

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

 Lic. Enj. Miriam U. Carbajal Beltrán
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 CEP 094273

	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
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAH

Lic. Enif. Miriam U. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS 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 OBSTETRICA 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
 Lic. Enf. Miriam U. Cepajal Beltran
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 CEP 094273

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 60GR *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 META 16	LIBRO DE REGISTRO DE USO ADMINISTRATIVO X 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 META 21	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 META 21	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 META 22	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN TEMA DE FAMILIA TAMAÑO: A4	100	ANEXO


 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Lic. Ent. Miguel Carbajal Beltrán
 COORDINADOR 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.pe/wp-content/uploads/2021/01/Rotafolio-sobre-VIH-sida--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	CARTE 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
Gerencia Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Meriam Carbajal Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.R.P. 4194273

NO TRANSMISIBLES

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Anexo
<p>PLACAS EDUCATIVAS CATARATA N°: A4 R: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR DIMENSIONES: 210 X 297 MM DISEÑO MODELO</p>	1 MILLAR	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS PARA UN BUEN CUIDADO BUCAL N°: A5 R: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR DIMENSIONES: 210 X 297 MM DISEÑO MODELO</p>	500 UNI	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS DIARIO DE ACTIVIDADES N°: A4 GRAMO: 75G R: FULL COLOR GRAFICOS Y LINEAS AZUL DISEÑO AMBERSO</p>	3 MILLAR	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMEDAD N°: A4 GRAMO: 75G R: FULL COLOR GRAFICOS Y LINEAS AZUL DISEÑO AMBERSO Y REVERSO</p>	27 CIENTO	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS DE CONSENTIMIENTO N°: A4 GRAMO: 75G R: FULL COLOR GRAFICOS Y LINEAS AZUL DISEÑO AMBERSO</p>	236 UNID	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS CONOZCA TU PRESION ARTERIAL N°: A4 R: FULL COLOR MATERIAL: COUCHE DE 115 GR DIMENSIONES: 210 X 297 MM DISEÑO MODELO</p>	500 UNID	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS DE CONSULTA EXTERNA N°: A4 GRAMO: 75G R: FULL COLOR GRAFICOS Y LINEAS AZUL DISEÑO AMBERSO</p>	1 MILLAR	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS CENSO DIARIO DE UTILIZACION N°: A4 GRAMO: 75G R: FULL COLOR LETRAS Y LINEAS AZUL DISEÑO AMBERSO</p>	7 CIENTO	ANEXO
<p>PLACAS EDUCATIVAS INFORMATIVO VENCE A LA DIABETES N°: A4 R: FULL COLOR</p>	500 UNID	ANEXO


 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 Lic. Enf. *Miriam U. Carbajal Beltran*
 COORDINADORA DE PROCESOS PRESUPUESTALES
 C.P. 094273

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 ATENCION 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: VENICE A LA DIABETES TAMAÑO: A4 COLOR: FULL COLOR	500 UNID	ANEXO

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

La Enf. Mision U. Carbajal Beltran
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 CEP 004274

0018 META 45	*SE ADJUNTA MODELO 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-snelten-la-agudeza-visual/	1	ANEXO
0018 META 52	GUÍA 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.F. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enf. Miriam A. Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E.P. 094273

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: A5 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 IMPRESION 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 IMPRESION 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	DESCRIPCION	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	DESCRIPCION	CANTIDAD	Anexo
---------------	-------------	----------	-------

Gobierno Regional del Cusco
 Gerencia Regional de Salud Cusco
 U.E. 408 Hospital de Espinazo

 La Enj. Mirtam L. Garbajal Beltrán
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 C.E.P. 094273



<p>1001 META107</p>	<p>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</p>	<p>6 UNID</p>	<p>ANEXO</p>
<p>1001 META110</p>	<p>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</p>	<p>1000</p>	<p>ANEXO</p>

4. PERFIL DEL PROVEEDOR:

Debe contar con los requisitos mínimos 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 notificación 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:

- a. **GARANTÍA COMERCIAL DEL BIEN:** No corresponde
- b. **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)
- c. **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:

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

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

Lic. Enf. Miriam Carbajal Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES

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 de 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 otorgara al contratista un plazo no menor de dos días, ni mayor de 10 días calendario, para la subsanación correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Lic. Enl. *Marcelo D. Corbujel Beltrán*
 COORDINADOR DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 C.P.F. 11194273



SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 00170

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Nº E/M : 00193

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 17/07/2025
Concepto :	Moneda : S/.
: ADQUISICION DE CARTILLAS, FORMATOS, LAMINAS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	470300090534	CARTILLA PARA LA MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS		
2000	UNIDAD	475100016055	MARCA: FORMATO DE ATENCION MARCA:		
1000	UNIDAD	475100016001	FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA MARCA:		
2	UNIDAD	470300150210	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 30 cm X 40 cm X 11 HOJAS MARCAS:		
6	UNIDAD	470300150222	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 cm X 70 cm MARCAS:		
460	UNIDAD	470300150113	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN TEMA DE FAMILIA MARCAS:		
1	MILLAR	475100015318	FORMATO DE CONSULTA EXTERNA MARCA:		
TOTAL					

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA.....DIAS 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, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

La cotización se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTA RNP,FICHA, RUC, ANEXOS

COTIZADOR

PROVEEDOR

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

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 Socialagradeciéndole 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:

