y relajación muscular. Para ello se administran diferentes fármacos anestésicos por vía intravenoso y/o inhalatoria, dependiendo de la situación y el tipo de operación prevista, a través de la intubación endotraqueal o mascarilla laríngea para asegurar una vía aérea permeable y mantener una oxigenación adecuada. Intubación: Se coloca un tubo en la tráquea. Mascarilla Laríngea: Se coloca un tubo que se adosa sobre la glotis sin penetración en la tráquea. Adicionalmente pueden administrarse otros fármacos como analgésicos, antieméticos, antibióticos, etc.

C. POSIBLES RIESGOS:

- Trauma dental: Lesión o pérdida de piezas dentales y eventualmente bronco aspiración de estas
- Bronco aspiración en pacientes de urgencia o con estómago lleno.
- Reacción alérgica a alguno de los medicamentos o sustancias empleadas.
- Hipertensión o hipotensión.
- Hipoventilación e hipoxemia.
- Alteraciones neurológicas.
- Lesiones temporales o definitivas en nervios periféricos secundarias a la posición según requerimiento de cada cirugía.
- Lesión de las cuerdas vocales: ronquera o dolor de garganta temporal en el post operatorio
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Isquemia o Infarto de miocardio.
- Hipertermia Maligna
- Flebitis en el lugar de venopunción:
- Ocasionalmente la muerte.
- ❖ Es posible que para superar la pérdida de sangre durante la Intervención o por la situación clínica, se necesite transfundir sangre o productos derivados de ella. La sangre proviene de personas sanas y ha sido sometida a controles muy rigurosos. Apesar de ello existe algún riesgo de transmitir Infecciones (Hepatitis, VIH, ect.). Al igual que muchos medicamentos, la sangre puede producir en algunas ocasiones reacciones adversas de leves a graves, que se pueden manifestar como fiebre, temblor, dificultad respiratoria, ect.
- ❖ Para evitar o tratar estas y otras reacciones aún menos probables, el médico anestesiólogo controlará todo el proceso de principio a fin, valorará cuidadosamente mi situación, tomará todas las medidas de vigilancia y seguridad y proporcionará el tratamiento que considere necesario.



DECLARO haber recibido información verbal clara y sencilla sobre el procedimiento que se me va a realizar y además he leído este escrito. Así mismo, todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado sobre la anestesia general, para qué sirve, cómo se hace los **RIESGOS** que tiene y las posibles alternativas en caso de posibilidad de cambio de técnica anestésica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. En estos términos autorizo a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del anestesiólogo, sean necesarias para preservar mi vida y mi integridad personal, liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida. Por ello, libremente, doy mi **CONSENTIMIENTO** a los profesionales adecuados que se precisen, para que se me realice la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio que sean necesarios (colocación de sondas, catéter venoso central, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico. En fe de lo cual firmo.

Firma del Paciente

Nombre:.....

DNI:.....

Huella Digital:

Fecha:.....

hora:.....

Firma del Tutor o Representante

Nombre:.....

DNI:.....

Huella Digital:

Fecha:.....

hora:.....

Firma y Sello del Médico Anestesiólogo

REVOCATORIA

Por la presente expreso mi deseo de invalidar lo anteriormente aceptado, soy consiente de los riesgos que puede acarrear a mi salud el no aceptar la realización del procedimiento recomendado por los médicos encargados de mi tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Firma del Paciente

Nombre:.....

DNI:.....

Huella Digital:

Fecha:.....

hora:.....

Firma del Tutor o Representante

Nombre:.....

DNI:.....

Huella Digital:

Fecha:.....

hora:.....

ANEXO: 49

HOSPITAL SANTO TOMAS
LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA

NOMBRE Y AP. / Fecha: / / N° SALA:		N° DE CAJA: / N° DE INGRESO: / HORA DE INGRESO: / HORA DE INICIO DE ANESTESIA: / HORA DE FINAL DE CIRUGIA:	
EDAD: / N° HCL: / SERVICIO:		PROCEDIMIENTO:	
DIAGNOSTICO:			
ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo: ¿Ha confirmado el (la) paciente? Identidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Consentimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se ha colocado tensiómetro, electrodos, sensor de temperatura el pulsioxímetro adecuado al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano: Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar: Confirmar: -La identidad del / de la paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -El procedimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar: <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Tiene el(la) paciente... ...Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En este caso, hay instrumental, equipos y ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ...Riesgo de hemorragia: > 1000 ml EN CESAREA > 500 ml (7ml / Kg. en niños) en otras cirugías <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		PREVISION DE EVENTOS CRITICOS Cirujano revisa: ¿Cuáles son los riesgos críticos o inesperados de la intervención a realizar? Especificar: ¿Cuanto estima que durará la operación o cirugía? <input type="text"/> cc ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista? <input type="text"/> cc Anestesiólogo(a) verifica: <input type="checkbox"/> Si Especificar: <input type="checkbox"/> No Equipo de Enfermería verifica: ¿Se ha confirmado (con resultados de los indicadores): -La esterilidad de ropa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Instrumental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Equipos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? <input type="checkbox"/> Si Especificar: <input type="checkbox"/> No ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Verificación física	
Salida Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano: El(la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento Especificar: ¿El recuento de instrumentos, gases y agujas es conforme? -Instrumentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Gases <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Agujas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Otros <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <input type="checkbox"/> Si Especificar: <input type="checkbox"/> No		Salida Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano: El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: ¿Cuáles son los riesgos a identificar en la recuperación del paciente? Cirujano: Anestesiólogo: Enfermero(a): DIAGNÓSTICOS CIE 10 -Cirugía Programada: <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> -Cirugía <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> -Cirugía de Reintervención <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> -Cirugía Suspendida	

