



Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 25.01.01

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0167

Fecha : 16/07/2025
Hora : 15:34
Página : 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547
N° E/M : 00184

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/07/2025
Concepto :	Moneda : S/.
ADQUISICION DE FORMATERIA	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1000	UNIDAD	475100050294	CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR MARCA:		
500	UNIDAD	470300090149	CARTILLA INFORMATIVA MARCA:		
400	UNIDAD	475100015739	HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE MARCA:		
1	UNIDAD	470300150222	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 cm X 70 cm MARCA:		
3	UNIDAD	470300150082	LAMINA PARA ROTAFOLIO SALUD REPRODUCTIVA MARCA:		
2	UNIDAD	475100014861	LIBRO DE REGISTRO DE USO ADMINISTRATIVO X 200 HOJA MARCA:		
2000	UNIDAD	470300060230	TRIPTICO EDUCATIVO MARCA:		
1000	UNIDAD	470300060231	TRIPTICO INFORMATIVO MARCA:		
3	MILLAR	475100016213	AFICHE MARCA:		
TOTAL					

FECHA DE COTIZACIÓN DIAS
CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)
* PLAZO DE ENTREGA
CALENDARIOS
* TIEMPO DE GARANTIA
* OTROS
* FORMA DE PAGO
DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

- La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento
- Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa
- Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (VALIDEZ DE OFERTA Del Al)
- Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sírvase firmar y devolver la presente.
- N° de cuenta interbancaria de abono CCI

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

- La cotización se presentará en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando número de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no será tomado en cuenta.
- ADJUNTA RNP, FICHA, RUC, ANEXOS

COTIZADOR

PROVEEDOR

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en
cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es elcon Razón Social

.....agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....

Firma

Nombre y apellidos del proveedor o de su representante

DNI:

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI N°, Representante Legal (de corresponder), con RUC N°, con domicilio legal en..... correo electrónicoautorizado para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

.....
Nombres y Firma del postor

PEDIDO DE COMPRA Nº

000530

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ATENCION INMEDIATA DELRECIÉN NACIDO
Entregar a Sr(a) : ENRIQUEZ COILA KARINA
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E1856 0002-5000053-3330506-TAMIZAJE NEONATAL
Motivo :

F.F.Rd	META / MEMORONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod.Prv	Act/Al/Obr
1-00	0016	20	044	0096	0002	3033305	5000053

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
4751006 6213 AFICHE	Tamizaje Neonatal	2.3.199.1.3	3.00	MILLAR


JOVANI LÓPEZ LEÓN
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.E.P. 63036

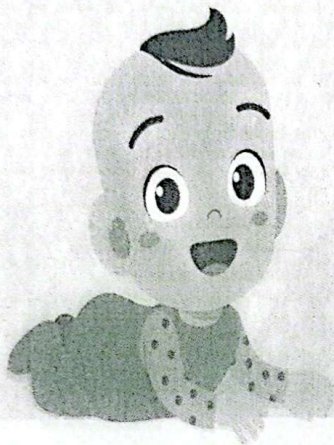

GOBIERNO REPUBLICANO DE ECUADOR
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
Lic. Enl. Mónica
COORDINADORA GENERAL
C.E.E.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

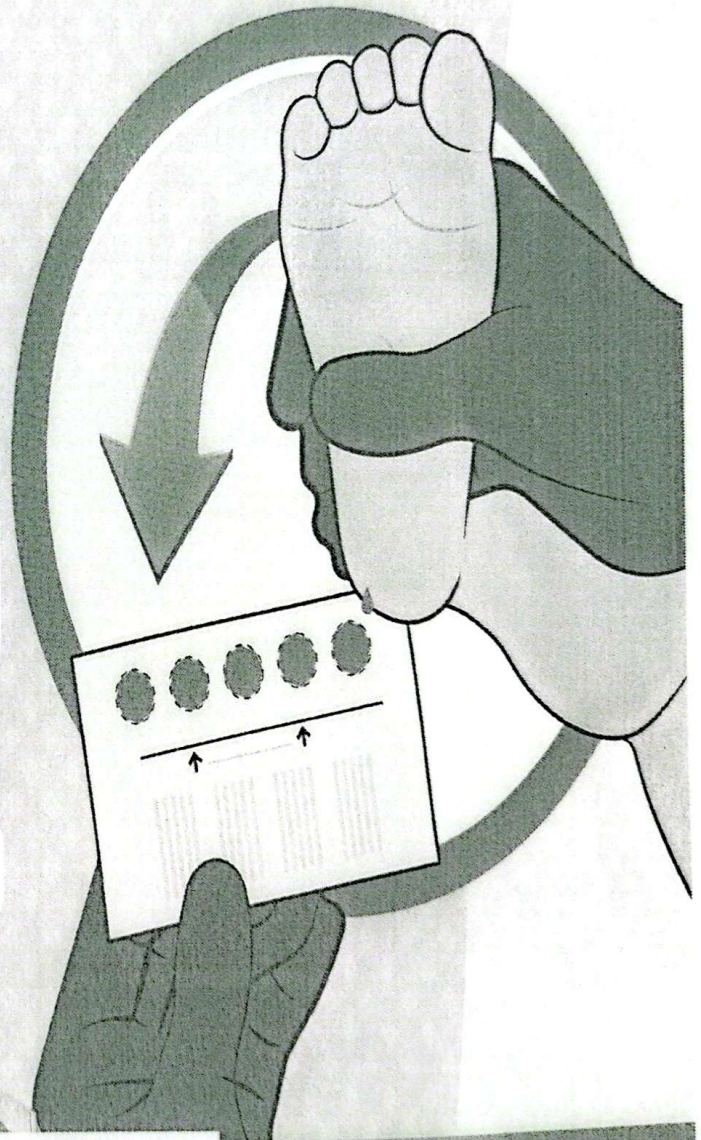


¿Por qué es importante realizar el **TAMIZAJE NEONATAL** a tu bebé?.



Previene el retardo mental y otras discapacidades producidas por las enfermedades metabólicas.

Puede salvar la vida de tu bebé



U.E. 408 HOSPITAL DE
ESPINAR



GOBIERNO REGIONAL

CUSCO

¡Hagamos **HISTORIA**!

ESPINAR
CAMBIA

PEDIDO DE COMPRA N°

000574

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA
Entregar a Sr(a) : ALVAREZ HUANCA IRMA
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E0102 0002-5000042-3329107-METODOS DE BARRERA
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
1-00	0007	20	044	0096	0002	3033291	5000042

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
475100050294	CARNE DE IDENTIFICACIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2.3.1 99.1 3	1.000.00	UNIDAD


Irma Alvarez Huanca
OBSTETRA
C.O.P. 35596
Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enl. J. Beltran
COORDINADOR DE SERVICIOS
Firma Autorizada



PERÚ

**Ministerio de
Salud**

**Gerencia Regional de Salud Cusco
UNIDAD EJECUTORA 408
HOSPITAL ESPINAR**



**Hagamos
HISTORIA**



F.F./H.C.

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE USUARIOS

Apellidos y Nombres: _____

Dirección: _____ Comunidad: _____

Edad: _____ Total de Embarazos: _____ Número de Hijos Vivos: _____

Último Método Anticonceptivo Usado: _____ Último PAP

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

FECHA D/M/A	MÉTODO ACTUAL	INSUMOS ENTREGADOS	OBSERVACIONES	PAP	FECHA PROXIMA CITA	PAP

PEDIDO DE COMPRA N°

000578

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
Entregar a Sr(a) : ENRIQUEZ COILA KARINA
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E1856 0002-5000053-3330506-TAMIZAJE NEONATAL
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0016	20	044	0096	0002	3033305	5000053

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300060230	TRIPTICO EDUCATIVO <i>Tamizaje Neonatal</i>	2.3.199.1.3	2,000.00	UNIDAD
470300060231	TRIPTICO INFORMATIVO <i>Tamizaje Neonatal</i>	2.3.199.1.3	1,000.00	UNIDAD



Irma Alvarez Huanc
OBSTETRA
C.O.P. 35596

Firma del Solicitante



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Miriam Beltrán
COORDINADORA DE ATENCIÓN A PRESUPUESTALES
C.I.P. 1041274

Firma Autorizada

FENILCETONURIA



La **FENILCETONURIA** puede causar retraso de las habilidades mentales, temblores, tamaño de la cabeza mucho más pequeño de lo normal, orina de olor a "ratón", postura inusual de las manos, convulsiones, erupción cutánea.

FIBROSIS QUÍSTICA



Es una enfermedad genética, crónica que afecta múltiples órganos, principalmente pulmón, páncreas, intestino y aparato genital masculino, puede causar retraso en el crecimiento, piel con sabor salado, tos persistente.

"NOSOTROS SOMO SANOS,
NUNCA HEMOS TENIDO
PROBLEMAS DE ESTE TIPO EN
LA FAMILIA.

¿NECESITA PASAR POR EL
TAMIZAJE NEONATAL
NUESTRO BEBÉ?

La respuesta es sencilla, **SI ES NECESARIO**. Todos los bebés aparentan buena salud, pero, lamentablemente algunos portan enfermedades serias, que no son detectables a través de un examen físico y pueden presentar síntomas cuando ya es muy tarde con consecuencias irreversibles.

CITA

Fecha de Cita: ____/____/____

Hora: ____ a.m.

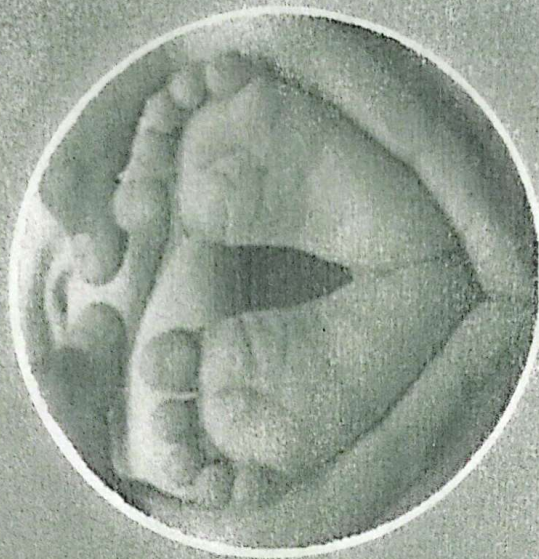
LUGAR:

SERVICIO DE TAMIZAJE NEONATAL
AL COSTADO DE ADMISIÓN

RECUERDA:
TAMIZAR ES
AMAR



TAMIZAJE NEONATAL



Un examen simple que puede
salvar la Vida de tu Bebé

PRUEBA GRATUITA
para todos los bebés
con SIS



EQUIPO DE TAMIZAJE NEONATAL

**HORARIO DE ATENCIÓN Lunes a Viernes de
8:00 a.m. a 13:00 hrs.**

TAMIZAJE NEONATAL

¿Qué es el Tamizaje Neonatal?

Es una prueba preventiva para detectar enfermedades graves que a simple vista no se notan, o se evidencian de forma tardía.

Estas enfermedades de no ser detectadas a tiempo le pueden causar Retardo Mental Severo o incluso la Muerte Repentina a su bebé.

La mayoría de los bebés afectados pueden llevar una vida normal y saludable si la enfermedad se diagnostica oportunamente y se inicia pronto el tratamiento.



¿POR QUÉ DEBE TAMIZAR A SU BEBÉ?

Porque es el procedimiento más adecuado, para detectar a tiempo la enfermedad y evitar secuelas irreversibles o hasta la muerte en nuestros recién nacidos.

¿A QUIÉNES SE REALIZA EL TAMIZAJE?

A todos los bebés recién nacidos, a partir de las 48 horas de vida, hasta los 7 días de vida del bebé. Lo ideal es que se realice antes de salir de alta del Hospital, caso contrario regresar según cita establecida.

¿CÓMO SE REALIZA EL TAMIZAJE?

- * Se tomará unas gotitas de sangre del talón de su bebé en un papel filtro especial.
- * La muestra de su bebé se envía para ser analizada, al laboratorio de Tamizaje Neonatal, del Hospital Nacional Docente Madre del Niño "SAN BARTOLOME", LIMA.

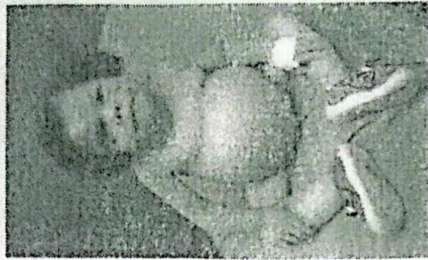
Si el resultado de la muestra es positivo o sospechoso, la enfermera encargada del tamizaje se comunicará al número de celular que usted dejó, registrado en el hospital.



¿QUE ENFERMEDADES SE DETECTAN CON EL TAMIZAJE?

HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

El hipotiroidismo no permite el desarrollo normal del cerebro, el corazón y otros órganos. Esto puede causar retardo mental y problemas de crecimiento, si no se detecta y trata a tiempo.



HIPERPLASIA SUPRARRENAL

La hiperplasia puede causar además de retardo mental, deshidratación severa, alteración en los niveles de sodio y potasio, shock, convulsiones y muerte repentina si no se detecta y trata a tiempo.





MINISTERIO
DE SALUD

INSTITUTO
VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS



TAMIZAJE NEONATAL

El tamizaje neonatal es un procedimiento que se realiza a los recién nacidos para detectar de forma temprana algunas enfermedades que pueden afectar su salud y desarrollo. Este procedimiento es gratuito y no causa dolor a los bebés.

PASO 1
Identificación del recién nacido y registro de los datos personales.

PASO 2
Realización de la prueba de tamizaje neonatal.

PASO 3
Interpretación de los resultados de la prueba.

PASO 4
Envío de la muestra a un centro de análisis nacional.

ENVÍO DE LA MUESTRA A UN CENTRO DE ANÁLISIS NACIONAL.

El resultado se entregará al personal médico en 10 días hábiles.





PERÚ

Ministerio
de Salud



TAMIZAJE NEONATAL

Es una prueba rápida y sencilla que se realiza a los recién nacidos entre el tercer y séptimo día de nacido, para detectar oportunamente enfermedades metabólicas que pueden ser muy perjudiciales para el desarrollo del bebé.



PASO 1

Se extrae una pequeña muestra de sangre del talón del bebé mediante una lanceta.



PASO 2

La muestra es enviada a centros especializados para su análisis.



PASO 3

Si el resultado es sospechoso la enfermera se comunicará con los padres.



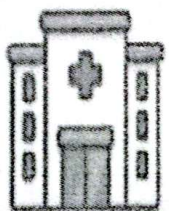
PASO 4

Si el resultado es NEGATIVO, los padres no recibirán ninguna llamada.



ENVÍO DE LA MUESTRA A UN CENTRO DE ACOPIO NACIONAL

El resultado se obtiene en el sistema TAMEN en 15 días laborables.



TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL

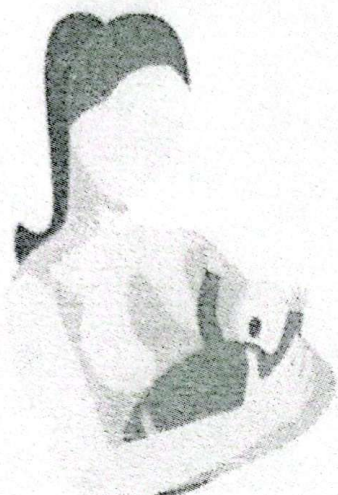
LA MADRE DA A LUZ A SU BEBÉ

- **SI ES DADO DE ALTA**

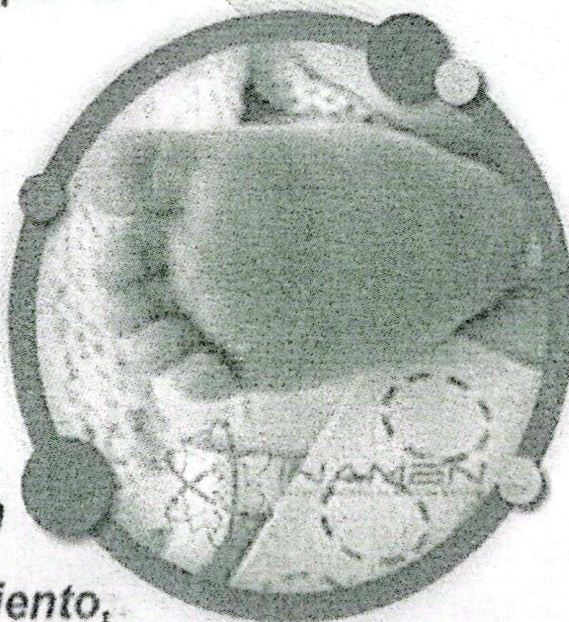
La madre debe acudir al establecimiento de salud entre el tercer y sexto día de vida, para que se realice la toma de muestra.

- **SI NO ES DADO DE ALTA**

La enfermera responsable realizara la toma de muestra para el Tamizaje Neonatal si el bebe permanece mas de 4 días.



“Su objetivo principal es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa”



PEDIDO DE COMPRA N°

000579

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

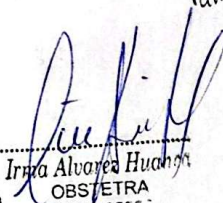
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
Entregar a Sr(a) : ENRIQUEZ COILA KARINA
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E1856 0002-5000053-3330506-TAMIZAJE NEONATAL
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0016	20	044	0096	0002	3033305	5000053

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
475100014861	LIBRO DE REGISTRO DE USO ADMINISTRATIVO X 200 HOJAS	2.3.1 99.1 3	2.00	UNIDAD

Tamizaje Neonatal



Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miriam Y. Castañeda Beltrán
COORDINADORA DE PROCESOS DE ASesoría y Asistencia Técnica
C.O.P. 44474

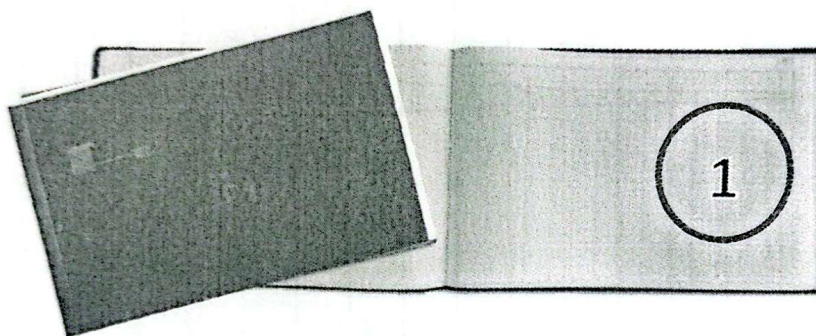
Firma Autorizada

TAMIZAJE NEONATAL

ESPECIFICACIONES DE INSUMOS DE FORMATERIA

1. LIBRO DE REGISTRO DE TAMIZAJE NEONATAL

- ✓ MODELO: HORIZONTAL (IMAGEN 1)
- ✓ TAMAÑO: 41 X 26 CM
- ✓ CANTIDAD DE HOJAS: 200
- ✓ TAPA/PORTADA: COMO INDICA IMAGEN 2
- ✓ INTERIOR: TAL COMO INDICA FORMATO EN IMAGEN ADJUNTA.
- ✓ CANTIDAD: 03 UNIDADES



PEDIDO DE COMPRA N°

000577

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
Entregar a Sr(a) : ENRIQUEZ COILA KARINA
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E1856 0002-5000053-3330506-TAMIZAJE NEONATAL
Motivo :

FF.RR.	ITEM / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Au/Obr
1-00	0016	20	044	0096	0002	3033305	5000053

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
47030015022	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 cm X 70 cm <i>Tamizaje Neonatal</i>	2.3.1.9.1.1	100	UNIDAD



Irma Alvarez Huanta
OBSTETRA
C.O.P. 39596

Firma del Solicitante



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Mayra D. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.O.P. 100000000

Firma Autorizada



PERÚ

Ministerio
de Salud



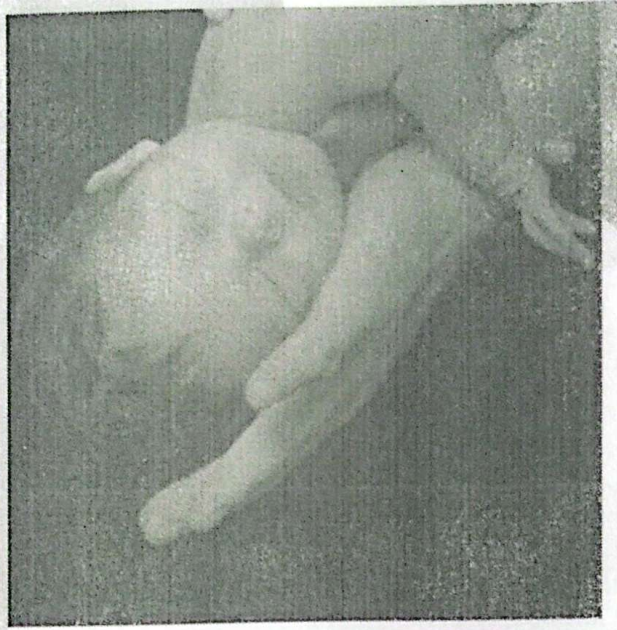
IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE NEONATAL



*Un examen sencillo
que puede salvar la
vida de tu bebé.*

¿Qué es el tamizaje neonatal?