PEDIDO DE COMPRA N°

000599

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

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DE OFTALMOLOGIA
Entregar a Sr(a) : CALISAYA PACORI LUIS
Fecha : 02/04/2025
Actividad Operativa : E1266 0018-5005993-0081301-TAMIZAJE DE LA PERSONA CON RIESGO DE GLAUCOMA EN EL PRIME ✓
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Aii/Obr
1-00	0049	20	044	0097	0018	3000813	5005993

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300000534	CARTILLA PARA LA MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL A TRES METROS	2.3.199.1 3	1.00	UNIDAD


.....
Luis Calisaya Pacori
OFTALMOLOGO
CALLE 42200 RNE: 96125
Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
.....
Lic. Enf. Miriam J. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE SERVICIOS PREESCOLARES
C.E. 42200 RNE: 1274
Firma Autorizada

PEDIDO DE COMPRA N°

000620

UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 APLICACION : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
 Entregar a Sr(a) : VILCA OBLITAS YOLANDA
 Fecha : 09/04/2025
 Actividad Operativa : E0382 0018-5000114-5001605-PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABOLICA ORGANIZADOS
 Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ali/Obr
1-00	0044	20	044	0097	0018	3000016	5000114

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
475100016318	FORMATO DE CONSULTA EXTERNA	2.3.199.1 3	1.00	MILLAR ✓

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

 Dr. Edilberto Carbajal Beltran
 COORDINADOR DE PROCESOS PRESUPUESTALES
 CUSCO - TEL: 054 273

 Firma del Solicitante

 Firma Autorizada

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

CONSULTA

FECHA:	HORA:	EDAD:
SIGNOS DE ALARMA:		
Motivo Consulta:	Forma Inicio:	Tiempo Enfermedad:

Acompañante:		Medicación recibida:	
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:	Sed:
Pérdida de peso:	Orina:	Deposiciones :	Sueño:
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FR: Peso: Talla: IMC:

Resultados de Exámenes Auxiliares:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL (I):	Independiente	Dependencia Parcial	Dependencia Total
DIAGNOSTICO MENTAL (II):	COGNITIVO	Normal	DC Leve DC Moderado DC Severo
	AFECTIVO	Sin manifestaciones depresivas Con manifestaciones depresivas	
DIAGNOSTICO SOCIOFAMILIAR (III):	Buena	Riesgo social	Problema social
DIAGNOSTICO FÍSICO (IV):	CIE 10	TRATAMIENTO:	

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:			
CATEGORIAS (Al final de la 1a consulta)	SALUDABLE	FRAGIL	Solicitud de Exámenes Auxiliares:
	ENFERMO	GERIATRICO COMPLEJO	
RECOMENDACIONES:			Firma y Sello:

COMPROMISOS Y OBSERVACIONES:

CONSULTA

FECHA:	HORA:	EDAD:
SIGNOS DE ALARMA:		
Motivo Consulta:	Forma Inicio:	Tiempo Enfermedad:

Acompañante:		Medicación recibida:	
FUNCIONES BIOLÓGICAS		Apetito:	Sed:
Pérdida de peso:	Orina:	Deposiciones :	Sueño:
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FR: Peso: Talla: IMC:

Resultados de Exámenes Auxiliares:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL (I):	Independiente	Dependencia Parcial	Dependencia Total
DIAGNOSTICO MENTAL (II):	COGNITIVO	Normal	DC Leve DC Moderado DC Severo
	AFECTIVO	Sin manifestaciones depresivas Con manifestaciones depresivas	
DIAGNOSTICO SOCIOFAMILIAR (III):	Buena	Riesgo social	Problema social
DIAGNOSTICO FÍSICO (IV):	CIE 10	TRATAMIENTO:	

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:			
CATEGORIAS (Al final de la 1a consulta)	SALUDABLE	FRAGIL	Solicitud de Exámenes Auxiliares:
	ENFERMO	GERIATRICO COMPLEJO	
RECOMENDACIONES:			Firma y Sello:

COMPROMISOS Y OBSERVACIONES:

APELLIDOS Y NOMBRES	N° HC
---------------------	-------

VISITA DOMICILIARIA EN CÁNCER HOSPITAL DE ESPINAR
TRIPTICO

NOMBRE Y APELLIDO: _____
H CL N°: _____
EESS: _____
RESPONSABLE: _____
1.-MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA:

EDAD: _____
DNI: _____
COMUNIDAD: _____
HORA INGRESO _____ SALIDA _____

2.-INTERVENCIONES REALIZADAS O ACCIONES REALIZADAS TEMAS TRATADOS:

Cesación de la visita domiciliar por el paciente

3.-ACUERDO Y/O COMPROMISOS:

CITA: _____

N° CEL: _____

_____ **FIRMA USUARIO**

_____ **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE**

VISITA DOMICILIARIA EN CÁNCER HOSPITAL DE ESPINAR

NOMBRE Y APELLIDO: _____
H CL N°: _____
EESS: _____
RESPONSABLE: _____
1.-MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA:

EDAD: _____
DNI: _____
COMUNIDAD: _____
HORA INGRESO _____ SALIDA _____

2.-INTERVENCIONES REALIZADAS O ACCIONES REALIZADAS TEMAS TRATADOS:

3.-ACUERDO Y/O COMPROMISOS:

CITA: _____

N° CEL: _____

_____ **FIRMA USUARIO**

_____ **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE**



"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**PROTOCOLO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PARA
PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS
EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO"**

Fecha: _____ Hora: _____

Yo: _____ con DNI N° _____

de condición como: _____, declaro lo siguiente:

DATOS DEL NIÑO/NIÑA DE 5 (CUMPLIDOS) A 11 AÑOS, 11 MESES, 29 DIAS DE EDAD

Que _____ con DNI N° _____

SI () NO () tiene síntomas compatibles con COVID-19; o ha dado positivo a una prueba a COVID-19 en las últimas dos semanas; o está en seguimiento clínico por COVID-19

SI () NO () hAa tenido contacto con alguien que dio positivo a la COVID-19, en las últimas dos semanas; o estuvo en cuarentena.