En el H.S.T. damos atención de calidad con Calidez

NOTA: La falta del llenado de cualquier ítem invalida la ficha

HOSPITAL SANTO TOMÁS
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo: ¿Ha confirmado el (la) paciente? Identidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Consentimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano: Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Especificar Confirmar: -La identidad del / de la paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No -El procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No -El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Especificar <input type="checkbox"/> No aplica		SALIDA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano: El (la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento Especificar: _____ ¿El recuento de instrumentos, gasas y agujas es conforme? -Instrumentos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Gasas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Agujas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Otros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <input type="checkbox"/> SI Especificar <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el (la) paciente... ...Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Especificar ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI En este caso, hay instrumental, equipos y ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ...Riesgo de hemorragia: > 1000 ml EN CESAREA > 500 ml (7ml / Kg. en niños) en otras cirugías <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI		PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ¿Cuáles son los riesgos críticos o inesperados de la intervención a realizar? Especificar _____ ¿Cuanto estima que durará la operación o cirugía? _____ ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista? _____ cc Anestesiólogo(a) verifica: ¿Presenta el paciente algún problema específico? <input type="checkbox"/> SI Especificar <input type="checkbox"/> No Equipo de Enfermería verifica: ¿Se ha confirmado (con resultados de los indicadores): -La esterilidad de ropa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No -Instrumental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No -Equipos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? <input type="checkbox"/> SI Especificar <input type="checkbox"/> No ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Verificación física		¿Cuales son los riesgos a identificar en la recuperación del paciente? Cirujano: _____ Anestesiólogo: _____ Enfermero(a): _____ DIAGNÓSTICOS CIE 10 _____ -Cirugía Programada: <input type="checkbox"/> -Hospitalaria <input type="checkbox"/> -Ambulatoria <input type="checkbox"/> -Cirugía <input type="checkbox"/> -Emergencia <input type="checkbox"/> -Cirugía de Reintervención <input type="checkbox"/> -Quirúrgica <input type="checkbox"/> -Cirugía Suspendida <input type="checkbox"/>	

En el H.S.T. damos atención de calidad con Calidez

NOTA: La falta del llenado de cualquier ítem invalida la ficha

HOSPITAL SANTO TOMÁS
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

HISTORIA		Fecha	N° SALA	SIS		HORA DE INGRESO	HORA RECUPERACIÓN								
NOMBRE Y AP.	EDAD	N° HCL	SERVICIO	N° DE CAMA	PREFACTURA	HORA DE INICIO DE ANESTESIA	HORA FINAL DE ANESTESIA								
DIAGNÓSTICO				PROCEDIMIENTO											
ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo: ¿Ha confirmado el (la) paciente? Identidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Procedimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica Consentimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se ha colocado tensiómetro, electrodos, sensor de temperatura el pulsioxímetro adecuado al paciente y función? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar Confirmar -La identidad del / de la paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -El procedimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar <input type="checkbox"/> No aplica				SALIDA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano El (la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento Especificar: ¿El recuento de instrumentos, gases y agujas es conforme? -Instrumentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Gases <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Agujas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica -Otros <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <input type="checkbox"/> Si Especificar <input type="checkbox"/> No				Solo y Firma de ENFERMERA INSTRUMENTISTA Solo y Firma de ANESTESIOLOGO (A) Solo y Firma de CIRUJANO (instrumentista)			
PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ¿Cuáles son los riesgos críticos o inesperados de la intervención a realizar? Especificar ¿Cuanto estima que durará la operación o cirugía? <input type="checkbox"/> ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista? <input type="checkbox"/> cc Anestesiólogo(a) verifica: ¿Presenta el paciente algún problema específico? <input type="checkbox"/> Si Especificar <input type="checkbox"/> No Equipo de Enfermería verifica: ¿Se ha confirmado (con resultados de los indicadores): -La esterilidad de ropa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Instrumental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Equipos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? <input type="checkbox"/> Si Especificar <input type="checkbox"/> No ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Verificación física				DIAGNÓSTICOS CIE 10 -Cirugía Programada: Hospitalaria -Hospitalaria -Ambulatoria -Cirugía -Emergencia -Cirugía de Reintervención -Quirúrgica -Cirugía Suspendida											