Es una prueba de laboratorio, con el objetivo de detectar la existencia de una enfermedad o deficiencia congénita



¿Cuándo se debe tamizar al bebé?

¿Qué es el tamizaje neonatal?

Es una prueba de laboratorio que debe realizarse a todo recién nacido para identificar a aquellos que están en riesgo de padecer desórdenes metabólicos serios que son tratables, pero que no son visibles al momento de su nacimiento.

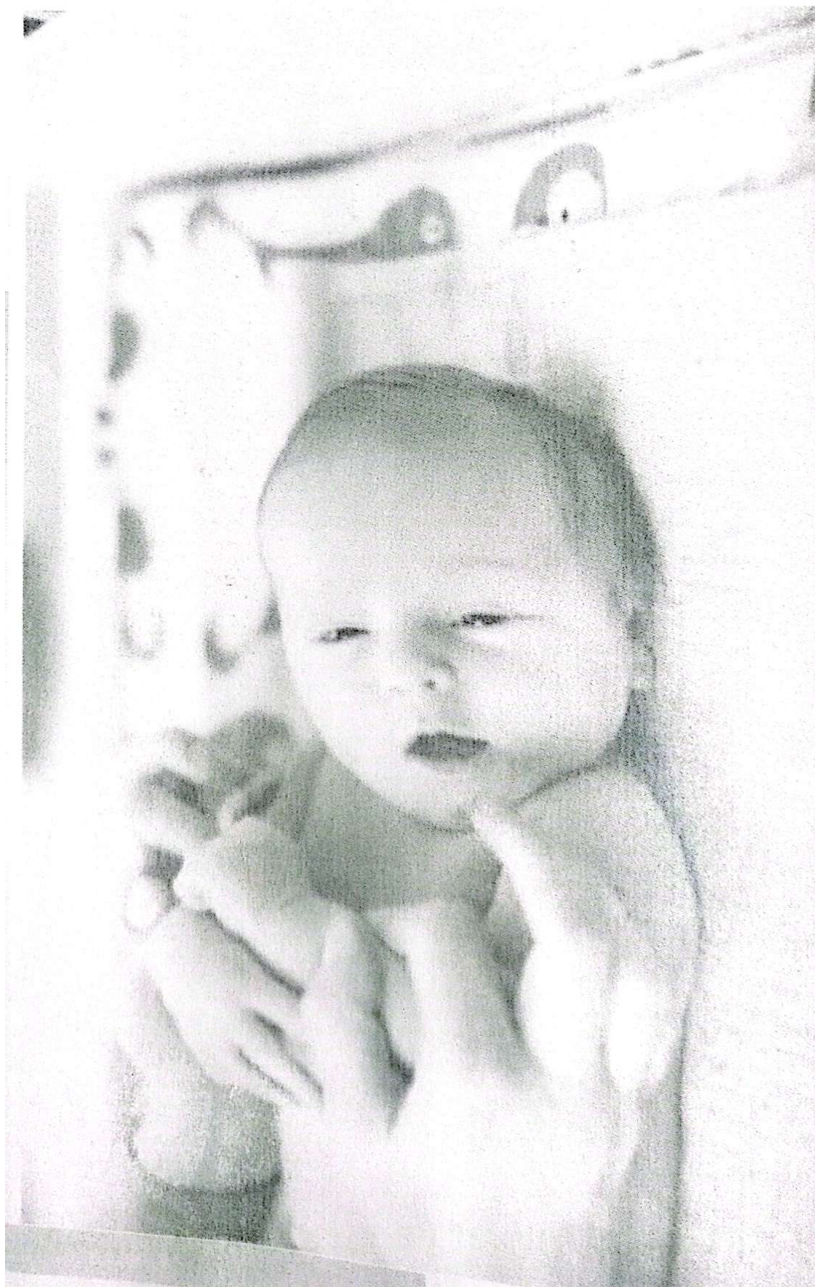
Su objetivo principal es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.

Uno de cada mil recién nacidos, "aparentemente sanos", tiene en forma latente una enfermedad de consecuencias graves e irreversibles (como retraso mental o incluso la muerte) que se manifestará semanas o meses después de haber nacido.

Afortunadamente, hoy en día existe la oportunidad de detectar estos padecimientos a tiempo, es decir, cuando aún no se ha presentado el daño, lo cual permite prevenirlo.

El descubrir y tratar desórdenes a tiempo y antes de que se manifiesten puede evitar muchas complicaciones serias. Afortunadamente existen tratamientos para prevenir o reducir considerablemente los efectos que éstos desórdenes metabólicos pueden causar a tu bebé.

Entre el segundo y
sexto día de vida
del bebé.

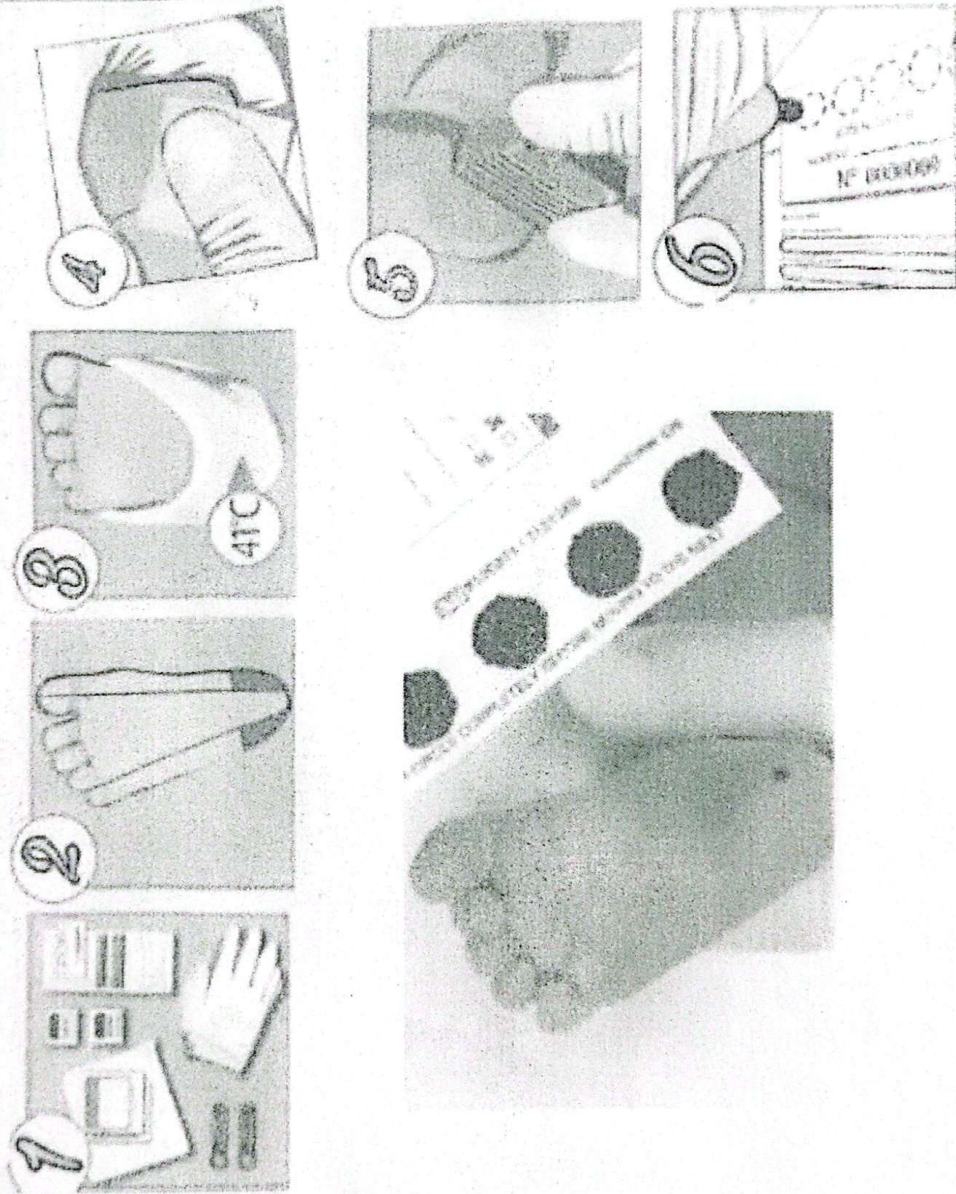


¿Cuándo se le debe practicar al bebé?

Idealmente se recomienda esta prueba a tu bebé entre el tercer séptimo día de nacido, de no ser posible en este tiempo, se recomienda realizarlo antes de que cumpla 30 días de nacido.

Recuerda que esta es una prueba de prevención cuyo objetivo apoyar la salud y calidad de vida de tu bebé, mediante el descubrimiento y tratamiento oportuno.

¿Cuándo se debe tamizar al bebé?



*Es la toma de
cuatro gotas de
sangre del talón del
bebe.*

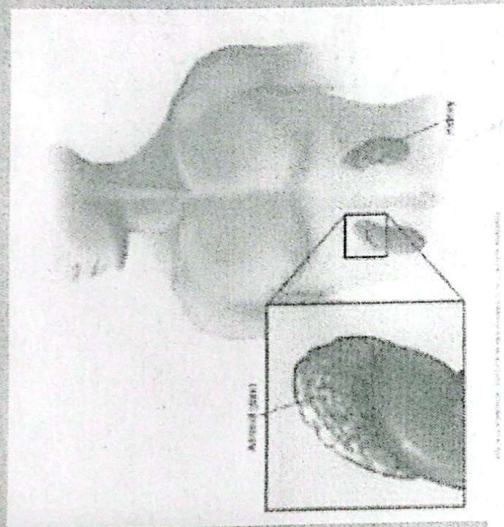
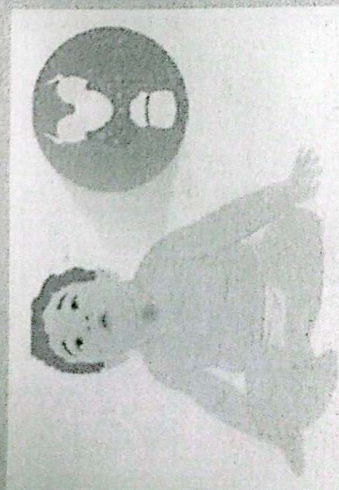
¿Cómo se realiza el tamizaje?

El procedimiento es muy sencillo: personal especializado toma cinco gotas de sangre del talón del de tu bebé, en un papel filtro especial, que será enviado al laboratorio del Instituto de Investigación Enfermedades Genéticas y Metabólicas -INVEGEM- en donde, a través de pruebas bioquímicas y moleculares, se hará un análisis de los metabolitos indicadores de alteraciones en la sangre de tu bebé.

Los resultados serán enviados electrónicamente a tu pediatra durante los siguientes 10 días hábiles vez practicada la prueba, o bien puedes recoger los resultados físicos de la misma en nuestras oficinas.

INVEGEM ofrece un programa que incluye desde la toma de muestra hasta el seguimiento y atención especializada del recién nacido en caso se detecte un error metabólico. Además cuenta con el respaldo de los Laboratorios del Departamento de los Servicios de Salud del Estado de Texas en Estados Unidos.

¿Que enfermedades se detecta?



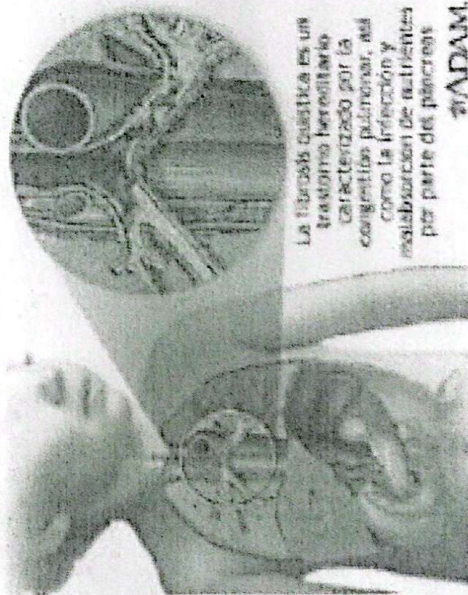
✓ Fenilcetonuria

✓ Hipotiroidismo

✓ Fibrosis quística

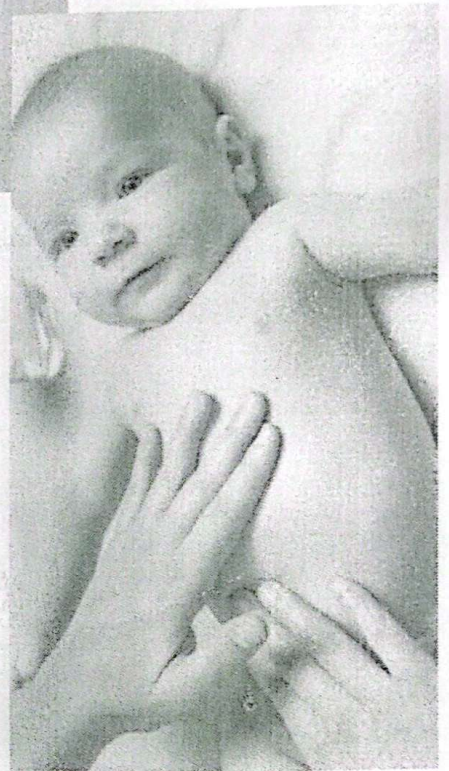
✓ Hiperplasia

suprarrenal



La fibrosis quística es un trastorno hereditario caracterizado por la congestión pulmonar, así como la infección y malabsorción de nutrientes por parte del páncreas.

ADAM.



¿Qué enfermedades detecta?

Hipotiroidismo Congénito (TSH y T4): ocurre cuando un bebé recién nacido nace sin la capacidad para producir cantidades normales de hormona tiroidea.

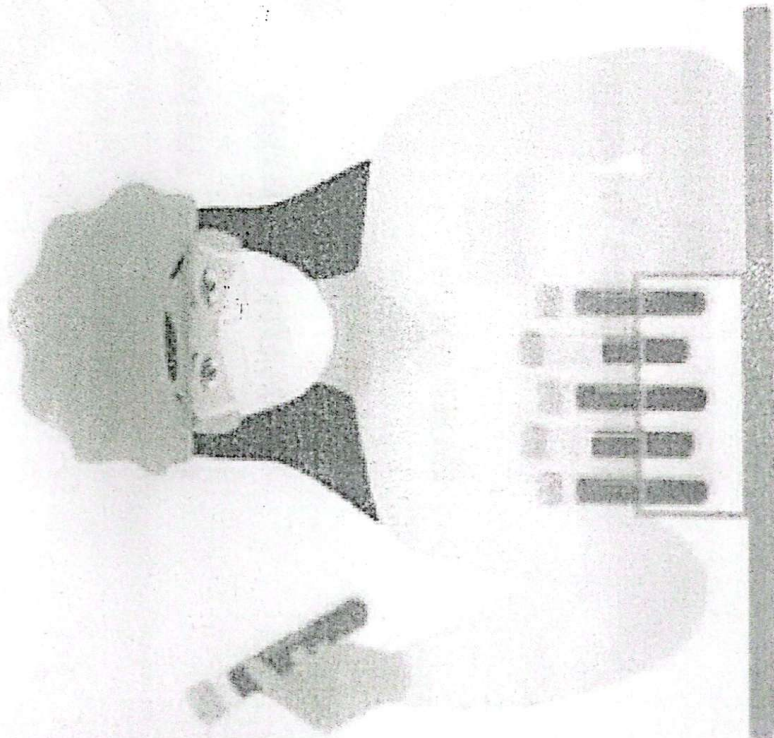
Fibrosis Quística: afecta a las células que producen la mucosa, el sudor y los jugos gástricos. Provoca que estos fluidos se tornen espesos y pegajosos. Luego, atascan los tubos, los tractos y los canales.

Hiperplasia Adrenal Congénita: afecta el crecimiento y el desarrollo normales de un niño. Aunque puede ser mortal, la mayoría de las personas pueden llevar vidas normales con el tratamiento adecuado.

Galactosemia: es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad de utilizar el azúcar simple galactosa, lo cual provoca una acumulación de este dentro del organismo, produciendo lesiones en el hígado y el sistema nervioso central.

Fenilcetonuria: Es un trastorno genético en el cual el organismo no puede procesar parte de una proteína llamada fenilalanina. La fenilcetonuria no tratada puede causar daño cerebral, discapacidad intelectual, síntomas conductuales o convulsiones. El tratamiento consiste en una dieta estricta con cantidades limitadas de proteínas.