En ese sentido, he sido informado(a) de los beneficios y los potenciales efectos adversos de la Vacuna contra la COVID-19 y resultas todas las preguntas y dudas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa vigente.

SI () NO () doy mi consentimiento para que el personal de salud aplique la vacuna contra la COVID-19 _____

Firma o huella del padre/madre/ tutor
o familiar mayor de edad
DNI N°

Firma y sello del personal de salud
que informa y toma consentimiento
DNI N°

REVOCATORIA / DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: ____ de _____ del 20 ____ Hora _____

Firma o huella del padre/madre/ tutor
o familiar mayor de edad
DNI N°

Firma y sello del personal de salud
que informa y toma la revocatoria
DNI N°

PEDIDO DE COMPRA N°

000613

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

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO NIÑO SANO
Entregar a Sr(a) : LOPEZ LEON YOVANA
Fecha : 08/04/2025
Actividad Operativa : E2156 1001-5000014-3325113-FAMILIAS CON NIÑO(AS) DE 06 A 11 MESES RECIBEN ACOMPAÑAMIENT
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/At/Obr
1-00	0107	20	043	0095	1001	3033251	5000014

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300160222	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 50 cm X 70 cm	2.3.1.99.1.3	6.00	UNIDAD


Yovana Lopez León
Yovana Lopez León
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 63035

Firma del Solicitante


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Lic. Enf. Mirza U. Carbajal Beltran
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
C.E.P. 044273

Firma Autorizada

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



El control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 5 años es un servicio de salud vital que busca vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. Los controles CRED, también conocidos como "controles del niño sano", evalúan el peso, la talla, las habilidades psicomotoras, y brindan vacunas, suplementos de hierro y consejería para el cuidado infantil.

¿Por qué es importante?

- **Detección temprana:**

Ayuda a detectar tempranamente la anemia, parasitosis y otras enfermedades, así como problemas visuales, auditivos o de salud oral.

- **Seguimiento del crecimiento:**

Permite evaluar si el niño está creciendo adecuadamente, utilizando tablas de referencia.

- **Promoción de la salud:**

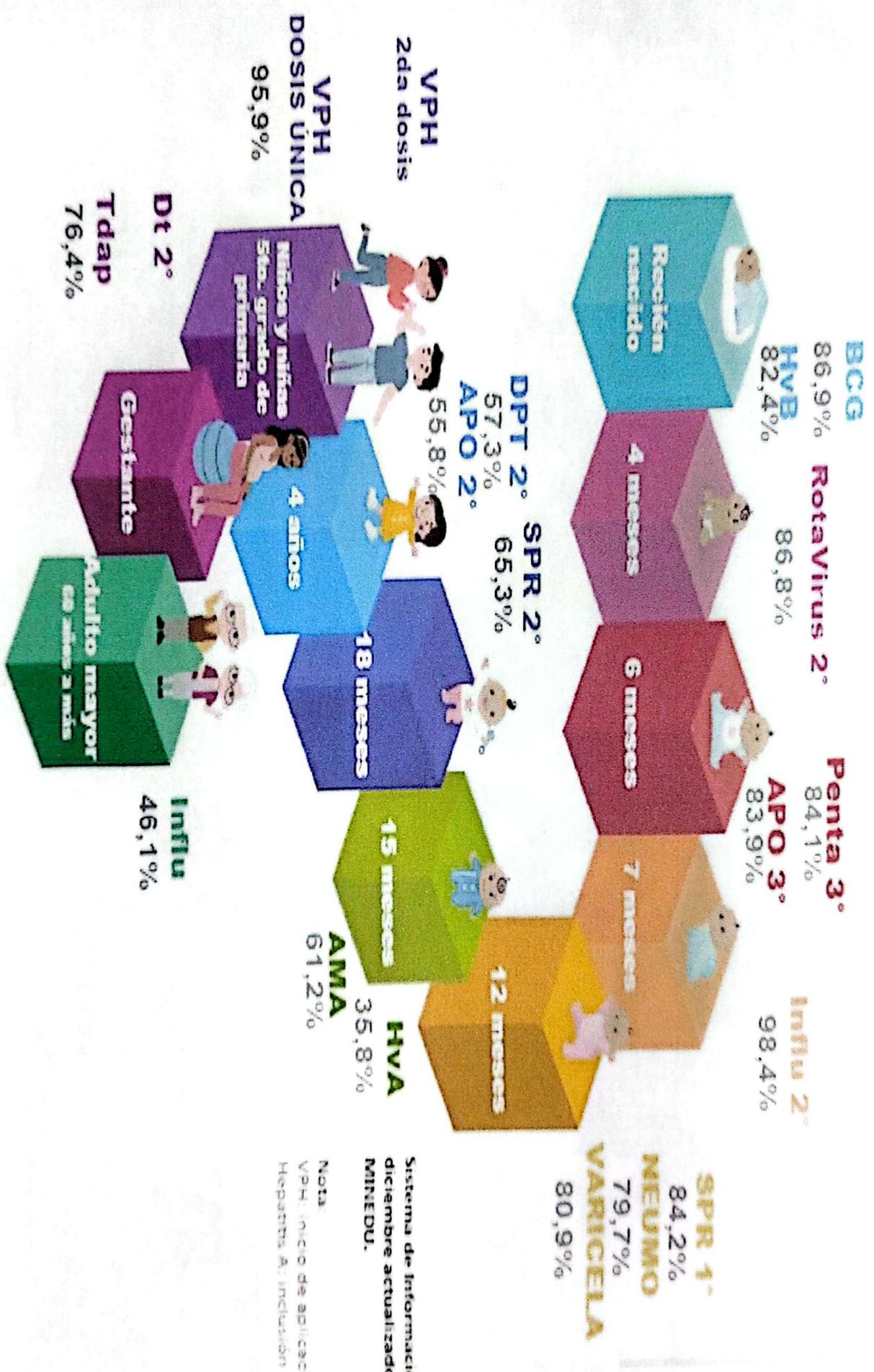
Brinda orientación a los padres sobre alimentación, crianza y cuidado del niño.