En el H.S.T. damos atención de calidad con Calidez

NOTA: La falta del llenado de cualquier ítem invalida la ficha

Importante

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

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - El proveedor deberá contar Registro Único de Contribuyente (R.U.C) Activo y Habido - El postor deberá contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) rubro servicios
	<p>Importante</p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar de manera obligatoria Copia Registro Único de Contribuyente (R.U.C) Activo y Habido - Presentar de manera obligatoria Copia Registro Nacional de Proveedores (RNP) rubro servicios <p>Importante</p> <p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p>

C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<u>Requisitos:</u> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 120,000.00 (Ciento veinte mil con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de 36,250.00 (treinta seis mil doscientos cincuenta con 00/100 soles) por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de</p>

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 pago¹⁴, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

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

En el caso de 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 que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

¹⁴ 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".

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

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

Importante

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

CAPÍTULO IV
FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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

Importante para la Entidad

*De conformidad con el artículo 51 del Reglamento, adicionalmente, se **pueden** consignar los siguientes factores de evaluación, según corresponda a la naturaleza y características del objeto del procedimiento, su finalidad y a la necesidad de la Entidad:*

CAPÍTULO V
PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹⁵

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

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

¹⁵ 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 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 [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO].

Importante para la Entidad

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

Importante para la Entidad

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

CLÁUSULA: PRESTACIONES ACCESORIAS¹⁶

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

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

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

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

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

Importante

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

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

Importante

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

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

Importante

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

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

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

Importante para la Entidad

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

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

CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO

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

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

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

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

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

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

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

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

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

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

Donde:

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

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

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

Importante

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁷

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

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

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

“LA ENTIDAD”

“EL CONTRATISTA”

Importante

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

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

ANEXOS

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO Nº 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] Nº [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha Nº [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento Nº [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

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

Autorización de notificación por correo electrónico:

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 servicios²⁰

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

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

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

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

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

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

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

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

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

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huilca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
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 servicios²⁴

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

ANEXO N° 2

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

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

a) Integrantes del consorcio

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

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

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

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

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

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

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

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

TOTAL OBLIGACIONES

100%²⁷

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Consortiado 1

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

.....
Consortiado 2

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
TOTAL			

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

Incluir o eliminar, según corresponda

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO Nº 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

UNIDAD EJECUTORA NO 411 RED DE SERVICIOS DE SALUD CHUMBIVILCAS
ADJUDICACION SIMPLIFICADA No 03-2024-RSSCH - CS

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

Incluir o eliminar, según corresponda

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

OFERTA A PRECIOS UNITARIOS DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
Monto del componente a precios unitarios			

OFERTA A SUMA ALZADA DE LOS COMPONENTES SIGUIENTES:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
Monto del componente a suma alzada	

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

Representante legal o común, según corresponda

Importante

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

Importante para la Entidad

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

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

Importante para la Entidad

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

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

CONCEPTO	OFERTA
Porcentaje ofertado ²⁸	%
Monto Total Ofertado	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

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

²⁸ De conformidad con la Opinión N° 202-2016/DTN, corresponde al porcentaje del monto total a cobrar o recuperar.

incorporen deben ser eliminadas

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

CONCEPTO	MONTO
(A) Honorario Fijo	
(B) Comisión de éxito ²⁹	
Precio de la Oferta (A) + (B)	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

²⁹ De conformidad con la Opinión N° 011-2017/DTN "El postor formula su oferta contemplando un monto fijo y un monto adicional como incentivo que debe pagársele en caso consiga el resultado esperado".

“El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias”.

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

.....
MV. Luis Miguel Huaman Ticona
COMITE DE SELECCIÓN
(presidente Titular)

.....
LIC. Hernán Huillca Condori
COMITE DE SELECCIÓN
(Primer Miembro Titular)

.....
Elsa Solís Layme
COMITE DE SELECCIÓN
(Segundo Miembro Titular)

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 7

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa³⁰ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

³⁰ En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

ANEXO Nº 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ³¹	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ³²	EXPERIENCIA PROVENIENTE ³³ DE:	MONEDA	IMPORTE ³⁴	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁵	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁶
1										
2										
3										
4										

³¹ 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.

³² 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.

³³ 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".

³⁴ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³⁵ 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.

³⁶ 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 ³¹	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ³²	EXPERIENCIA PROVENIENTE ³³ DE:	MONEDA	IMPORTE ³⁴	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁵	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³⁶
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

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

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

Importante para la Entidad

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

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

ANEXO N° 10

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

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 Nº DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR ESTIMADO NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO Nº 11

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

Señores

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO 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

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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] 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.