**¿Qué sucede si tu bebé sale
sospechoso?**



**Serás
contactado de
inmediato**

Es importante que nos brinde 2 a 3 números telefónicos

IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE NEONATAL

Su objetivo principal es

descubrir y tratar

oportunamente

enfermedades

graves e

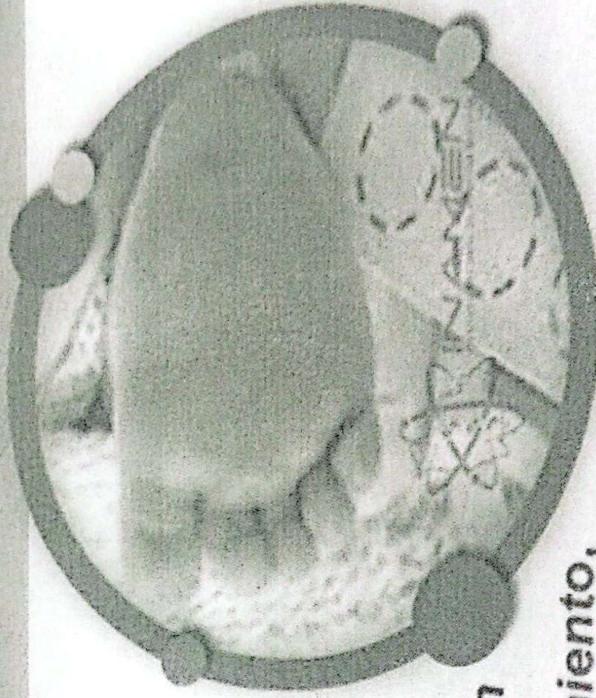
irreversibles

que no se pueden

detectar al nacimiento,

ni siquiera con una revisión médica muy

cuidadosa



PEDIDO DE COMPRA N°

000568

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Entregar a Sr(a) : ALVAREZ HUANCA IRMA

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E0080 0002-5000056-5000502-ATENCION INTEGRAL PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLES

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Pred/Priv	Act/Av/Otr
1-00	0004	20	044	0096	0002	3000005	5000008

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
475100015739	HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE	2.3.1.99.1.3	400.00	UNIDAD



Irma Alvarez Huanca
OBSTETRA
C.O.P. 35598

Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.F. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Miriam Utrabul Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E.P. 000273

Firma Autorizada

U. E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

HISTORIA CLÍNICA **DEL ADOLESCENTE**

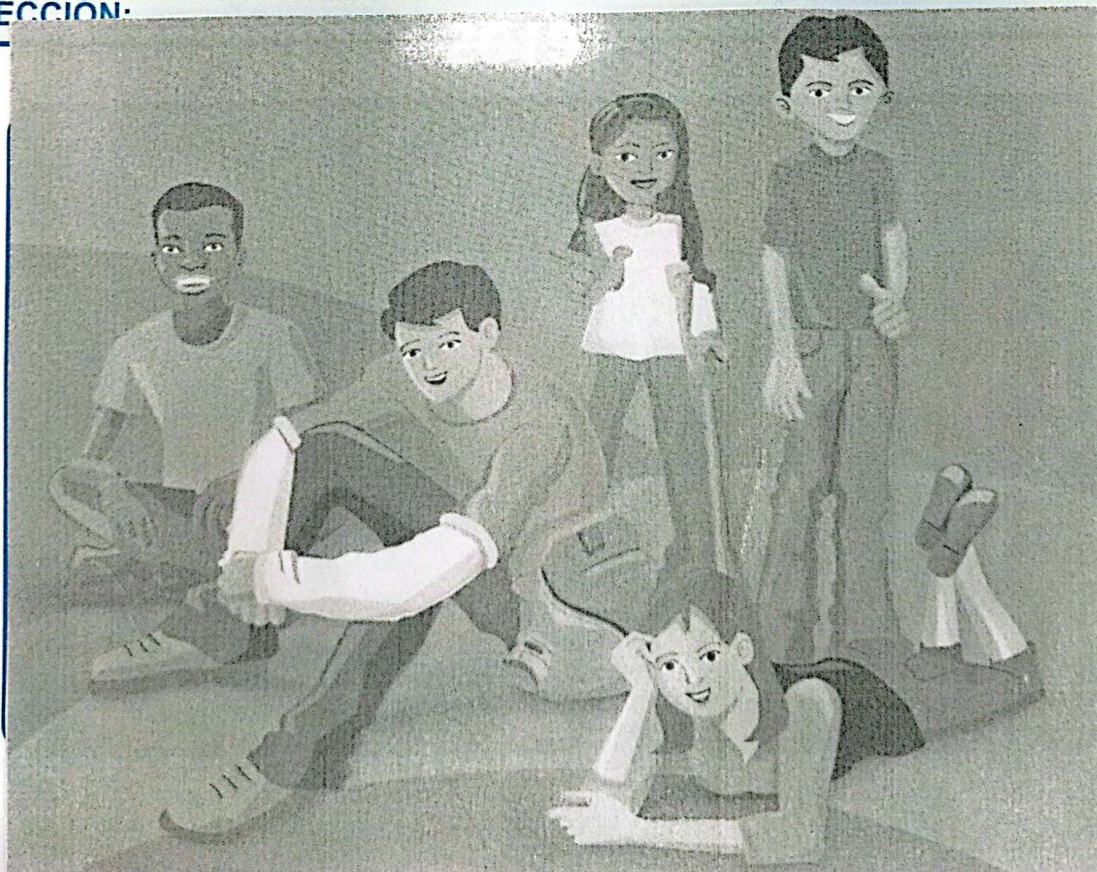
H. CL:

DNI:

CÓD. SIS:

NOMBRES Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:



Formato de Historia Clínica de la ADOLESCENTE



PERU

Ministerio de Salud

Gerencia Regional de Salud Cusco

UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

1

ANEXO N° 3 FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD							
N° de Historia Clínica		N° Afiliación SIS u otro Seguro :					
Apellidos						CUI	
Nombres						Sexo: ☐ M ☐ F F. de Nac.	
Dirección /Referencia							
Madre, Padre o adulto referente						Edad	
						DNI	
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS			OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES	
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACION DEL CRECIMIENTO FISICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACION DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACION FISICO POSTURAL						
4	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)						
5	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION						
6	EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCION ODONTOLÓGICA						
10	IMUNIZACIONES						
11	CONSEJERIA INTEGRAL						
12	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD						
13	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
14	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
15	TALLERES						
16	TEMAS EDUCATIVOS						

ANEXO N° 3
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica			N° Afiliación SIS u otro Seguro :						
Apellidos							CUI		
Nombres							Sexo: ☐ M ☐ F F. de Nac.		
Dirección /Referencia							Edad		
Madre, Padre o adulto referente							DNI		
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS					OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS		FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES		
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
1	EVALUACION DEL CRECIMIENTO FISICO Y ESTADO NUTRICIONAL								
2	EVALUACION DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA								
3	EVALUACION FISICO POSTURAL								
4	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)								
5	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION								
6	EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)								
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA								
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES								
9	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA								
10	INMUNIZACIONES								
11	CONSEJERIA INTEGRAL								
12	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD								
13	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
14	VISTA FAMILIAR INTEGRAL								
15	TALLERES								
16	TEMAS EDUCATIVOS								



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

1

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

PLAN DE ATENCION INTEGRAL

N°	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	20____	20____	20____	OBSERVACIONES
			FECHA	FECHA	FECHA	
ELEMENTALES	1	EVALUACION	CRECIMIENTO FÍSICO			
			ESTADO NUTRICIONAL			
	2	EVALUACION	AGUDEZA VISUAL			
			AGUDEZA AUDITIVA			
			FISICO POSTURAL			
	3	EVALUACION	DESARROLLO PSICOSOCIAL			
			HABILIDADES SOCIALES			
			DEPRESION			
			CONSUMO DE ALCOHOL			
	4	EVALUACION DE DESARROLLO SEXUAL (TANNER)				
	5	TAMIZAJE DE VIOLENCIA				
COMPLEMENTARIAS	6	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA				
	7	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
	8	ORIENTACION INTEGRAL	CONSEJERIA SALUD MENTAL			
			CONSEJERIA NUTRICIONAL			
			CONSEJERIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
	9	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ITS Y REFERENCIA SI CORRESP.				
	10	IDENTIFICACION Y AFILIACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PSICOSOCIAL				
	11	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES				
	12	INMUNIZACIONES				
	13	EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO	COLESTEROL TOTAL			
			GLUCOSA			
			HEMOGLOBINA			
	14	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD				
	15	VISITA FAMILIAR INTEGRAL				
	16	TALLERES Y TEMAS EDUCATIVOS				

Visita de Seguimiento

Interconsulta y Referencia

CRITERIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ATENCION
INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

ADOLESCENTE HOMBRE: Todas las actividades elementales

ADOLESCENTE MUJER: Todas la actividades elementales

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

2

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

FECHA

DÍA

MES

AÑO

AÑO

20....

20....

20....

EDAD

VALORACIÓN DE 1RA CONSULTA

ANTECEDENTES

PERSONALES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	SI	NO	NS
TBC			
TRANSF. SANGUÍNEAS			
HOSPITALIZACIONES			
INTERVEN. QUIRÚRGICAS			
ACCIDENTES			
CONSUMO DE TABACO			
CONSUMO DE ALCOHOL			
CONSUMO DE DROGAS			
USO DE MEDICINAS			
ALTERAC. VISION			
ALT. AUDICION			
ALT. POSTURAL			
TRAST. NUTRICION			
DEPRESION			
ANSIEDAD			
VIOLENCIA FAM.			
ALERGIAS			
TAMIZAJE RPR			
TAMIZAJE VIH			
SOBRESALIDA			
VACUNAS COMPLETAS			
OTROS			

ESPECIFICAR: _____

FAMILIARES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	SI	NO	NS
TBC			
OBESIDAD			
VIH / SIDA			
HIPERTENSION ARTERIAL			
DIABETES			
HIPERLIPIDEMIA			
TRAST. PSICOLÓGICO			
CONSUMO TABAC. ALCOH. Y DROG.			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
PADRE/MADRE ADOLESC.			
CÁNCER			
SUICIDIO/INTENTO SUICIDIO			
DEPRESION			
OTROS			

FAMILIA

VIVES CON	AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día / Mes / Año	SI	NO	SI	NO
PADRE				
MADRE				
HERMANO				
ABUELO				
INDEPEND.				
PAREJA				

PERSONA A CARGO

1°	2°	3°

G.J. DE PERSONA A CARGO	1°	2°	3°
SIN INSTRUCCIÓN			
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
SUPERIOR TEC.			
SUPERIOR UNIV.			

OCUPACION DE LA PERSONA A CARGO

20....	
20....	
20....	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	SI	NO	NN
RELACIONES SEXUALES			
USO DE MAC			
TOMA DE PAP (últ. 3 años)			

VACUNAS

DOSIS/FECHA

1°	2°	3°
Difteria y tetanos (DT)		
Sarampión Rubéola (SR)		
Hepatitis B (HvB)		
Antimarijuana (AMA)		

Legenda: NN= No Necesita
NS= No sabe

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

LABORALES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	SI	NO	SI
¿TRABAJAS?			
¿ES REMUNERADO?			
¿A TIEMPO COMPLETO?			

AÑO: _____

¿EN QUE TRABAJAS? _____

¿EN QUE GASTAS TU DINERO? _____

SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA

AGUA:		DESAGUE		ELECTRICIDAD	
CON CONEXIÓN		CON CONEXIÓN		SI	
SIN CONEXIÓN		SIN CONEXIÓN		NO	
COMPRA					

DATOS DE VIVIENDA

PROPIA	
ALQUILADO	
FAMILIAR	

DIAGNOSTICO DE RIESGO

20....	20....	20....

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL

EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA

EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL

AÑO	20....	20....	20....	AÑO	20....	20....	20....	AÑO	20....	20....	20....
AGUDEZA VISUAL (OD)				AGUDEZA VISUAL (OD)				AGUDEZA VISUAL (OD)			
AGUDEZA VISUAL (OI)				AGUDEZA VISUAL (OI)				AGUDEZA VISUAL (OI)			
FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

2

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

FECHA

DÍA

MES

AÑO

AÑO

20....

20....

20....

EDAD

VALORACIÓN DE 1RA CONSULTA

ANTECEDENTES

PERSONALES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	S	NO	NS
TBC			
TRANSF SANGUÍNEAS			
HOSPITALIZACIONES			
INTERVEN QUIRÚRGICAS			
ACCIDENTES			
CONSUMO DE TABACO			
CONSUMO DE ALCOHOL			
CONSUMO DE DROGAS			
USO DE MEDICINAS			
ALTERAC VISION			
ALT AUDICION			
ALT POSTURAL			
TRAST NUTRICION			
DEPRESION			
ANSIEDAD			
VIOLENCIA FAM			
ALERGIAS			
TAMIZAJE RPR			
TAMIZAJE VIH			
SOBRIASMA			
VACUNAS COMPLETAS			
OTROS			

ESPECIFICAR:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	S	NO	NN
RELACIONES SEXUALES			
USO DE MAC			
TOMA DE PAP (ut 3 años)			

VACUNAS

DOSIS/FECHA

	1°	2°	3°
Difteria y tetanos (DT)			
Sarampión Rubéola (SR)			
Hepatitis B (HBV)			
Aniselmia (AMA)			

TBC
OBESIDAD
VIH / SIDA
HIPERTENSION ARTERIAL
DIABETES
HIPERLIPIDEMIA
TRAST PSICOLÓGICO
CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
PADRE/MADRE ADOLESC
CANCER
SUICIDIO/INTENTO SUICIDIO
DEPRESION
OTROS
OBSERVACIONES

FAMILIARES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	S	NO	NS
TBC			
OBESIDAD			
VIH / SIDA			
HIPERTENSION ARTERIAL			
DIABETES			
HIPERLIPIDEMIA			
TRAST PSICOLÓGICO			
CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
PADRE/MADRE ADOLESC			
CANCER			
SUICIDIO/INTENTO SUICIDIO			
DEPRESION			
OTROS			

FAMILIA

VIVES CON

Año

Fecha: día / Mes / Año

PADRE
MADRE
HERMANO
ABUELO
INDEPEND
PAREJA

G. DE PERSONA A CARGO

MARQUE CON X

SIN INSTRUCCIÓN
PRIMARIA
SECUNDARIA
SUPERIOR TEC
SUPERIOR UNIV

Legenda: NN= No Necesita
NS= No sabe

PERSONA A CARGO

1°

2°

3°

MARQUE CON X

OCUPACION DE LA PERSONA A CARGO

20....

20....

20....

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

LABORALES

AÑO	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes	S	NO	NN
¿TRABAJAS?			
¿ES REMUNERADO?			
¿A TIEMPO COMPLETO?			

AÑO

¿EN QUE TRABAJAS?

¿EN QUE GASTAS TU DINERO?

SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA

AGUA
CON CONEXIÓN ☐
SIN CONEXIÓN ☐
COMPRA ☐

DESAGUE
CON CONEXIÓN ☐
SIN CONEXIÓN ☐

ELECTRICIDAD
SI ☐
NO ☐

DATOS DE VIVIENDA

PROPIA ☐
ALQUILADO ☐
FAMILIAR ☐

DIAGNOSTICO DE RIESGO

20....	20....	20....

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL

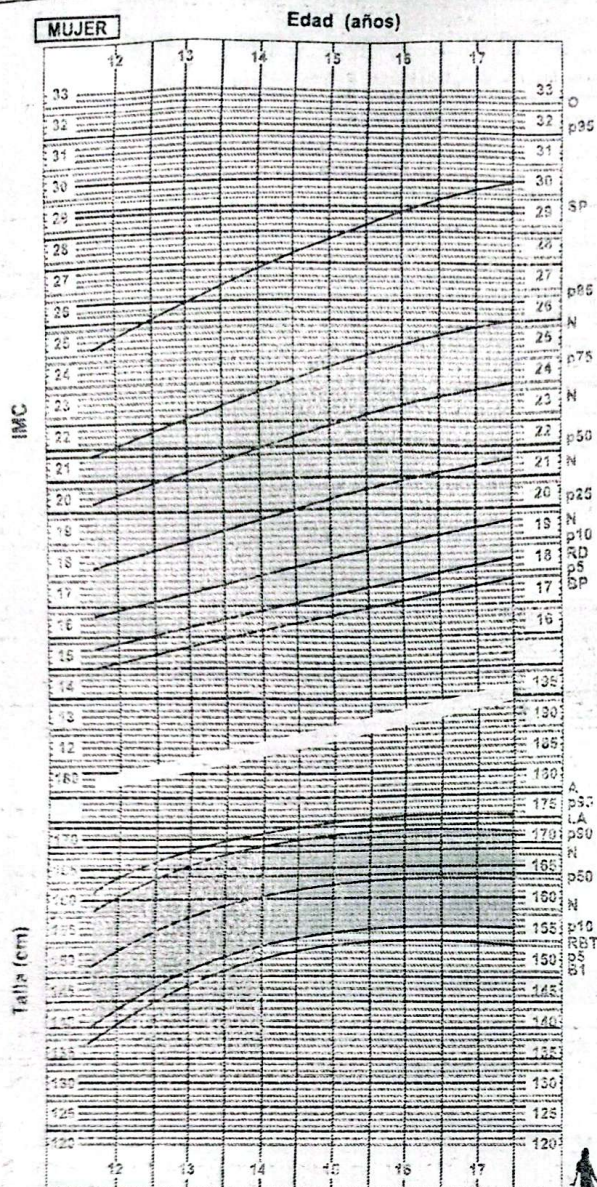
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA

EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL

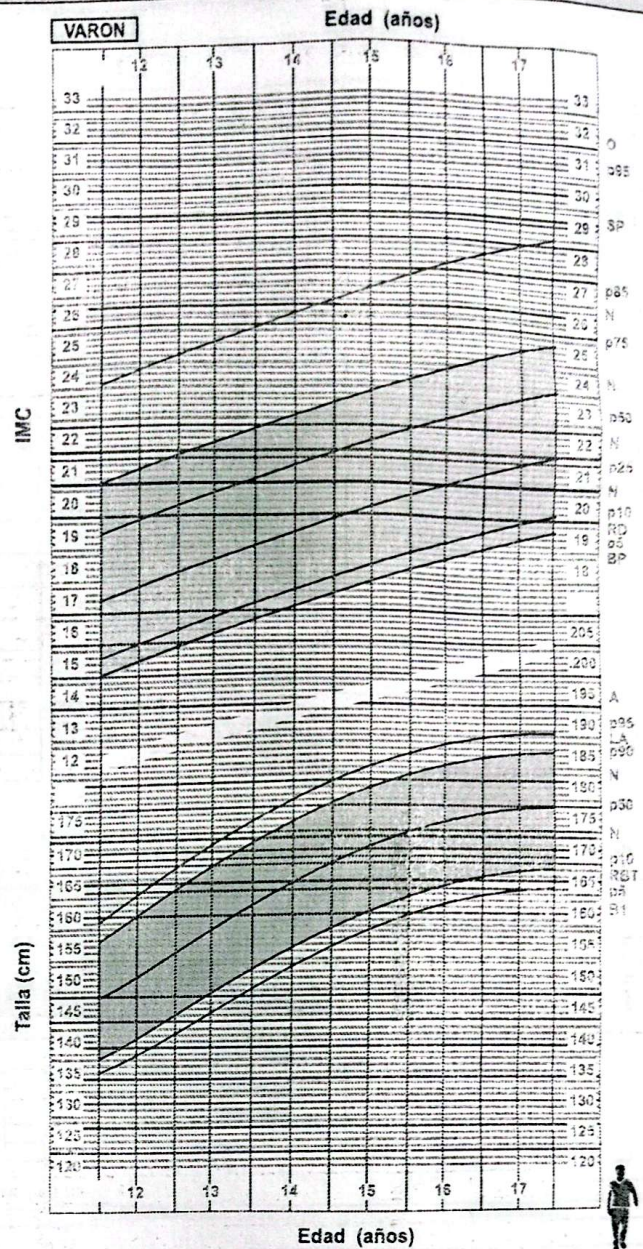
AÑO	20....	20....	20....	AÑO	20....	20....	20....	AÑO	20....	20....	20....
AGUDEZA VISUAL (OD)				AGUDEZA VISUAL (OD)				AGUDEZA VISUAL (OD)			
AGUDEZA VISUAL (OI)				AGUDEZA VISUAL (OI)				AGUDEZA VISUAL (OI)			
FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			

N° HCL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:



IMC PARA LA EDAD		
PUNTO DE CORTE	CLASIF.	COD.
< 5 percentil	Delgadez	E46X
≥ 5 a < 85 percentil	Normal	Z006
≥ 85 a < 95 percentil	Sobrepeso	E660
≥ 95 percentil	Obesidad	E669



TALLA PARA LA EDAD		
PUNTO DE CORTE	CLASIF.	COD.
< 5 percentil	Talla Baja	E3431
≥ 5 a ≤ 95 percentil	Normal	Z006
> 95 percentil	Talla Alta	E344

HABITOS ALIMENTICIOS (MARCAR SI O NO)

Nº comidas al día : DESAYUNO ☐ ALMUERZO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO ☐

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

Escribir : D (diario), I (Interdiario 3-4 v/sem), S (semanal)

M (Mensual), N (Nunca o esporádicamente)

Año	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL					ORIENTACION NUTRICIONAL	
	peso	Talla	IMC	T/E	T.A	SI	NO
20...							
20...							
20...							