- **Prevención de riesgos:**

Ayuda a identificar y prevenir riesgos para el desarrollo infantil, como la desnutrición y la exposición a agentes patógenos.

(REVERSO)

PREVENTIVA - INMUNIZACION



Sistema de Informacion
diciembre actualizado
MINEDU.

Nota:
VPH: inicio de aplicaci
Hepatitis A: inclusion



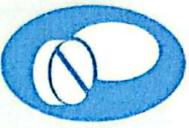
PREVENTIVA – DESPARASITACION

¿QUÉ ES LA PARASITOSIS?

Es una enfermedad causada por lombrices o gusanos. Se les llama parásitos porque viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, generalmente en los intestinos, haciéndonos daño. Es además contagiosa y afecta a las personas de todas las edades, pero principalmente a niñas y niños pequeños.

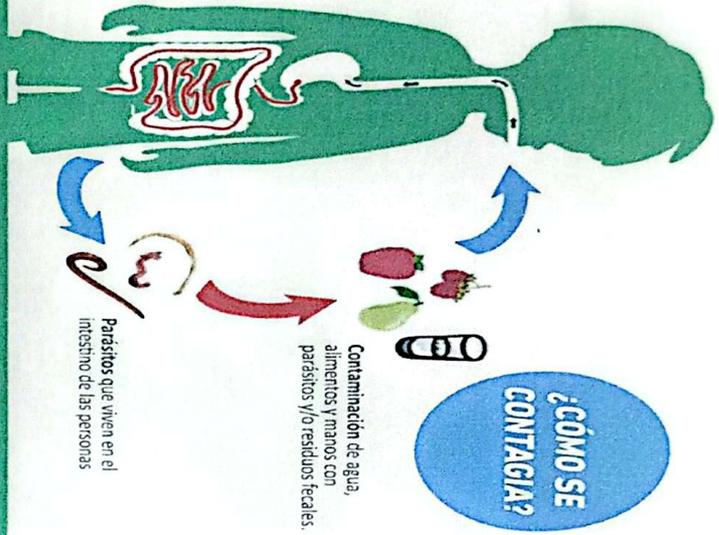
¿CÓMO SE PREVIENE?

Tomar 1 pastilla cada 6 meses.



¿CÓMO SE CONTAGIA?

Contaminación de agua, alimentos y manos con parásitos y/o residuos fecales.



¿QUÉ MOLESTIAS Y QUE EFECTOS PRODUCE LA PARASITOSIS?

Molestias	Efectos
Dolor de estómago	Falta de sueño
Nerviosismo	Picares en el ano y en la nariz
Decoloración	Diarrea sanguinolenta (en algunos casos)
Rechamamiento de los dientes (bruxismo)	Bajo rendimiento escolar
	Disminución de apetito
	Bajo peso
	Irritabilidad
	Anemia



PREVENTIVO - SUPLEMENTACION



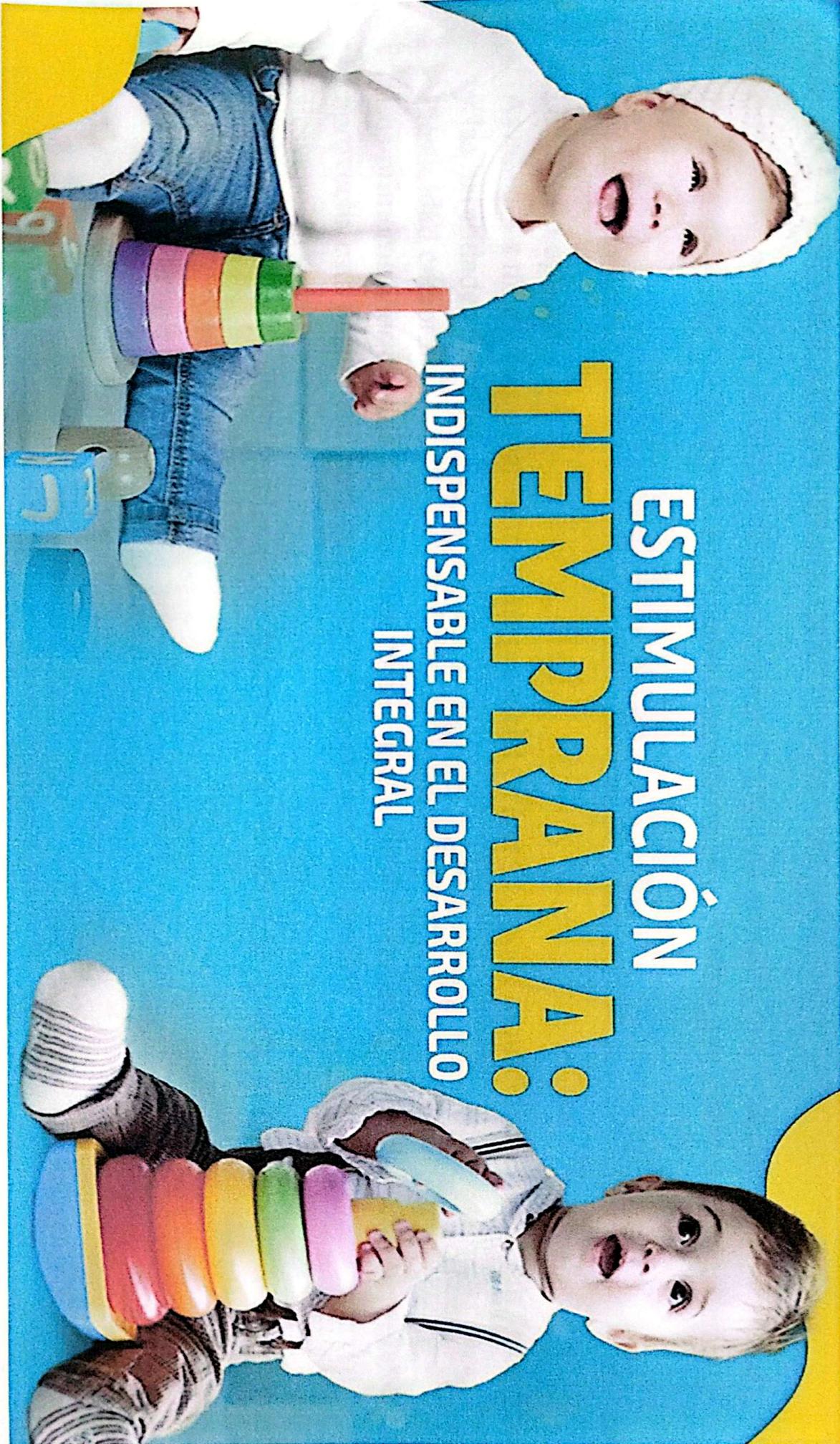


PREVENTIVA - ATENCION PSICOLOGICA



PREVENTIVA - ATENCION ODONTOLÓGICA





ESTIMULACIÓN TEMPRANA: INDISPENSABLE EN EL DESARROLLO INTEGRAL

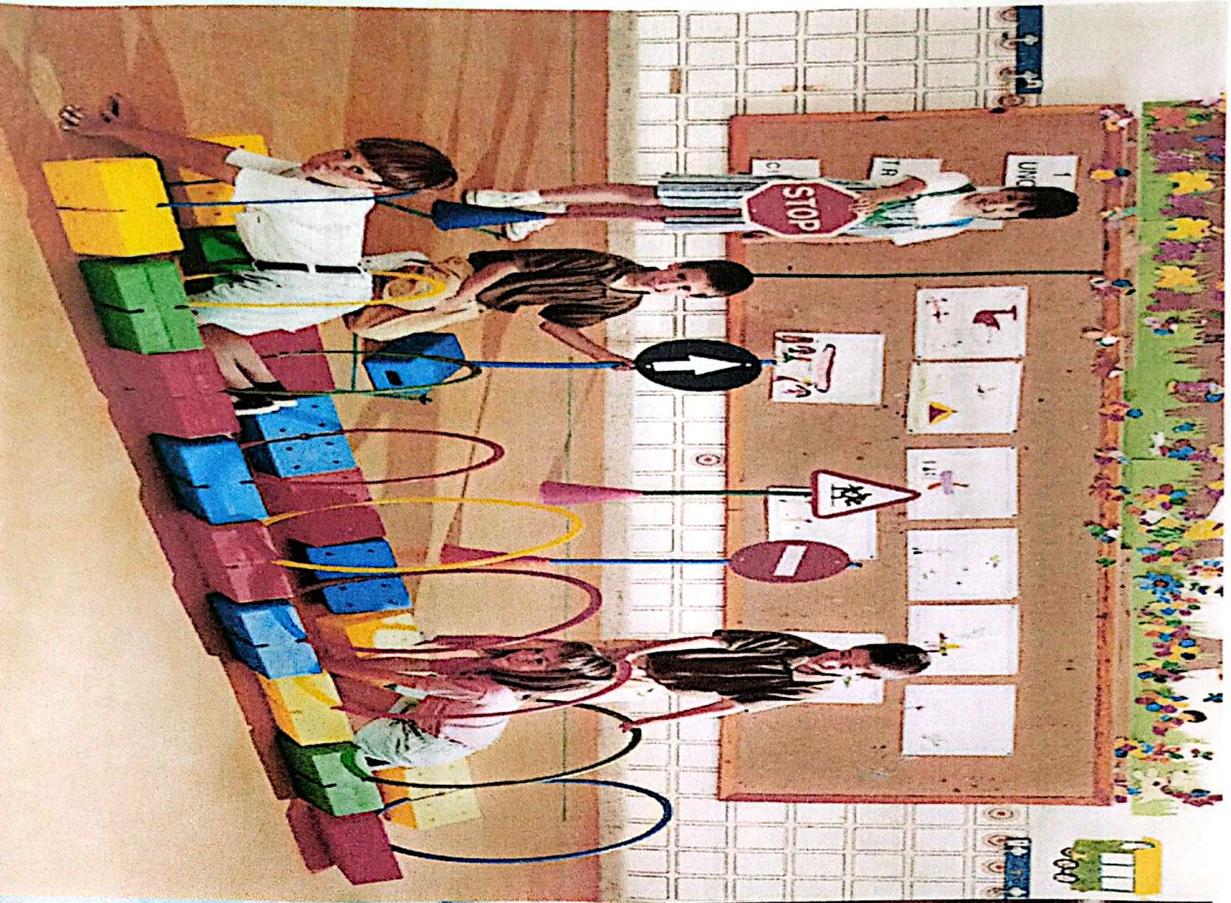
¿QUÉ ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