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION (T.A)	20....	20....	20....	20....
1. ¿Vomitas despues de las comidas?	SI	No	SI	No
2. ¿Sientes culpa despues de comer?	SI	No	SI	No
3. ¿Comes desesperadamente?	SI	No	SI	No
4. ¿Te sientes gorda, inconforme con tu peso?	SI	No	SI	No
5. ¿Eres de hacer dietas o dejar de comer?	SI	No	SI	No
6. ¿Te provocas vómitos después de comer?	SI	No	SI	No

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

1º AÑO: _____

2º AÑO: _____

3º AÑO: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

4

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 a 17 años)
CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2- VALORACIÓN SALUD PSICOSOCIAL

APRENDIZAJE Y ESCOLARIDAD

INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE:	AÑO 20		AÑO 20		AÑO 20		Criterio de Dx: Dos o más rptas. afirmativas denotan problemas de aprendizaje Dx. de Riesgo: Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar (Cod. F819)	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO
	20		20		20				20	20	20
	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1. EN LOS ESTUDIOS, TIENES DIFICULTADES DE ATENCIÓN?											
2. EN LOS ESTUDIOS, TIENES DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN?											
3. EN LOS ESTUDIOS, TIENES DIFICULTADES DE MEMORIA?											
4. FALTAS A CLASES FRECUENTEMENTE?											
5. ¿HAS REPETIDO EL AÑO ESCOLAR MÁS DE UNA VEZ?											

PANDILLAJE

INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE:	AÑO 20		AÑO 20		AÑO 20		Criterio de Dx: Dos o más rptas. afirmativas denotan problemas de pandillaje y violencia Dx. de Riesgo: Pertenencia a Pandilla Presencia de Agressividad y Violencia (Cod. F9121)	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO
	20		20		20				20	20	20
	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1. ¿TU BARRIO ES FRECUENTADO O TIENE PANDILLAS?											
2. ¿TIENES AMIGOS DE UNA BARRA O PANDILLA?											
3. ¿FORMAS PARTE DE ALGUNA BARRA O PANDILLA?											
4. ¿HAS PARTICIPADO EN PELEAS CALLEJERAS?											
5. ¿HAS SIDO ACUSADO/DENUNCIADO POR ALTERAR EL ORDEN SOCIAL?											

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

HACER LAS PREGUNTAS, SOLICITANDO EL MOMENTANEO RETIRO DEL PADRE / MADRE O ACOMPAÑANTE DURANTE LA CONSULTA	REGISTRAR SOLO UN TIPO DE RESPUESTA UN CASI NUNCA A VECES O SI SIEMPRE												Puntuación de E: Participación de E: Dx. de Riesgo: (Cod. F632)	FAMILIA FUNCIONAL FAMILIA DISFUNCIONAL SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO		
	AÑO 20				AÑO 20				AÑO 20							20	20	20		
	CN	AV	CS	CS	CN	AV	CS	CN	AV	CS	CN	AV				CS				
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				1	2	3		
1. ¿ESTÁS SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBES DE TU FAMILIA CUANDO TIENES UN PROBLEMA?																				
2. ¿CONVERSAS ENTRE UOS LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA?																				
3. ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN CASA?																				
4. ¿ESTÁS SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE TU Y TU FAMILIA PASAN JUNTOS?																				
5. ¿SIENTES QUE TU FAMILIA TE CUIERE?																				

TAMIZAJE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - ALCOHOL Y DROGAS (U 140 - Lab = AD)

INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE:	AÑO 20		AÑO 20		AÑO 20		Criterio de Dx: Rpta. afirmativa de consumo en cualquiera de los temas 1 al 3, denota necesidad de una intervención preventiva a IC en Salud Mental	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO
	20		20		20				20	20	20
	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1. ¿FUMAS CIGARRILLOS?											
2. ¿BEBES ALCOHOL?											
3. ¿UTILIZAS OTRAS SUSTANCIAS? (Marihuana / Cocaína / Otra.)											

Dx. de Riesgo:
ITEM 1 - RIESGO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DEL TABACO (Cod.: Z720)
ITEM 2 - RIESGO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DEL ALCOHOL (Cod.: Z721)
ITEM 3 - RIESGO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS (Cod.: Z722)

TAMIZAJE DE TRASTORNO DEPRESIVO (U 140 - Lab = TD)

INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE:				INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTES (CONTINUACIÓN):				Criterio de Dx: Las preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad de depresión, angustia o ansiedad. Ocho (08) o más respuestas positivas determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir un trastorno mental y por lo tanto se le debe interconsultar o referir a Salud Mental Dx. de Riesgo: Episodio depresivo no especificado (Cod. F329)	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO
20				20						20	20	20
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1. ¿TIENES DOLORS FRECUENTES DE CAREZA?			9. ¿LLORAS CON MUCHA FRECUENCIA?			10. ¿TIENES DIFICULTAD PARA DISFRUTAR DE TUS ACTIVIDADES DIARIAS?						
2. ¿TIENES PROBLEMAS DE APETITO?			11. ¿TIENES DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES?			12. ¿SIENTES INCAPACIDAD DE DESARROLLAR UN PAPEL ÚTIL EN TU VIDA?						
3. ¿TE SIENTES MAL?			13. ¿HAS PERDIDO EL INTERÉS EN LAS COSAS?			14. ¿TE SIENTES ABURRIDO?						
4. ¿TIENES TEMBLOR EN LAS MANOS?			15. ¿HAS TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON TU VIDA?			16. ¿TE SIENTES CANSADO TODO EL TIEMPO?						
5. ¿TE SIENTES NERVIOSO O TENSO?												
6. ¿TIENES MALA DIGESTIÓN?												
7. ¿TIENES DIFICULTAD PARA PENSAR CON CLARIDAD?												
8. ¿TE SIENTES TRISTE?												

VALORACIÓN FINAL	Año 20		Año 20		Año 20		Interconsulta a Psicología	FECHA DE EVAL. Dx. DE RIESGO:	AÑO	AÑO	AÑO
	20		20		20				20	20	20
	RIESGO	Consejería SM (Cod.: U132)	RIESGO	Consejería SM (Cod.: U132)	RIESGO	Consejería SM (Cod.: U132)					
APRENDIZAJE Y ESCOLARIDAD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
PANDILLAJE											
FUNCIONALIDAD FAMILIAR											
CONSUMO DE SPA											
TAMIZAJE TRAST. DEPRESIVO											

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL (Año 20)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° H.C.L.

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Año 20__	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?

Año 20__	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?

Año 20__	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	¿Desde cuándo?	¿Cuándo fue la última vez?

INDICADORES DE VIOLENCIA FAMILIAR (marca una o mas aspas donde corresponda)

FISICOS	20__		20__		20__	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hematomas, contusiones, fracturas inexplicables						
Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.						
Cefaleas, problemas de sueño (mucho o interrumpido)						

PSICOLOGICOS	20__		20__		20__	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tristeza, depresión, angustia						
Retraimiento, aislamiento, baja autoestima						
Llanto frecuente, Quejas crónicas sin causa física						

SEXUALES	20__		20__		20__	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Irritación, dolor, lesión y/o hemorragia en zona genital						
Aborto, infecciones de Transmisión Sexual						

DIAGNOSTICO DE RIESGO	20__				20__				20__			
	SI	NO	CONSEJERIA		SI	NO	CONSEJERIA		SI	NO	CONSEJERIA	
			SI	NO			SI	NO			SI	NO
1 ABUSO FISICO												
2 ABUSO PSICOLOGICO												
3 ABUSO SEXUAL												

Interconsulta a Psicología					
20__		20__		20__	
SI		SI		SI	
NO		NO		NO	

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL

FICHA ESTOMATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE INGRESO

FECHA:

FACIES	
CRANEO	
CARA	
CUELLO	
ATM	
GANGLIOS	
GLAND SALIVALES	
APERTURA BUCAL	
LABIOS	
CARRILLOS	
PALADAR	
OROFARINGE	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	
OCLUSIÓN	
ESPECIFICACIONES	

OBSERVACIONES:

Indice de Caries

CEOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Índice CEOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

CPOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Índice CPOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

ODONTOGRAMA

[illegible]

SELO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

FECHA:

PLACA BLANCA ☐ PLACA DURA ☐

[illegible]

IDENTIFICADOR DE RIESGO

		SI	NO
1.	TIENE INDICE CPD + CEOD MAYOR A 3	☐	☐
2.	TIENE JHOS DE PLACA BLANDA MAYOR A 0.6	☐	☐
3.	PRESENTA APIÑAMIENTO DENTARIO O PORTA APARATOS ORTODONCICO	☐	☐
4.	PRACTICA DEPORTE DE RIESGO	☐	☐
5.	PADECE DE ALGUN DESORDEN NUTRICIONAL	☐	☐
6.	PRESENCIA DE BOCA O ANEXOS DE PIERCING U OTROS DECORATIVOS	☐	☐

NIVEL DE RIESGO

SANO () SANO CON RIESGO ()
ENFERMO () ENFERMO CON SECUELAS ()

LEYENDA:

F1 = Fisioterapia Bucal 1
F2 = Fisioterapia Bucal 2

SELO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

8

FICHA ESTOMATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE INGRESO

FECHA:

FACIES	
CRANEO	
CARA	
CUELLO	
ATM	
GANGLIOS	
GLAND SALIVALES	
APERTURA BUCAL	
LABIOS	
CARRILLOS	
PALADAR	
OROFARINGE	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	
OCCLUSION	

ESPECIFICACIONES:

OBSERVACIONES:

Indice de Caries

CEOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CEOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

CPOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CPOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

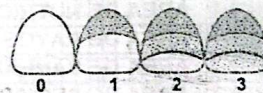
ODONTOGRAMA

Diagram showing dental X-ray (odontograma) with tooth numbers 1-32 and 31-48.

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

FECHA:

PLACA BLANCA ☐PLACA DURA ☐

PIEZA A EXAMINAR	1.6 (v)	1.1 (v)	2.6 (v)	3.6 (L)	3.1 (v)	4.6 (L)	TOTAL (a)	IHOS a/No. Superficies examinadas	F1 Marcar con X
CALIFICACION									

IDENTIFICADOR DE RIESGO

1. TIENE INDICE CPOD + CEOD MAYOR A 3
2. TIENE IHOS DE PLACA BLANDA MAYOR A 0.6
3. PRESENTA APIÑAMIENTO DENTARIO O PORTA APARATOS ORTODONCICO
4. PRACTICA DEPORTE DE RIESGO
5. PADECE DE ALGUN DESORDEN NUTRICIONAL
6. PRESENCIA DE BOCA O ANEXOS DE PIERCING U OTROS DECORATIVOS

SI	NO
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

NIVEL DE RIESGO

SANO () SANO CON RIESGO ()
ENFERMO () ENFERMO CON SECUELAS ()

LEYENDA:

F1 = Fisioterapia Bucal 1
F2 = Fisioterapia Bucal 2

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA	HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				
TIEMPO DE ENFERMEDAD				
FORMA DE INICIO		SED		SUEÑO
ESTADO DE ANIMO		DEPOSICIONES		APETITO
ORINA		FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS
SECRECION O LESION EN GENITALES		TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)		FECHA DE ULTIMA REGLA
EXAMEN FISICO	T*	PA	FC	FR
	PESO	TALLA	IMC	
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		
REFERENCIA (lugar y motivo)		EXAMENES AUXILIARES		
PROXIMA CITA				
ATENDIDO POR				
OBSERVACION			FIRMA Y SELLO	

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA	HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				
TIEMPO DE ENFERMEDAD				
FORMA DE INICIO		SED		SUEÑO
ESTADO DE ANIMO		DEPOSICIONES		APETITO
ORINA		FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS
SECRECION O LESION EN GENITALES		TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)		FECHA DE ULTIMA REGLA
EXAMEN FISICO	T*	PA	FC	FR
	PESO	TALLA	IMC	
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		
REFERENCIA (lugar y motivo)		EXAMENES AUXILIARES		
PROGRAMA CITA				
ATENDIDO POR				
OBSERVACION			FIRMA Y SELLO	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE INICIO							
ESTADO DE ANIMO		SED	SUEÑO	APETITO			
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS			TOS MAS DE 15 DIAS				
SECRECION O LESION EN GENITALES			FECHA DE ULTIMA REGLA				
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO				
			EXAMENES AUXILIARES				
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE							
ESTADO DE ANIMO		SED	SUEÑO	APETITO			
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS			TOS MAS DE 15 DIAS				
SECRECION O LESION EN GENITALES			FECHA DE ULTIMA REGLA				
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien ,golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	1°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO				
			EXAMENES AUXILIARES				
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROGRAMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



PERU

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

10

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE INICIO							
ESTADO DE ANIMO		SED	SUEÑO	APETITO			
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS			TOS MAS DE 15 DIAS				
SECRECION O LESION EN GENITALES			FECHA DE ULTIMA REGLA				
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO				
			EXAMENES AUXILIARES				
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE							
ESTADO DE ANIMO		SED	SUEÑO	APETITO			
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS			TOS MAS DE 15 DIAS				
SECRECION O LESION EN GENITALES			FECHA DE ULTIMA REGLA				
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien ,golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	1°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO				
			EXAMENES AUXILIARES				
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROGRAMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



PERU

Ministerio de Salud

HOSPITAL DE
HUAYCAN

10

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA	HORA	EDAD
MOTIVO DE CONSULTA		
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
FORMA DE INICIO		
ESTADO DE ANIMO	SED	SUEÑO
ORINA	DEPOSICIONES	APETITO
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS
SECRECION O LESION EN GENITALES		FECHA DE ULTIMA REGLA
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)		
EXAMEN FISICO	T°	PA
	FC	FR
DIAGNOSTICO	PESO	TALLA
	IMC	
TRATAMIENTO		
EXAMENES AUXILIARES		
REFERENCIA (lugar y motivo)		
PROXIMA CITA		
ATENDIDO POR		
OBSERVACION	FIRMA Y SELLO	

CONSULTA EXTERNA - ATENCION INTEGRAL

FECHA	HORA	EDAD
MOTIVO DE CONSULTA		
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
FORMA DE		
ESTADO DE ANIMO	SED	SUEÑO
ORINA	DEPOSICIONES	APETITO
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS
SECRECION O LESION EN GENITALES		FECHA DE ULTIMA REGLA
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien ,golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)		
EXAMEN FISICO	1°	PA
	FC	FR
DIAGNOSTICO	PESO	TALLA
	IMC	
TRATAMIENTO		
EXAMENES AUXILIARES		
REFERENCIA (lugar y motivo)		
PROGRAMA CITA		
ATENDIDO POR		
OBSERVACION	FIRMA Y SELLO	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



PERU

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE
HUAYCAN

10

HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA	HORA		EDAD				
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE INICIO							
ESTADO DE ANIMO	SED	SUEÑO	APETITO				
ORINA	DEPOSICIONES						
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS					
SECRECION O LESION EN GENITALES		FECHA DE ULTIMA REGLA					
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO					
		EXAMENES AUXILIARES					
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA	HORA		EDAD				
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE							
ESTADO DE ANIMO	SED	SUEÑO	APETITO				
ORINA	DEPOSICIONES						
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		TOS MAS DE 15 DIAS					
SECRECION O LESION EN GENITALES		FECHA DE ULTIMA REGLA					
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO					
		EXAMENES AUXILIARES					
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROGRAMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL

PEDIDO DE COMPRA N°

000566

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Entregar a Sr(a) : ALVAREZ HUANCA IRMA

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E0080 0002-5000058-5000502-ATENCION INTEGRAL PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLES

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
1-00	0004	20	044	0096	0002	3000005	5000058

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300150082	LAMINA PARA ROTAFOLIO SALUD REPRODUCTIVA	2.3.1 9.1 1	3.00	UNIDAD



Irma Alvarez Huanca
OBSTETRA
C.O.P. 35596

Firma del Solicitante



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Miroslav Parbatel Beltrán
COORDINADOR DE PROYECTOS PRESUPUESTALES
C.E.P. 0004273

Firma Autorizada

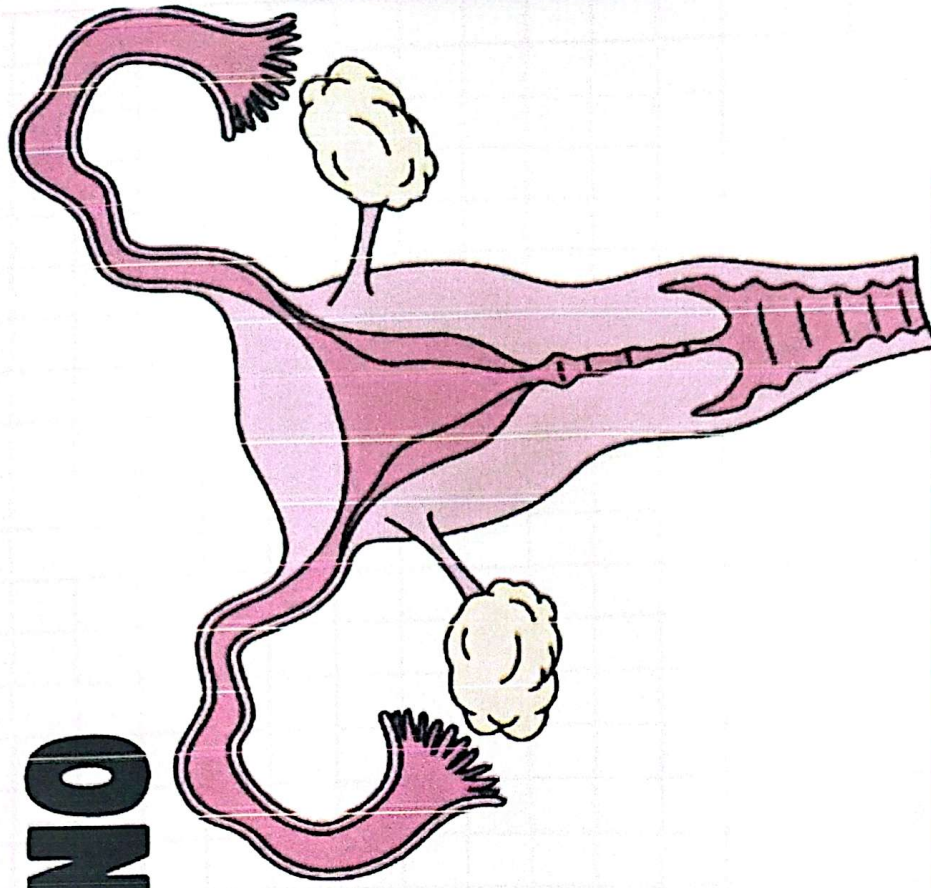
EL SISTEMA REPRODUCTOR

FEMENINO

INTEGRANTES:



Obstetra

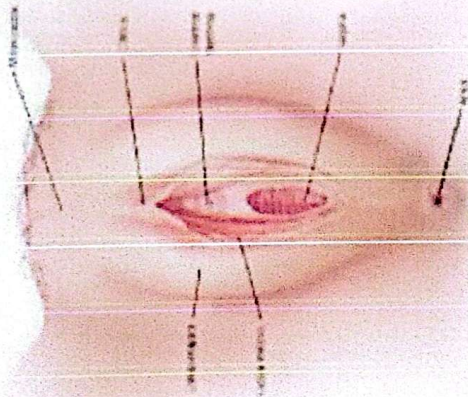


CONSULTORIO DE OBSTETRICIA

CLASIFICACIÓN

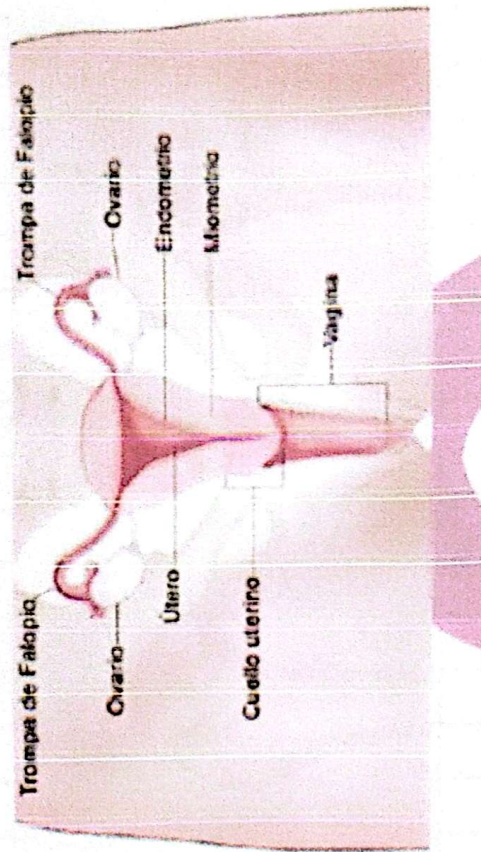
ÓRGANOS EXTERNOS

- Monte de venus
- Clítoris
- Labios menores
- Labios mayores
- Uretra
- Ano



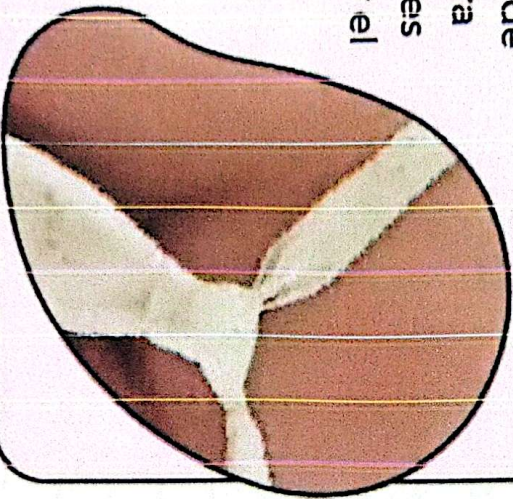
ÓRGANOS INTERNOS

- Utero
- Ovarios
- Trompas de falopio
- Cervix
- Vagina



MONTE DE VENUS

Es un sector de tejido graso blando ubicado sobre la pelvis, que se cubre de vello a partir de la pubertad. Sirve para proteger a los genitales internos y amortiguar el contacto entre el hombre y la mujer, durante el coito.