La estimulación temprana se enfoca en proporcionar al niño una atención que le permita desarrollar al máximo sus capacidades, a través de actividades y experiencias que estimulen diferentes áreas de su desarrollo.

¿Por qué es importante?

- Desarrollo óptimo:
Ayuda a los niños a alcanzar su máximo potencial en áreas como la motricidad, el lenguaje, la cognición y las habilidades sociales.
- Plasticidad cerebral:
Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo del cerebro, y la estimulación temprana aprovecha esta plasticidad para potenciar las conexiones neuronales.
- Prevención y detección:
Permite detectar posibles problemas de desarrollo en una etapa temprana, lo que facilita la intervención temprana y mejora los resultados.
- Beneficios a largo plazo:

AREA MOTORA FINA Y GRUESA



La estimulación temprana sienta las bases para un desarrollo saludable y un buen rendimiento escolar y social en el futuro.

¿Cómo se aplica?

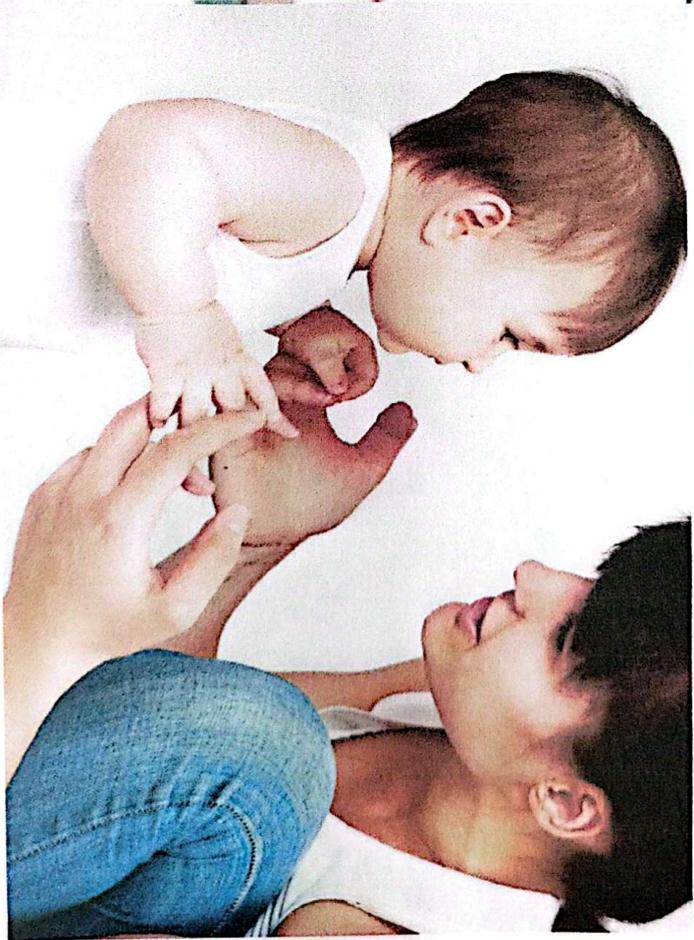
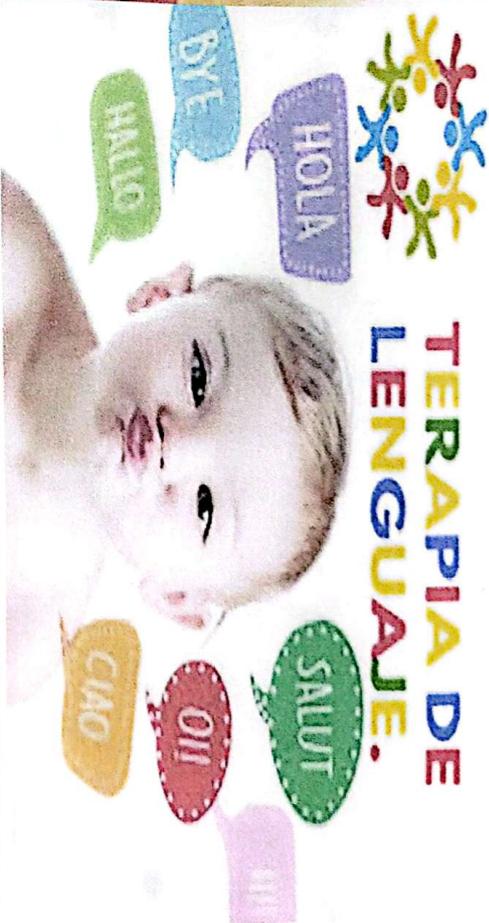
La estimulación temprana implica una variedad de actividades y técnicas, incluyendo:

- **Actividades motoras:**
Juegos para desarrollar la motricidad fina y gruesa, como manipular objetos, gatear, caminar y correr.
- **Actividades de lenguaje:**
Canto, lectura de cuentos, conversaciones, juegos con palabras y gestos.

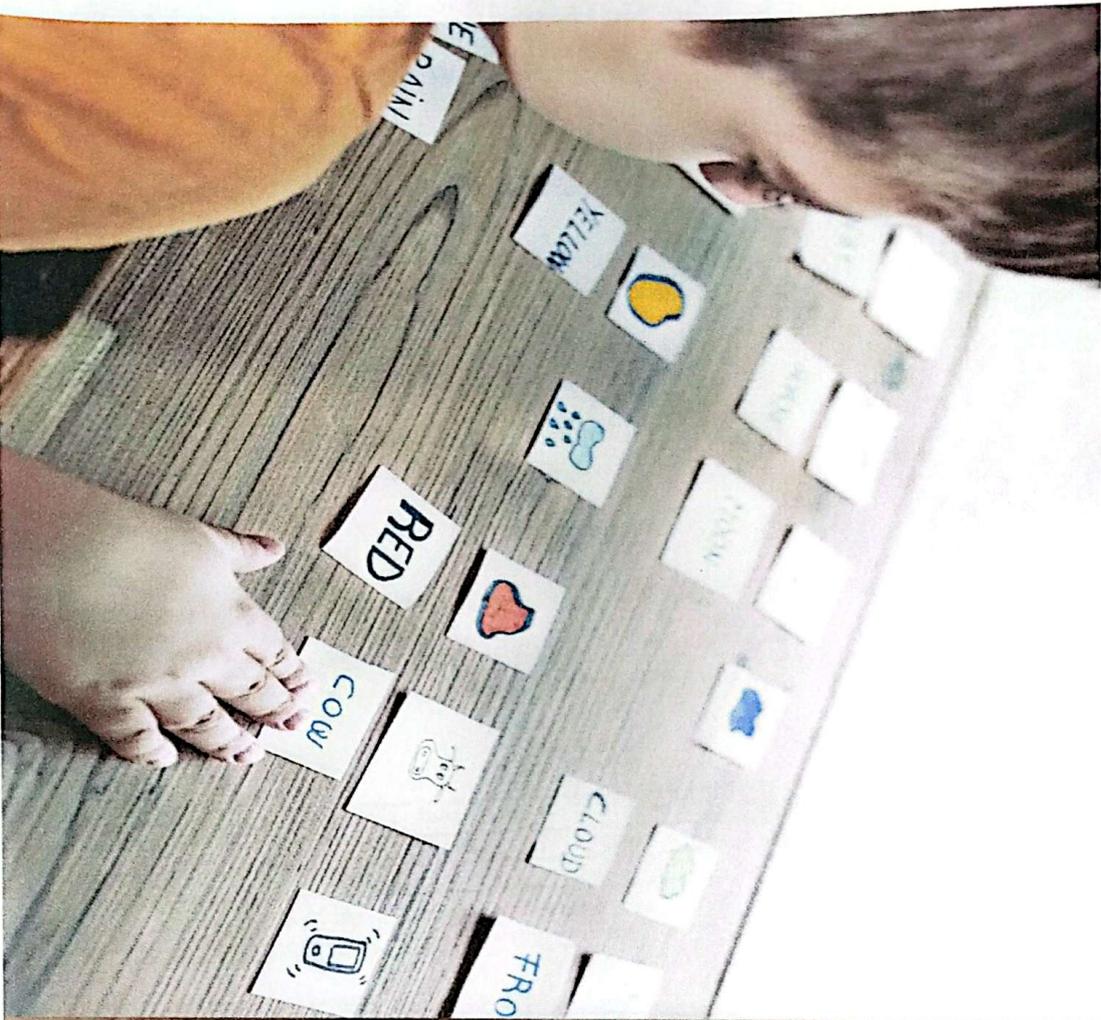
- **Actividades cognitivas:**
Juegos que estimulen la curiosidad, la atención y la memoria, como esconder objetos, construir con bloques y resolver puzzles.

- **Actividades sociales y emocionales:**
Interacciones con otros niños, juegos de roles, expresión de emociones y juegos que fomenten la empatía.

TERAPIA DE LENGUAJE



TERAPIA COGNITIVA



PEDIDO DE COMPRA N°

000755

AD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
Entregar a Sr(a) : UMIRE HUARCA YANED
Fecha : 17/07/2025
Actividad Operativa : E0205 0016-5004436-4396201-IDENTIFICACION Y EXAMEN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EN L
Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
1-00	0021	20	044	0096	0016	3000612	5004436

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
5100016001	FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	2.3.199.1.3	1,000.00	UNIDAD
5100016055	FORMATO DE ATENCION	2.3.199.1.3	2,000.00	UNIDAD



[Signature]
Lic. Yaned Umire Huarca
CEP: 99390

Firma del Solicitante

[Signature]
Cosme Mario Cruz Escalante
CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
MAT. 03-3326

Firma Autorizada



[Signature]
Lic. E. ... Beltrán
COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
CEP: 094273