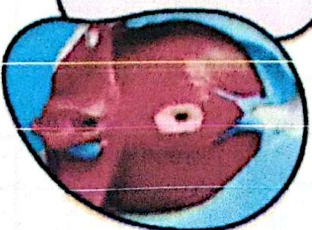
CLITORIS

Es el único órgano cuya única función es proporcionar placer. Se trata de una estructura encapuchada, formada por tejido eréctil, que actúa como una gran esponja que se llena de sangre con la excitación.



URETRA

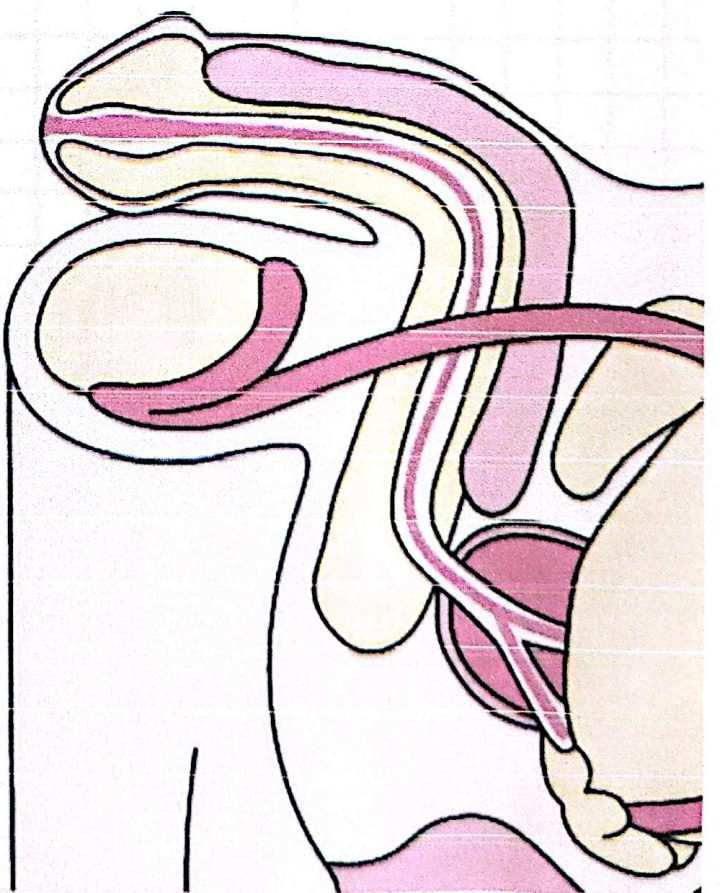
El orificio externo se localiza anterior al orificio vaginal, en el vestíbulo de la vagina. Esta rodeada de glándulas parauretrales.



ORGANOS EXTERNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

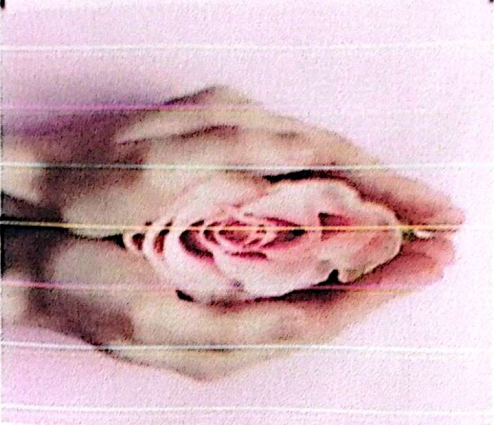


EL SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO.



LABIOS MAYORES

Son dos pliegues cutáneos longitudinales ligeramente pigmentados. Protegen a los labios menores, a la vagina y al orificio uretral.



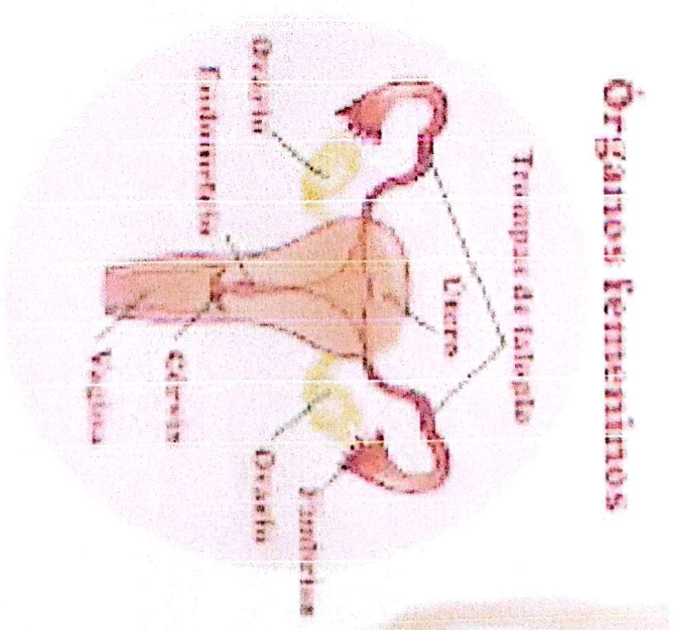
LABIOS MENORES

Pueden ser muy reducidos o llegar a medir hasta 5 cm de anchura. Se encuentran dentro de los labios mayores y rodean las aberturas de la vagina y la uretra.



FUNCIONES DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

- El sistema reproductor femenino tiene muchas funciones. Produce óvulos en los ovarios que son transportados a través de los oviductos. Un espermatozoide masculino puede fertilizar el óvulo para producir un embrión, que puede implantarse en la pared del útero y eventualmente convertirse en un bebé. El sistema reproductor femenino regula este proceso mediante varias hormonas diferentes, que se producen en los ovarios y la glándula pituitaria.

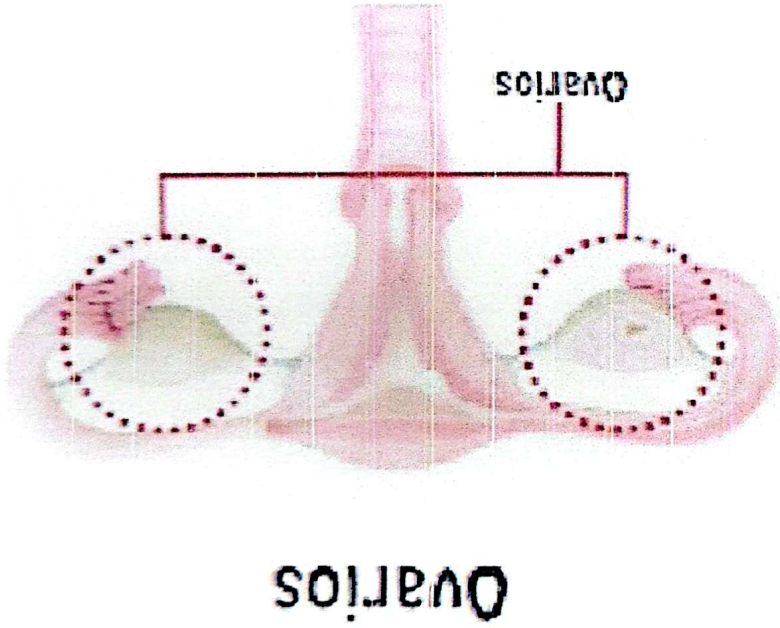


ÓRGANOS INTERNOS



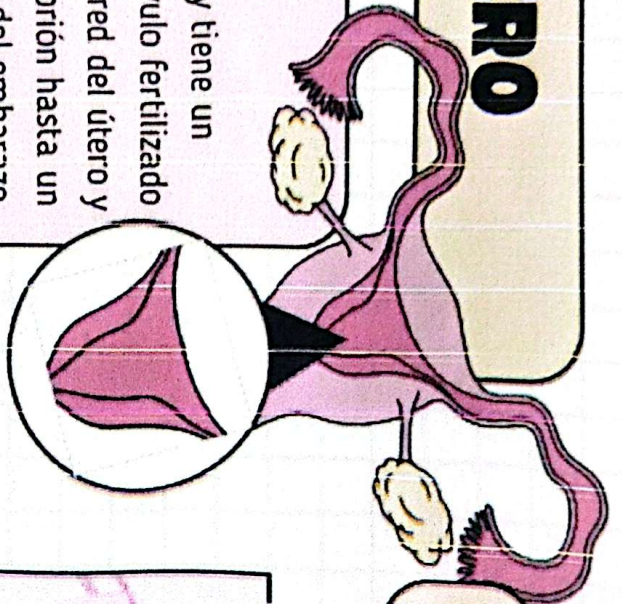
OVARIO

- El sistema reproductor femenino tiene dos ovarios. Contienen óvulos no desarrollados (óvulos) que están presentes desde el nacimiento. También producen hormonas que regulan el ciclo menstrual. Uno de los ovarios libera un óvulo maduro como parte del ciclo menstrual.

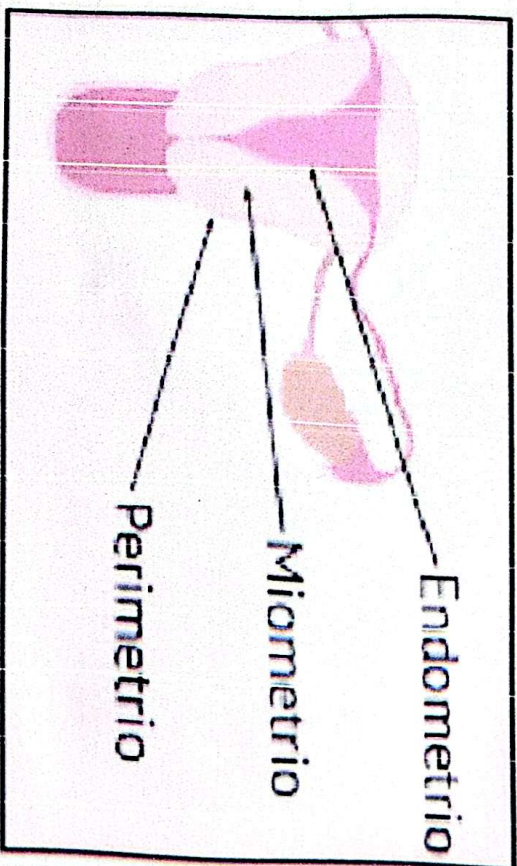


ÚTERO

El útero es muscular y tiene un revestimiento suave. Un óvulo fertilizado puede implantarse en la pared del útero y desarrollarse desde un embrión hasta un bebé durante el transcurso del embarazo. El revestimiento de la pared del útero se desprende durante la menstruación si el óvulo no es fertilizado por un espermatozoide.

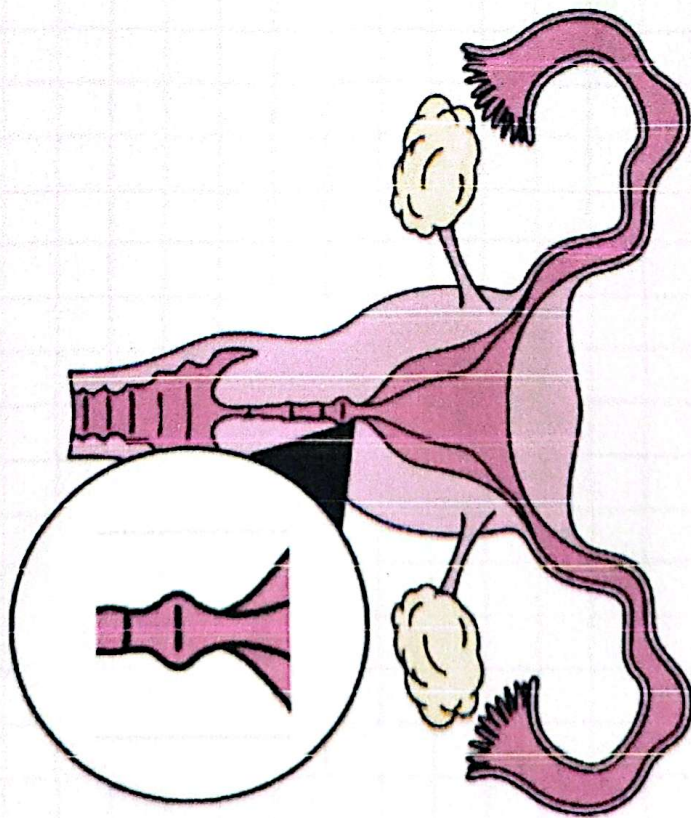


CAPAS DEL ÚTERO



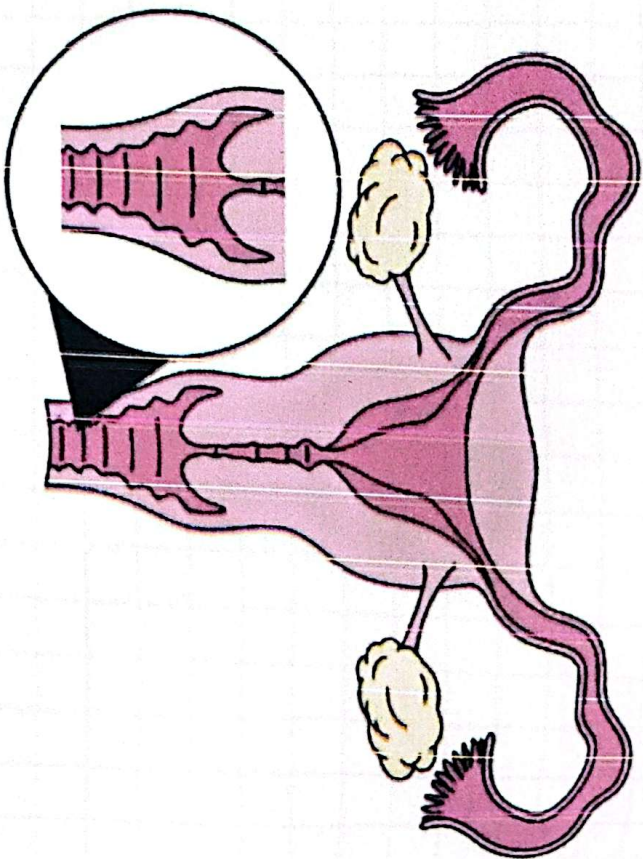
CUELLO UTERINO

El cuello uterino es un anillo de músculo que mantiene al bebé en el útero durante el embarazo. El cuello uterino se dilata y se abre durante el parto.

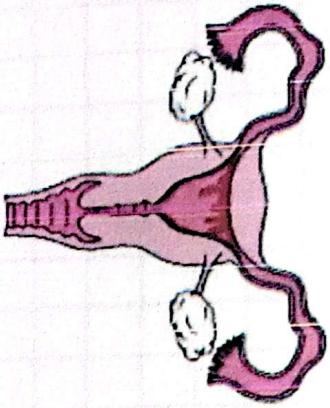


VAGINA

La vagina es un tubo muscular que conecta el cuello uterino con el exterior del cuerpo. Es por donde entra el pene durante las relaciones sexuales y por donde el bebé sale del cuerpo durante el parto. La vagina también es el lugar por donde la sangre menstrual (período) sale del cuerpo.

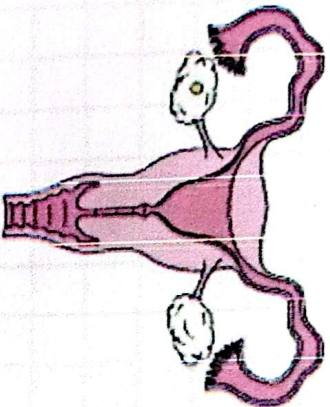


EL CICLO MENSTRUAL Y LAS HORMONAS.



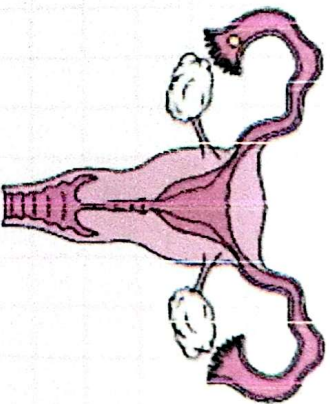
DÍA 1-5

La menstruación ocurre si el óvulo no es fertilizado por un espermatozoide. Se pierde sangre.



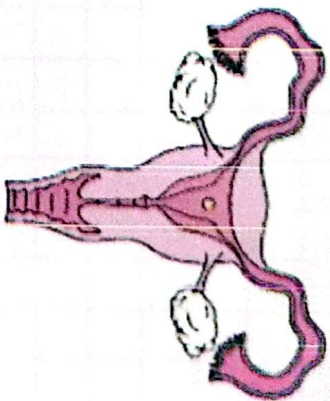
DÍA 5-14

La FSH (hormona folículo estimulante) hace que el óvulo madure en el ovario.



DÍA 14

La LH (hormona luteinizante) estimula la liberación de un óvulo.



DÍA 14-28

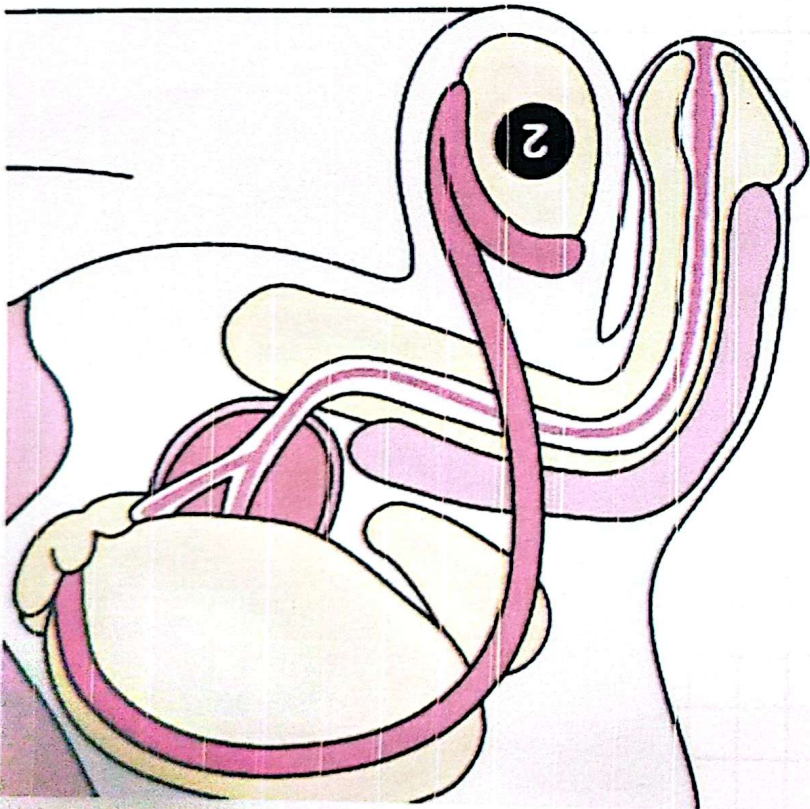
La progesterona mantiene el revestimiento del útero, listo para recibir un óvulo fertilizado.

PAPÉL DEL SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO

- La función clave del sistema reproductor masculino es producir espermatozoides en los testículos y liberarlos dentro de la mujer. Si un espermatozoide alcanza con éxito un óvulo y se produce la fertilización, se formará un embrión. El embrión se convertirá en un bebé durante el transcurso del embarazo. El sistema reproductivo masculino está controlado por hormonas.

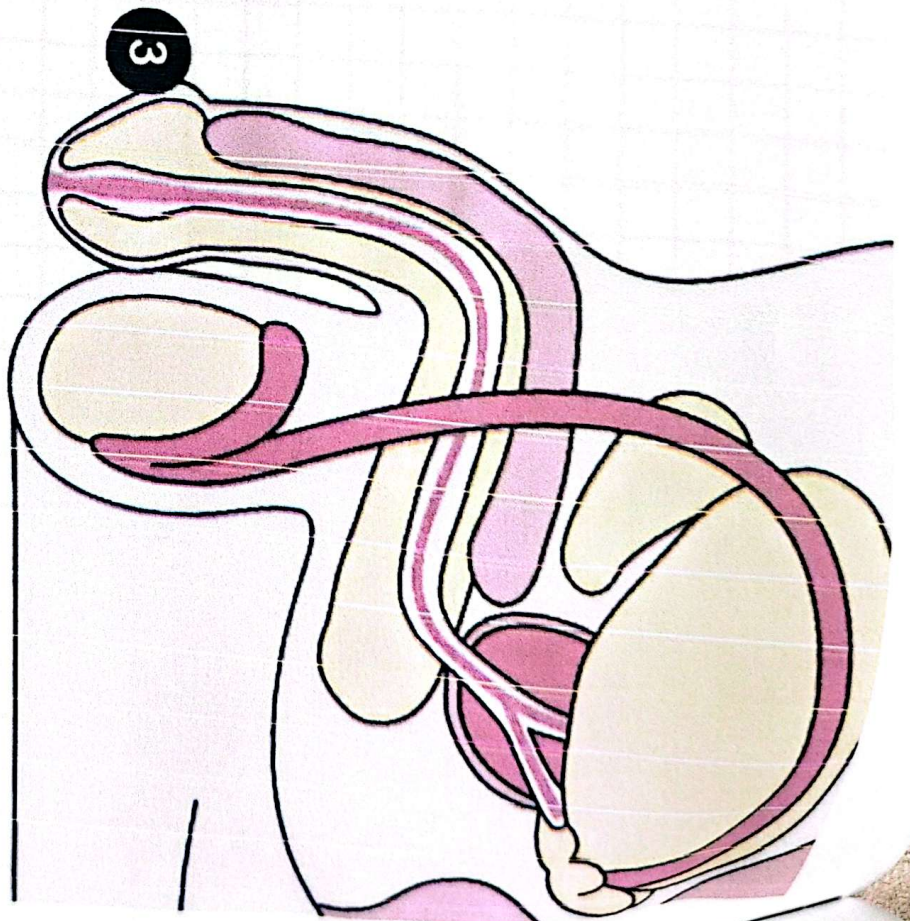
2 - TESTÍCULOS

- El sistema reproductor masculino tiene dos testículos. Las funciones clave de los testículos incluyen la producción de millones de espermatozoides y hormonas. Las hormonas producidas en los testículos influyen en la forma en que se desarrolla el cuerpo masculino en la pubertad.



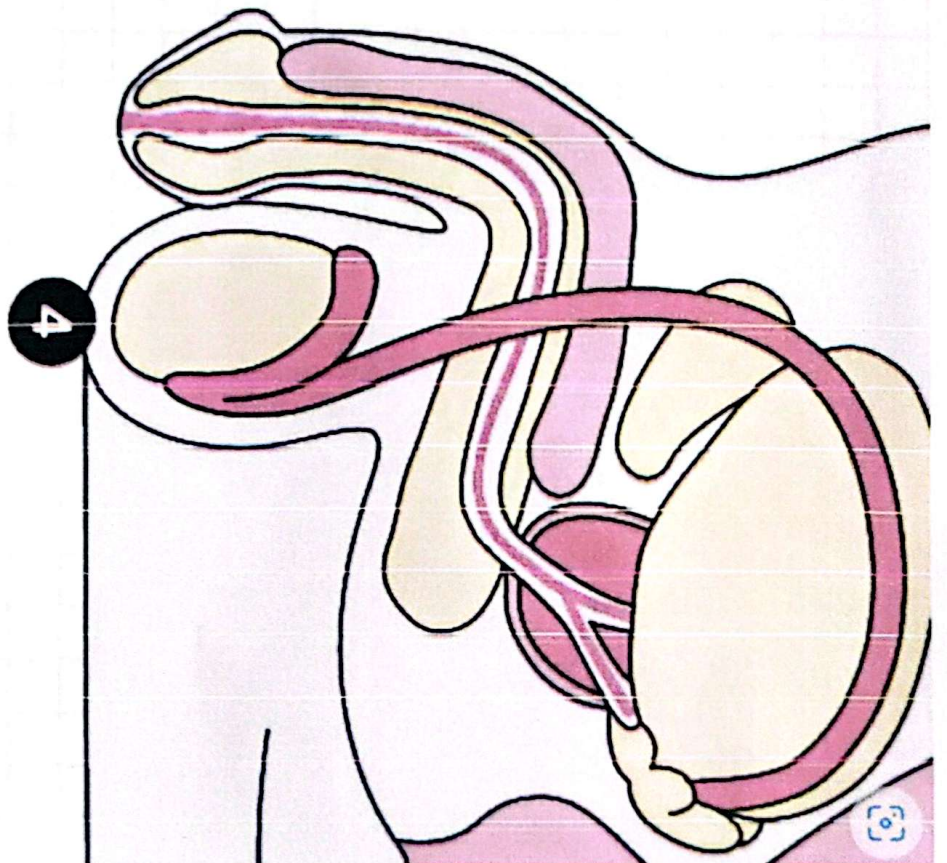
3 - PREPUCIO

El prepucio es un pliegue retráctil de piel que cubre la punta del pene.



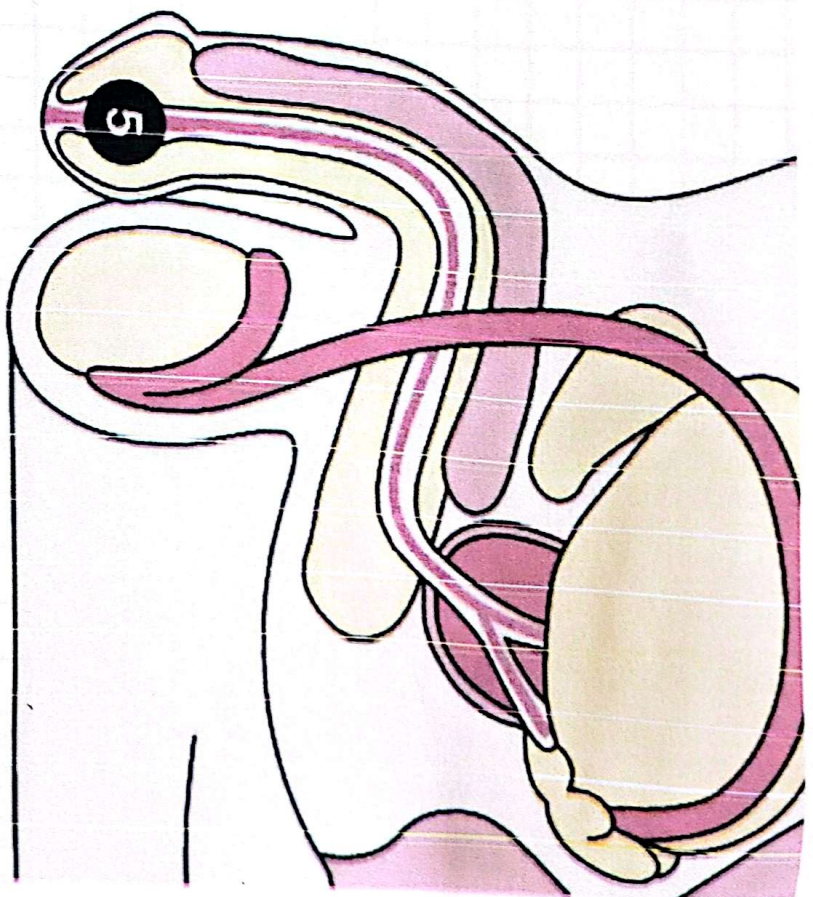
4 - ESCROTO

El escroto es una bolsa de piel que contiene los dos testículos.



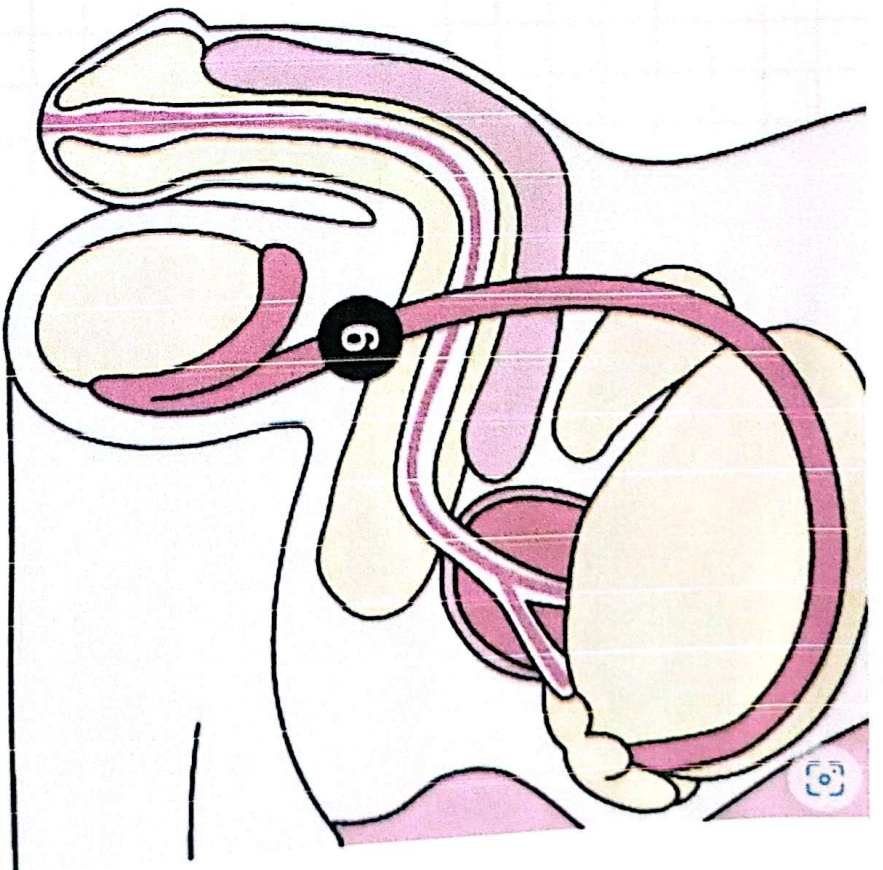
5 - URETRA

La uretra es un tubo hueco que transporta la orina desde la vejiga al exterior del cuerpo. También transporta espermatozoides.



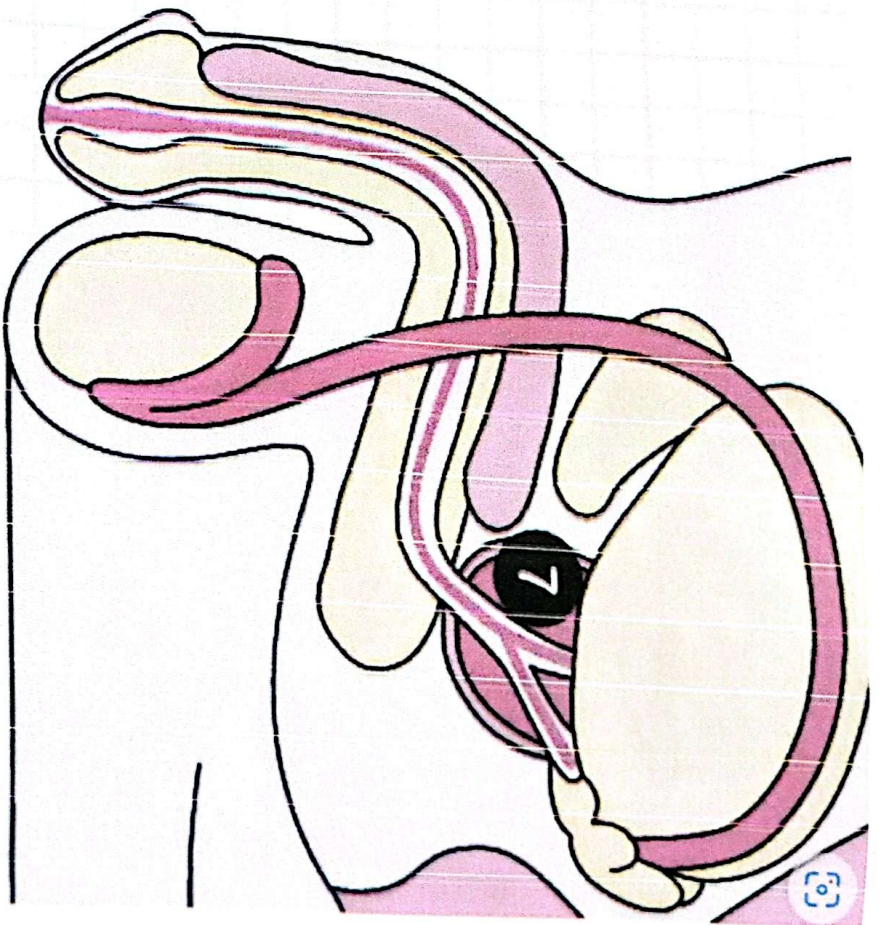
6 - CONDUCTO DE ESPERMA

La función principal de los conductos de esperma es transportar los espermatozoides fuera de los testículos, donde se producen los espermatozoides.



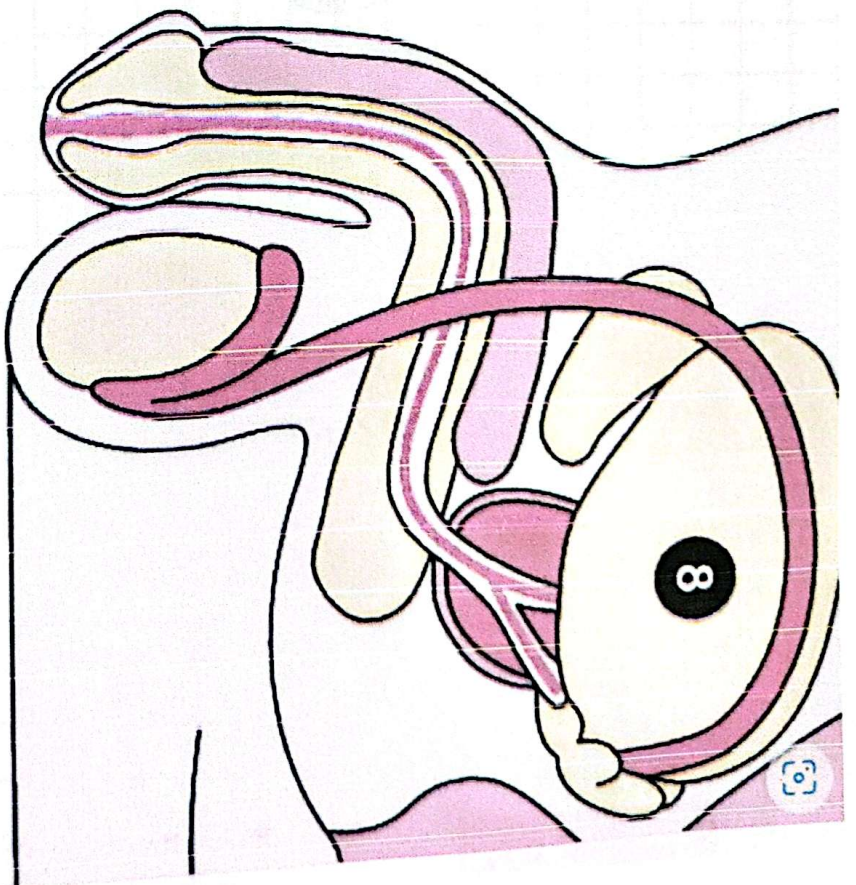
7 - GLÁNDULAS

Hay varias glándulas diferentes en el sistema reproductor masculino. Producen líquidos que se mezclan con los espermatozoides y que les suministran nutrientes y ayudan a regular el flujo de orina (por ejemplo, la glándula prostática).



8 - VEJIGA

La vejiga almacena temporalmente la orina en el cuerpo. Ayuda a expulsar la orina del cuerpo enviando señales nerviosas al sistema nervioso que le indica al cerebro que necesita ir al baño.



PEDIDO DE COMPRA N°

000565

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Entregar a Sr(a) : ALVAREZ HUANCA IRMA

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E0080 0002-5000058-5000502-ATENCION INTEGRAL PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLES

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0004	20	044	0096	0002	3000005	5000058

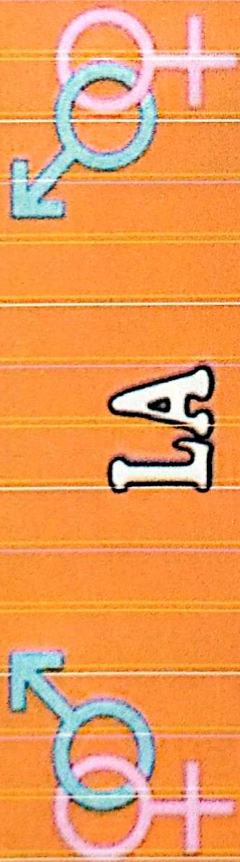
Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300090149	CARTILLA INFORMATIVA	2.3.1 9.1 1	500.00	UNIDAD


Irma Alvarez Huanca
OBSTETRA
C.O.P. 35596

Firma del Solicitante

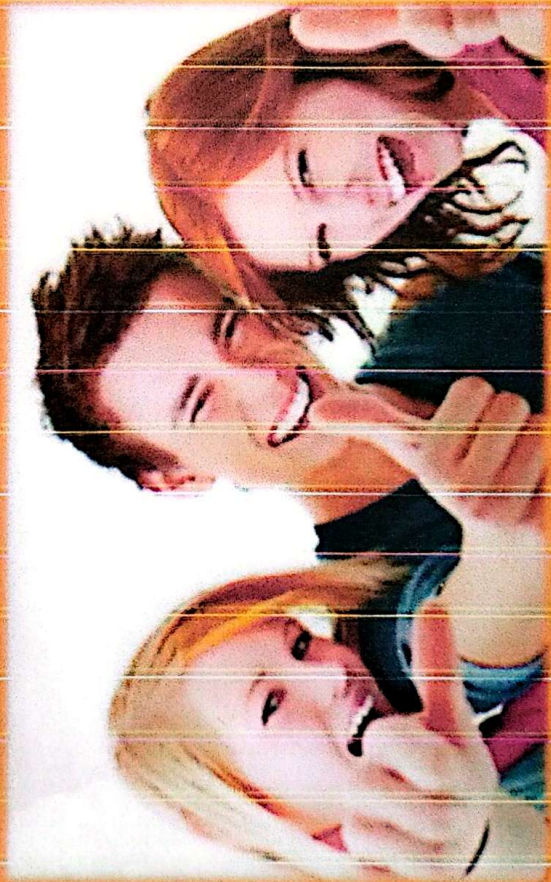

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Miriam Beltran
COORDINADOR DE PRESUPUESTALES
C.E.P. 000273

Firma Autorizada



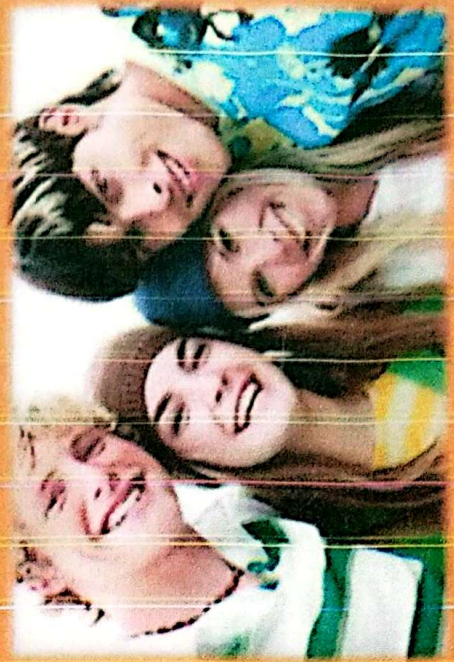
LA

ADOLESCENCIA



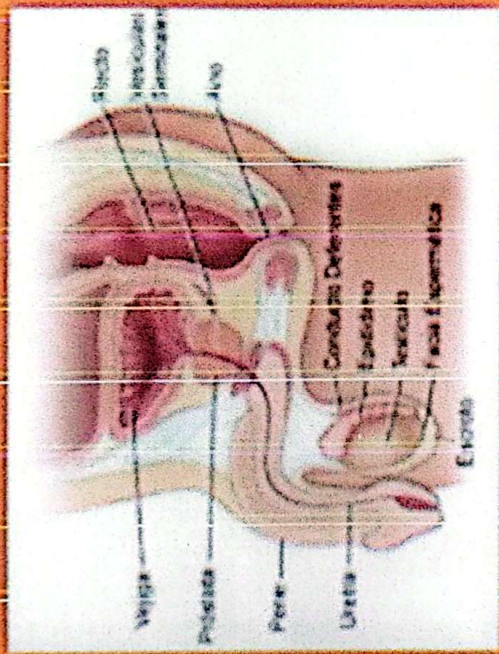
DEFINICIÓN:

Es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social; comienza con la pubertad. Su rango de duración es desde los 10 a 19 años.

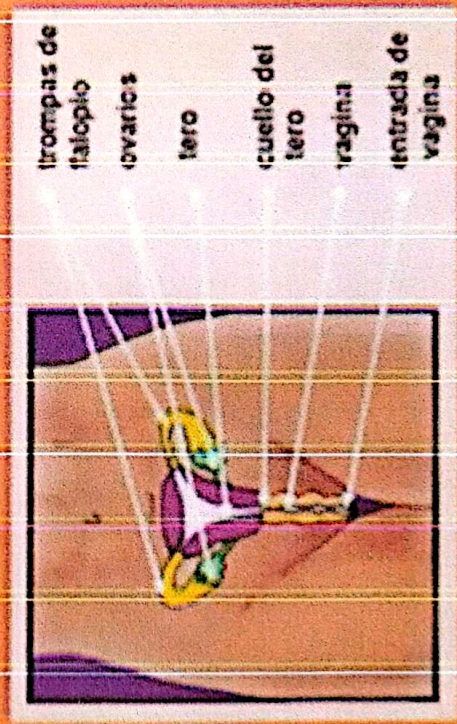


ORGANOS SEXUALES

ELLOS

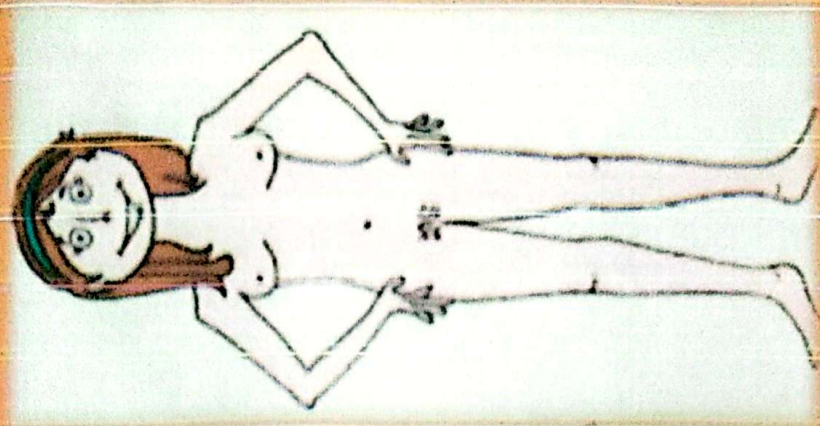
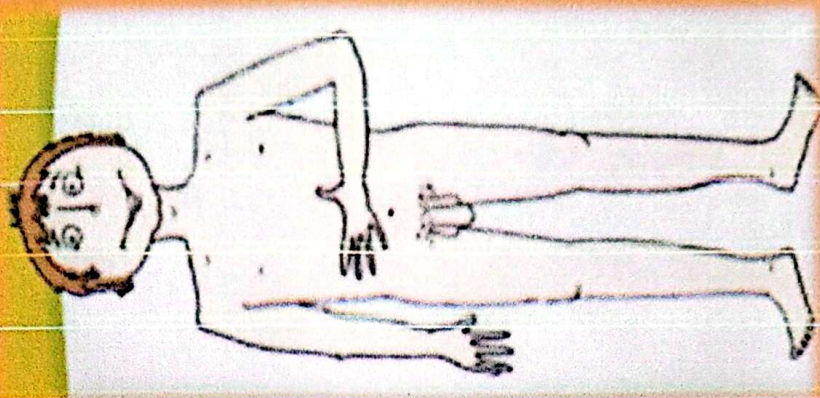


ELLAS



CAMBIOS FISICOS

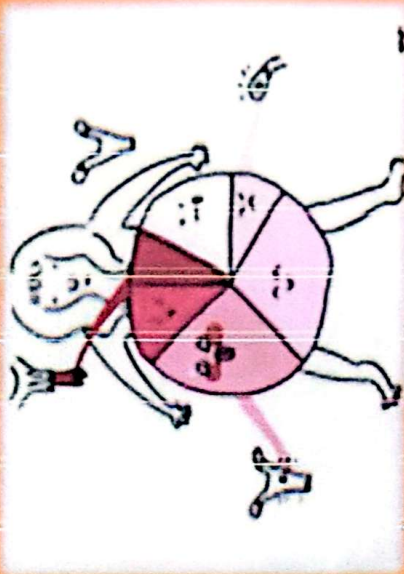
Chicos Chicas



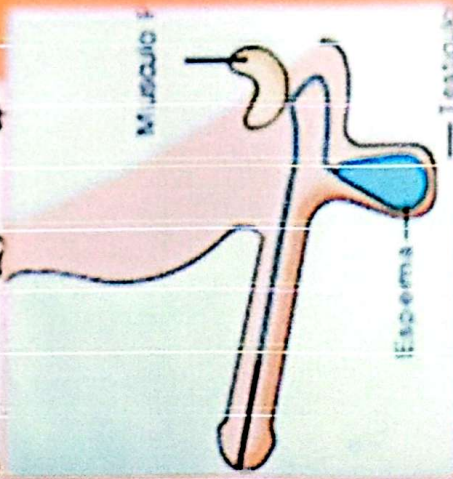
CAMBIOS BIOLÓGICOS

Menarquia

ELLAS



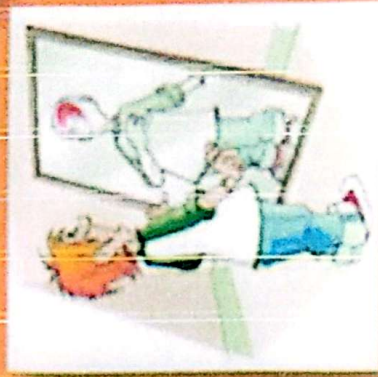
ELLOS



Espermarquia

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

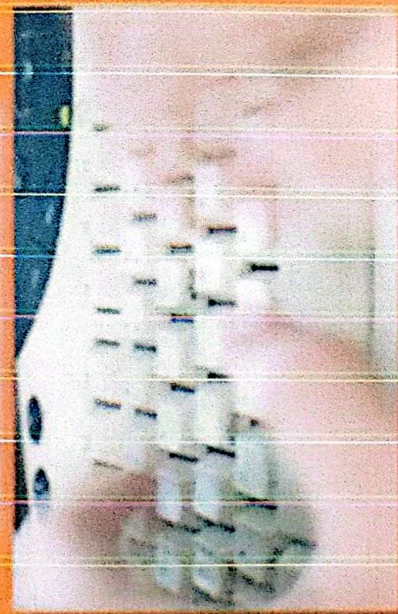
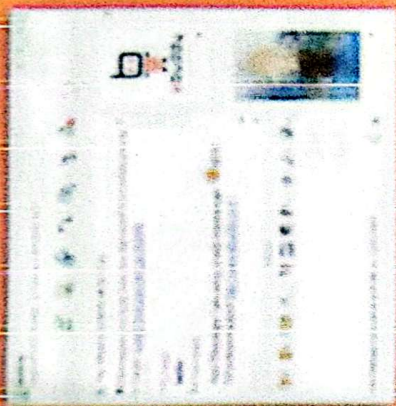
Preocupación por su apariencia



Preocupación por su personalidad



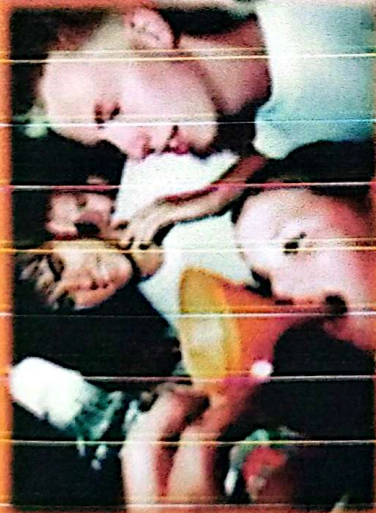
REDES SOCIALES



**TODAVIA SOMOS
ADOLESCENTES,
DISFRUTEMOS
DE LA VIDA
SANAMENTE**



USO Y ABUSO DE ALCOHOL

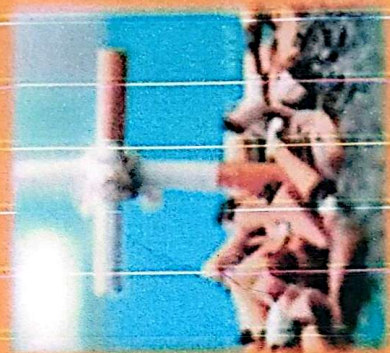


Consecuencias

Muerte



**Accidentes
automovilísticos**



USO Y ABUSO DE LAS DROGAS



Consecuencias



**Cáncer
de
pulmón**

SALUD FISICA

Estrés



Bulimia



Depresión



Anorexia



Rebeldía



Obesidad

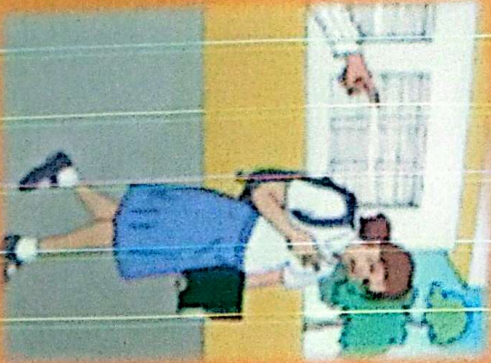


EMBARAZO EN ADOLESCENTES



Consecuencias

Discriminación



Eclampsia

ABORTO



¡DEJALO NACER!

PEDIDO DE COMPRA N°

000564

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Entregar a Sr(a) : ALVAREZ HUANCA IRMA

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E0080 0002-5000058-5000502-ATENCION INTEGRAL PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLES

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/At/Obr
1-00	0004	20	044	0096	0002	3000005	5000058

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300060275	TRIPTICO DE ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTE	2.3.1 9 1 1	500.00	UNIDAD


Irma Alvarez Huanca
OBSTETRA
C.O.P. 35596

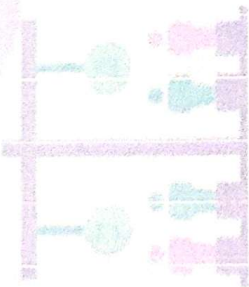
Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enif Merino U. Carbajal Beltrán
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.O. 001273

Firma Autorizada

9-DERECHO A VIVIR LIBRES DE DISCRIMINACIÓN

Expresar nuestras identidades sexuales y culturales, y diferentes formas de vivir y ejercer la sexualidad, sin que se nos discrimine



10-DERECHO A LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA, VERAZ, COMPLETA, CIENTÍFICA Y LAICA SOBRE SEXUALIDAD

Temas relativos a la sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción, el placer y la diversidad.



11-DERECHO A LA EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD

Toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.



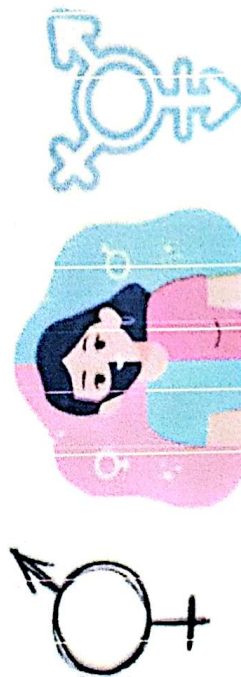
12-DERECHO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural.



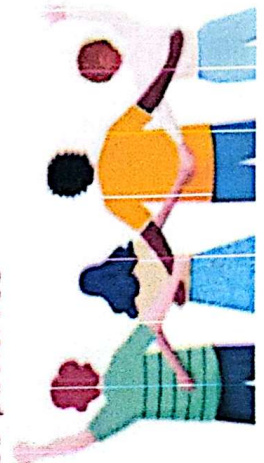
13-DERECHO A LA IDENTIDAD SEXUAL

Construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política



14-DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Expresarnos, manifestarnos y asociarnos con otras personas adolescentes y/o jóvenes para dialogar, crear y proponer acciones positivas



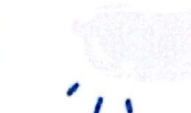
Materia: Consejería



CONSULTORIO DE OBSTETRICIA



DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES Y JOVENES

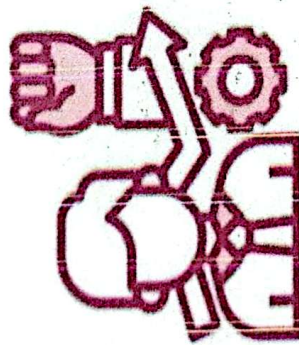


DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

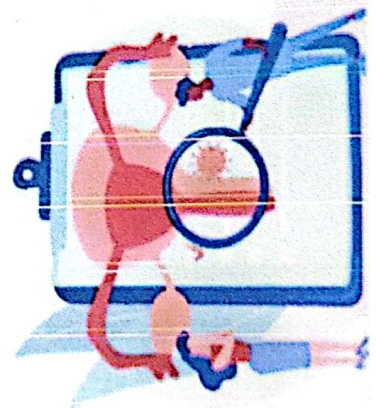
El Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar nuestros Derechos Sexuales de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

1-DERECHO A DECIDIR DE FORMA LIBRE, AUTÓNOMA E INFORMADA SOBRE NUESTRO CUERPO Y NUESTRA SEXUALIDAD

Sexualidad libre, autonomía e informada, sin injerencias arbitrarias por parte de terceros

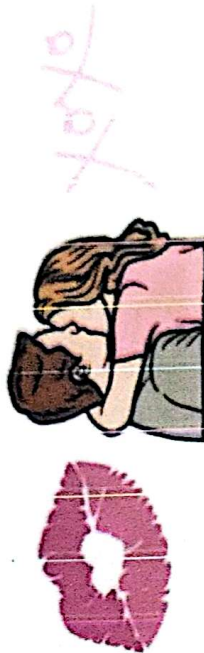


2-DERECHO A EJERCER Y DISFRUTAR PLENAMENTE NUESTRA SEXUALIDAD
Vivir cualquier experiencia, expresión sexual, erótica o de género que elijamos



3-DERECHO A MANIFESTAR PÚBLICAMENTE NUESTROS AFECTOS

Libertad individual de expresión, manifestación, reunión, identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia



4-DERECHO A DECIDIR LIBREMENTE CON QUIÉN O QUIÉNES RELACIONARNOS AFECTIVA, ERÓTICA Y SOCIALMENTE

A decidir y ejercer nuestras prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarnos, elegir con quien compartir nuestra vida, sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma



5-DERECHO A QUE SE RESPETE NUESTRA PRIVACIDAD E INTIMIDAD Y A QUE SE RESGUARDE CONFIDENCIALMENTE NUESTRA INFORMACIÓN PERSONAL

Todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el sexual, sin importar la edad, con énfasis en adolescentes.



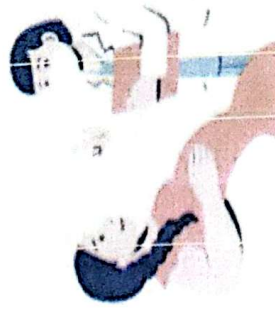
6-DERECHO A LA VIDA, A LA INTEGRIDAD FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL, A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA

No se nos someta a ningún tipo de tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes.



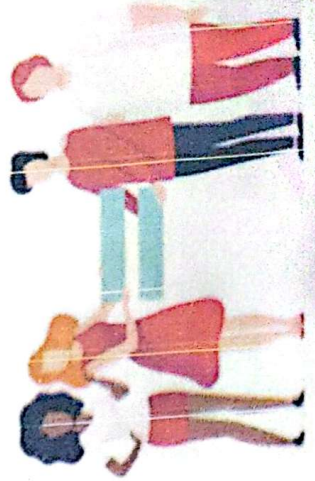
7-DERECHO A DECIDIR DE MANERA LIBRE E INFORMADA SOBRE NUESTRA VIDA REPRODUCTIVA

Si deseamos o no tener hijas(os), cuantos(os), cada cuando y con quien



8-DERECHO A LA IGUALDAD

Vivir libres de prejuicios y estereotipos de género que limiten nuestras capacidades, prácticas y ejercicio de los derechos.





ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA CONTRATAR BINES DE IMPRESIÓN DE FORMATEARÍA

CLASIFICADORES DE GASTO: 2.3. 199. 13. – 2.3. 19. 11.

1. OBJETO DEL BIEN:

Contratación de Servicio de Impresiones de Formatearía del Programa Presupuestales de **LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

2. FINALIDAD PÚBLICA:

La presente contratación tiene como finalidad contar con los materiales que permitan sensibilizar a la población de Espinar en temáticas en salud de prevención y promoción de la salud.

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

Objetivo general

Contar con el servicio de formatos y documentos del Programa Presupuestales de **LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

Objetivo específico

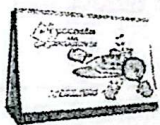
Ejecutar el presupuesto de servicio de formatearía de los Programas Presupuestales y poder satisfacer la demanda de atenciones en la institución.

4. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO

El CONTRATISTA el Servicio de formatearía de la **UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR**.

5. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO:

SALUD MATERNO NEONATAL

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
PROGRAMA: 002 META: 0016	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 cm X 70 cm TEMA: IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE NEONATAL TAMAÑO: 50 CM X 70 CM MATERIAL: TAPA/PORTADA DE CARTON PLASTIFICADO 06 HOJAS INTERNAS PLASTIFICADAS IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO IMPRESIONES CLARAS CON BASE Y SOPORTE COLOR: FULL COLOR ANILLADO PAGINAS: *CORRECCION SI LO FUERA NECESARIO *SE ADJUNTA MODELO – VIRTUAL – TANGIBLE	01	Anexo 1 
PROGRAMA: 002 META: 0004	LAMINA PARA ROTAFOLIO SALUD REPRODUCTIVA TEMA: EL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO TAMAÑO: 30 CM Y ANCHO 42.5 CM IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR FULL COLOR CON BASE Y SOPORTE 12 HOJAS INTERNAS PLASTIFICADAS MATERIAL DE CUBIERTA DE CARTON *SE ADJUNTA MODELO – VIRTUAL	03	Anexo 2

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.F. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

L. L. Carbajal Beltrán
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.R. 094273



PERÚ

Ministerio
de SaludUNIDAD DE GESTIÓN
HOSPITAL DE ESPINAR

PROGRAMA: 002 META: 008	TRIPTICO INFORMATIVO TEMA: MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA CANTIDAD: 500 UNID TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	ANEXO
	TEMA: EMBARAZO Y NUTRICION CANTIDAD: 500 UNID TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO		
PROGRAMA: 002 META: 008	DIPTICO INFORMATIVO TEMA: MATERNIDAD SALUDABLE TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115GR *SE ADJUNTA MODELO	100	ANEXO
PROGRAMA: 002 META: 0016	TRIPTICO EDUCATIVO TEMA: TAMIZAJE NEONATAL CANTIDAD: 2000 UNID TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	Anexo 3
PROGRAMA: 002 META: 0016	TRIPTICO INFORMATIVO TEMA: TAMIZAJE METABOLICO CANTIDAD: 2000 UNID TAMAÑO: A5 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	Anexo 4
PROGRAMA: 002 META: 0004	TRIPTICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	500	Anexo 5
002 META 16	AFICHE TAMAÑO: 60 CM DE LARGO X 30 CM DE ANCHO IMPRESIÓN ANVERSO COLOR: FULL COLOR *SE ADJUNTA MODELO	3 MILLAR	ANEXO

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
002 META 3	FOLLETO PUBLICITARIO TEMA: PSICOPROFILAXIS Y ESTIMULACIÓN PRENATAL PRESENTACIÓN CUADERNILLO IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO EN ALTA RESOLUCIÓN COLOR: FULL COLOR MATERIAL: PORTADA PAPEL COUCHE 150GR HOJAS DE FONDO PAPEL BOND 75G FUL	100	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.F. 406 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enj. Miriam U. Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP 09427



PERU

Ministerio
de SaludUNIDAD DE GESTION
HOSPITAL DE ESPINAR

	COLOR *SE ADJUNTA MODELO		
002 META 3	FOLLETO EDUCATIVO TEMA: PSICOPROFILAXIS Y ESTIMULACIÓN PRENATAL PRESENTACIÓN CUADERNILLO IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO EN ALTA RESOLUCIÓN COLOR: FULL COLOR MATERIAL: PORTADA PAPEL COUCHE 150GR HOJAS DE FONDO PAPEL BOND 75G FUL COLOR *SE ADJUNTA MODELO	100	ANEXO

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
002 META 4	CARTILLA INFORMATIVA TEMA: LA ADOLESCENCIA TIPO: ACORDEÓN TAMAÑO: 15 CM X 18 CM APROX IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE 115GR *SE ADJUNTA MODELO	500	ANEXO
002 META 18	CARTILLA INFORMATIVA TEMA: EL MEJOR EQUIPO CONTRA LA ANEMIA TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 500 UNID IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE 115 GR PAGINA: 1 *SE ADJUNTA MODELO TEMA: MI EMBARAZO SEMANA A SEMANA TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 500 UNID IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE 115 GR PAGINA: 1 *SE ADJUNTA MODELO	1000	ANEXO
002 META 19	CARTILLA INFORMATIVA TEMA: PSICOPROFILAXIS Y ESTIMULACION PRENATAL TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN: ANVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE 150 GR *SE ADJUNTA MODELO	150	ANEXO
002 META 7	CARNE DE IDENTIFICACION PLANIFICACION FAMILIAR TAMAÑO: 16 CM LARGO X 12 CM ANCHO IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR: LETRAS Y GRAFICOS NEGROS MATERIAL: CARTULINA DE 150 GR NOTA: ADJUNTO MODELO	1000	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 405 HOSPITAL DE ESPINARLic. Enf. Miriam D. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE ACCIONES PRESUPUESTALES

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
002 META 6	FORMATO DE ATENCION - FORMATO DE HISTORIA CLINICA OBSTETRICA - CONSULTORIO EXTERNO TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD CANTIDAD: 3000 UNID COLOR: LETRAS Y GRAFICOS NEGRO MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	3000	ANEXO
	2. FORMATO HIS TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD CANTIDAD: 1000 UNID COLOR: LETRAS Y GRAFICOS NEGRO MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	
	3. FORMATO ECOGRAFIA OBSTETRICA TAMAÑO: A5 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD CANTIDAD: 2000 UNID COLOR: LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	
	4. FORMATO INFORME DE ECOGRAFIA OBSTERTRICA TAMAÑO: A5 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD CANTIDAD: 1000 UNID COLOR: LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	
002 META 6	FORMATO DE ATENCION TEMA: INFORME DE ALTA TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y DE ALTA CALIDAD COLOR: LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	200	ANEXO
002 META 6	FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA TAMAÑO: A5 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD COLOR: LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	ANEXO
002 META 6	FORMATO ODONTOGRAMA TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO Y DE ALTA CALIDAD COLOR: LETRAS Y GRAFICOS NEGRO IMÁGENES A FULL COLOR MATERIAL PAPEL BOND DE 80GR *SE ADJUNTA MODELO	200	ANEXO


 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.F. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Lc. Enf. Miriam U. Cordajal Beltrun
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 C.R.P. 004374



PERU

Ministerio de Salud

HOSPITAL DE ESPINAR

002 META 6	FORMATO MONITOREO MATERNO FETAL TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR LETRAS Y GRAFICOS NEGRO IMÁGENES A FULL COLOR MATERIAL PAPEL BOND DE 80GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	ANEXO
---------------	---	------	-------

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
002 META 4	HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 50 PARA MUJER : 50 PARA VARON PRESENTACION: CUADERNILLO IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO COLOR LETRAS Y GRAFICOS NEGRO SOLO LA PAGINA 4 A COLOR EL GRAFICO TAPA/PORTADA IMPRESIÓN A FULL COLOR CON PAPEL GRUESO COMO EL MODELO INDICA HOJAS DE FONDO CON PAPEL BOND DE 75 GR *SE ADJUNTA MODELO	400	ANEXO

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
002 META16	LIBRO DE REGISTRO DE USO ADMINISTRATIVOX 200 HOJAS MODELO: HORIZONTAL TAMAÑO: 41 CM X 26 CM CANTIDAD: 200 HOJAS TAPA/PORTADA: CARTON PRENSADO DE COLOR AZUL PRESIDENCIAL CON IMAGEN Y LETRAS DE COLOR DORADO HOJAS INTERNAS DE ACUERDO AL MODELO ADJUNTO DE MATERIAL DE BOND DE 80 GR APROX *SE ADJUNTA ESPECIFICA	2	ANEXO

0016 TBC / VIH SIDA

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0016 META21	FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *COLOCAR EL LOGO DEL HOSPITAL EN LA PARTE SUPERIOR *SE ADJUNTA MODELO	1000	ANEXO
0016 META21	FORMATO DE ATENCION TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *COLOCAR EL LOGO DEL HOSPITAL EN LA PARTE SUPERIOR *SE ADJUNTA MODELO	2000	ANEXO
0016 META22	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN TEMA DE FAMILIA TAMAÑO: A4	100	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.F. 408 HOSPITAL DE ESPINARLic. Enl. Mónica D. Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES

	IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR DE ALTA CALIDAD MATERIAL: PAPEL COUCHE DE 115 GR *COLOCAR EL LOGO DEL HOSPITAL EN LA PARTE SUPERIOR *SE ADJUNTA MODELO		
0016 META27	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN TEMA DE FAMILIA TEMA: YO ME SUMO TAMAÑO: 85 CM X 50 CM MATERIAL: CUBIERTA: CARTON HOJAS INTERNAS PLASTIFICADAS IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO CON BASE Y SOPORTE COLOR: FULL COLOR ANILLADO PAGINAS: 10 *SE ADJUNTA MODELO - VIRTUAL https://fundacionvencer.org.py/wp-content/uploads/2021/01/Rotafolio-sobre-VIH-sida-e-ITS-impulsada-por-la-Fundacion-Vencer.pdf	460 UNID	ANEXO
0016 META22	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 CM x 70 CM TAMAÑO: 50 CM ANCHO X 70 CM ALTO MATERIAL: BANNER IMPRESIÓN: ANVERSO COLOR: FULL COLOR *SE ADJUNTA MODELO	1	ANEXO
0016 META 29	AFICHE EDUCATIVO TEMA: TU Y YO PODEMOS PREVENIR EL VIH TAMAÑO: A4 IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR: FULL COLOR MATERIAL: PAPEL COUCHE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	400	ANEXO
0016 META 31	FOLLETO EDUCATIVO TEMA: PROTEGETE CONTRA LA HEPATITIS B VACUNATE IMPRESIÓN: ANVERSO Y REVERSO EN COLOR: FULL COLOR MATERIAL: PORTADA PAPEL COUCHE 115GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	ANEXO

0017 METAXENICAS Y ZOONOTICAS

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0017 META 34	VOLANTE PUBLICITARIO MATERIAL: PAPEL COUCHE BRILLANTE 115 GR TAMAÑO: 15 CM ANCHO X 21 CM LARGO IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO FULL COLOR LOGOTIPO EN LA PARTE SUPERIOR	2 MILLAR	ANEXO
0017 META 35	CARNE DE VACUNACION ANTIRRABICA CANINA TAMAÑO: 16 CM ANCHO X 10 CM LARGO IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO MATERIAL: CARTON CARTULINA 150GR LOGOTIPO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA CARA PRINCIPAL	2312 UNID	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAL
L. Chir Marmón H. Carbajal Beltrán
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.R.P. 004274



PERU

Ministerio
de SaludUNIDAD DE REGISTRO Y
CONTABILIDAD

	COLOR A BLANCO Y NEGRO		
--	------------------------	--	--

0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0018 META 40	TRIPTICO CATARATA TEMA: CATARATA TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0018 META 43	DIPTICO CONTINUE CUIDADO SU SALUD BUCAL TEMA: PARA UN BUEN CUIDADO BUCAL TAMAÑO: A5 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	500 UNI	ANEXO
0018 META 43	FORMATO REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR: FULL COLOR GRAFICOS Y LETRAS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO	3 MILLAR	ANEXO
0018 META 43	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR: FULL COLOR GRAFICOS Y LETRAS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO Y REVERSO	27 CIENTO	ANEXO
0018 META 43	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR: FULL COLOR GRAFICOS Y LETRAS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO	236 UNID	ANEXO
0018 META 44	TRIPTICO EDUCATIVO TEMA: CONOZCA TU PRESION ARTERIAL TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	500 UNID	ANEXO
0018 META 44	FORMATO DE CONSULTA EXTERNA TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR: FULL COLOR GRAFICOS Y LETRAS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO	1 MILLAR	ANEXO
0018 META 45	FORMATO CENSO DIARIO DE HOSPITALIZACION TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR: FULL COLOR LETRAS Y GRAFICOS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO	7 CIENTO	ANEXO
0018 META 45	DIPTICO INFORMATIVO TEMA: VENCE A LA DIABETES TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR	500 UNID	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINARLic. Enl. Marmelita Beltrán
COORDINADORA DE PROCESOS PRESUPUESTALES
C.R.P. 018 4274



PERU

Ministerio
de SaludUNIDAD DE
EVALUACIÓN

PERU

	MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO		
0018 META 45	DIPTICO EDUCATIVO TEMA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	500 UNID	ANEXO
0018 META 49	CARTILLA PARA LA MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS TAMAÑO: 32 CM X 30 CM - SLOAN LETTERS MATERIAL: PAPEL COUCHE MATE DE 350 GR ACABADO EN PLASTIFICADO MATE POR AMBOS LADOS COLOR DE LETRA O SIMBOLO: NEGRO *SE ADJUNTA MODELO https://www.elisaribau.com/test-snellen-la-agudeza-visual/	1	ANEXO
0018 META 52	GUIA PARA EL FACILITADOR DE SESIONES DEMOSTRATIVAS DE PREVENCIÓN DE ALIMENTOS TEMA: VIVE SALUDABLE TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 100 UNID COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	100 UNID	ANEXO
0018 META 53	AFICHE TAMAÑO: 60 CM DE LARGO X 30 CM DE ANCHO IMPRESIÓN ANVERSO COLOR: FULL COLOR CANTIDAD: 500 UNID TEMA: HABITOS SALUDABLES *SE ADJUNTA MODELO TAMAÑO: 60 CM DE LARGO X 30 CM DE ANCHO IMPRESIÓN ANVERSO COLOR: FULL COLOR CANTIDAD: 500 UNID TEMA: ACTIVIDAD FISICA *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO

0024 CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CANCER

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0024 Meta: 56	TRIPTICO INFORMATIVO TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	ANEXO
0024 Meta: 58	TRIPTICO MENSAJES PARA ALIMENTACION SALUDABLE TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0024	TRIPTICO EL CANCER DE PROSTATA	1 MILLAR	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. HOSPIAL DE ESPINARLa. Enf. Miriam Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E. 094273



	MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO		
0018 META 45	DIPTICO EDUCATIVO TEMA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	500 UNID	ANEXO
0018 META 49	CARTILLA PARA LA MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS TAMAÑO: 32 CM X 30 CM - SLOAN LETTERS MATERIAL: PAPEL COUCHE MATE DE 350 GR ACABADO EN PLASTIFICADO MATE POR AMBOS LADOS COLOR DE LETRA O SIMBOLO: NEGRO *SE ADJUNTA MODELO https://www.elisaribau.com/test-snellen-la-agudeza-visual/	1	ANEXO
0018 META 52	GUIA PARA EL FACILITADOR DE SESIONES DEMOSTRATIVAS DE PREVENCION DE ALIMENTOS TEMA: VIVE SALUDABLE TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 100 UNID COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	100 UNID	ANEXO
0018 META 53	AFICHE TAMAÑO: 60 CM DE LARGO X 30 CM DE ANCHO IMPRESIÓN ANVERSO COLOR: FULL COLOR CANTIDAD: 500 UNID TEMA: HABITOS SALUDABLES *SE ADJUNTA MODELO TAMAÑO: 60 CM DE LARGO X 30 CM DE ANCHO IMPRESIÓN ANVERSO COLOR: FULL COLOR CANTIDAD: 500 UNID TEMA: ACTIVIDAD FISICA *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO

0024 CONTROL Y PREVENCION DEL CANCER

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0024 Meta: 56	TRIPTICO INFORMATIVO TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	2000	ANEXO
0024 Meta: 58	TRIPTICO MENSAJES PARA ALIMENTACION SALUDABLE TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0024	TRIPTICO EL CANCER DE PROSTATA	1 MILLAR	ANEXO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAHLuz Enríquez Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.R.D. 093273

Meta: 58	TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO		
0024 Meta: 58	TRIPTICO CANCER DE PULMON TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0024 Meta: 58	TRIPTICO CANCER DE ESTOMAGO TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0024 Meta: 58	TRIPTICO EDUCATIVO TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO
0024 Meta: 58	GUIA PARA EL FACILITADOR DE SESIONES DEMOSTRATIVAS DE PREVENCION DE ALIMENTOS TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO https://es.scribd.com/document/262516940/Rotafolio-1ok-Prevencion-Cancer	4 UNID	ANEXO
L0024 Meta: 60	FORMATO REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES TAMAÑO: A4 HOJA GRAMO: 75G COLOR FULL COLOR GRAFICOS Y LETRAS AZUL IMPRESIÓN AMBERSO	1 UNID	ANEXO
0024 Meta: 60	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 30 CMX 40 CM X 11 HOJAS TEMA: TAMAÑO: 30 CM Y ANCHO 42.5 CM IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR FULL COLOR CON BASE Y SOPORTE 12 HOJAS INTERNAS PLASTIFICADAS MATERIAL DE CUBIERTA DE CARTON *SE ADJUNTA MODELO - VIRTUAL https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7262.pdf	2 UNID	ANEXO

0129 REHABILITACION Y DISCAPACIDAD

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
0129 META87	AFICHE INFORMATIVO TEMA: SOBRE LA DISCAPACIDAD TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR *SE ADJUNTA MODELO	1 MILLAR	ANEXO

1001 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

PROGRAMA/ META	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
----------------	-------------	----------	-------

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

La Enf. Miriam L. Carbajal Beltrán
COORDINADORA DEL PROGRAMA PRESUPUESTALES
C.C.P. 004273

1001 META107	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 CM X 70 CM TEMA: TAMAÑO: 50 CM Y ANCHO 70 CM IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO COLOR FULL COLOR ANILLADO CON BASE Y SOPORTE 12 HOJAS INTERNAS PLASTIFICADAS MATERIAL DE CUBIERTA DE CARTON *SE ADJUNTA MODELO - VIRTUAL	6 UNID	ANEXO
1001 META110	FORMATO DE ATENCION TEMA: INFORME DE ALTA TAMAÑO: A4 CANTIDAD: 1000 UNID IMPRESIÓN ANVERSO Y DE ALTA CALIDAD COLOR LETRAS Y GRAFICOS AZUL MATERIAL PAPEL BOND DE 75GR *SE ADJUNTA MODELO	1000	ANEXO

4. PERFIL DEL PROVEEDOR:

Debe contar con los requisitos minimos que a continuación se detalla:

- Persona jurídica y/o natural
- Contar con Registro Nacional de Proveedor (RNP), si la propuesta económica es > 1 UIT.
- Contar con Código de cuenta Interbancaria (CCI) – cuenta relacionada al número de RUC.
- Contar con registro único de contribuyentes (RUC) vigente, Debe contar con el rubro principal impresión gráfica o impresión comercial
- Declaración jurada simple de no estar impedido y/o inhabilitado para contratar por el estado.

5. PLAZO DE ENTREGA:

Los materiales de la presente contratación se entregaran en el plazo máximo de 20 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma UNICO.

6. LUGAR DE ENTREGA:

- Los productos deberán ser entregados en el almacén, del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

7. GARANTÍA:

- GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** No corresponde
- TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN:** Los tiempos de atención en caso de aplicación de la garantía son: el Postor realizará el cambio de los bienes que presenten fallas en un periodo no mayor a 30 días calendario. (De ser el caso)
- ALCANCE DE LA GARANTÍA:** No corresponde

8. PENALIDAD:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = 0,10 \times \text{monto}$$



F x plazo días

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a 60 días: $F = 0.40$.
- Plazos mayores a 60 días: $F = 0.25$.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

9. FORMA DE PAGO:

El pago se realizará en una sola armada luego de ser decepcionados los bienes, previa conformidad de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con el visto bueno del responsable de Almacén.

La entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación.

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

- Recepción y conformidad del responsable de almacén
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda
- Comprobante de pago (Factura)

10. CONFORMIDAD DEL BIEN:

La Conformidad del bien será emitida la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR, los diferentes responsables de programas presupuestales, responsable de almacén. De existir observaciones, se otorgará al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendarios, para la subsanación correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL DE SAN CARLOS
GERENCIA REGIONAL DE ESPINAR
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enl. *[Firma]* Carbajal Beltrán
COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E.N. 119-4274