ANEXO N° 15: FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA PARA LA PERSONA AFECTADA POR TB Y FAMILIA

DIRIS/DIRESA/CERESA: _____ RED/MICRORED/RIS: _____ Establecimiento de Salud: _____

FECHA: ____/____/____

I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA AFECTADA CON TB (PAT)

Apellidos y nombres: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Sexo: M F N° de teléfono: _____ Sector: _____ Ficha familiar: _____
 Historia clínica: _____ Tipo de tuberculosis: Sensible Resistente Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LA PAT

Localización de la vivienda: Urbano Rural Tipo de vivienda: Unifamiliar Multifamiliar Vivienda en vecindad
 Material de construcción: Madera/estera Adobe Noble (ladrillos, cemento) Tiempo para llegar el E.S. cercano: _____
 Medio de transporte frecuente: _____ Número de personas por dormitorio: _____

III. TIPO DE VISITA DOMICILIARIA: Primer contacto Seguimiento

IV. MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA

Marque según corresponda:

PRIMER CONTACTO	SEGUIMIENTO
Verificar la ubicación del domicilio, entorno y situación familiar de la persona afectada por TB.	Inasistencia al E.S. para la toma del tratamiento indicado.
Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento de la persona afectada por TB e importancia del soporte familiar.	Inasistencia al E.S. para la toma del tratamiento preventivo.
Realizar o confirmar el censo de contactos.	Inasistencia de los contactos para el control programado.
	Identificación y censo de nuevos contactos.
	Supervisión de la ejecución de las medidas de control de infecciones respiratorias.
	Identificación de caso presuntivo de TB entre los contactos.
	Verificación del cumplimiento de acuerdos asumidos por la PAT y familia en visitas anteriores.

ALORACIÓN DE LA PAT Y FAMILIA (aspecto general de la PAT, actitud de la PAT frente a la visita, relación entre los miembros del hogar)

II. COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LA PAT

En la visita de primer contacto registrar a **todos** los miembros que componen la familia. En las visitas de seguimiento registrar **solo** a los nuevos miembros de la familia.

N°	Apellidos y nombres	DNI	EDAD	Sexo		Parentesco	Antecedente como caso de TB	Antecedente e de IPT	Caso presuntivo de TB
				F	M				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

VII. ACTIVIDADES REALIZADAS

a. En esta sección el personal de la salud explora los motivos por la cual la PAT y los contactos no han cumplido con:

La asistencia al E.S. para toma del tratamiento indicado	La asistencia al E.S. para la toma del tratamiento preventivo		La asistencia de los contactos para el control programado.	
	Motivos	Marque	Motivos	Marque
Laboral.			Laboral.	
Estudios.			Estudios.	
Se siente bien de salud.			Se siente bien de salud.	
Estuvo enfermo.			Estuvo enfermo.	
Ubicación del E.S.			Ubicación del E.S.	
Insatisfacción con la atención en el E.S.			Insatisfacción con la atención en el E.S.	
Presenta malestar al tomar el medicamento.			Presenta malestar al tomar el medicamento.	
Asuntos familiares.			Asuntos familiares.	
Creencias y costumbres que afectan el cumplimiento del tratamiento.			Creencias y costumbres que afectan el cumplimiento del tratamiento.	
Otros (especificar):			Otros (especificar):	

b. Supervisión de la ejecución de las medidas de control de infecciones respiratorias

Preguntas exploratorias	Respuesta		
	SI	NO	N/A
a) ¿Todas las personas que viven en su hogar han sido evaluados sobre TB en el E.S.?			
b) Su cuidador utiliza mascarilla: 1. ¿Cuándo le lleva los alimentos? 2. ¿Cuándo le lleva la medicina? 3. ¿Cuándo está cerca de usted?			
c) ¿Usted usa mascarilla descartable?			
d) ¿Tiene una habitación exclusiva para usted?			
e) ¿Su habitación cuenta con puerta y ventana permitiendo la ventilación e iluminación natural?			
f) ¿En la casa, los ambientes de uso común (sala, cocina, comedor, baño) cuentan con puerta y ventana permitiendo la ventilación e iluminación natural?			
g) ¿Usted y/o su familia se encarga de mantener los ambientes de la casa en orden favoreciendo una adecuada ventilación e iluminación?			

c. Consejerías:

Luego de la identificación de los problemas y/o necesidades de salud de la PAT y familia, es necesario reforzar sus conocimientos y hábitos sobre TB. Por ello, seleccione los temas de consejería necesarios para la PAT y familia.

TEMAS	MARQUE
La importancia del control de salud de los contactos en relación a la TB.	
Prevención y control de infecciones en el domicilio.	
Prevención de la TB y salud respiratoria.	
El lavado de manos.	
Estilos de vida saludable.	
Otros:	

VIII. COMPROMISOS ASUMIDOS

Firma del responsable de la visita domiciliaria

Firma de la PAT

Firma de familiar y/o cuidador de la PAT

**ANEXO N° 4-A: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO
DE CASOS CON ESQUEMA PARA TB SENSIBLE**

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

Código SIGTB:	N° Historia Clínica:	Tipo de seguro:	N° afiliación:
---------------	----------------------	-----------------	----------------

Datos de la persona afectada por tuberculosis			
Apellidos:			Sexo
Nombres:			Edad
Tipo de Doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro		N° de documento	
Lugar de residencia			
Dirección:			
Departamento		Provincia	
Distrito		Perteneencia étnica	

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

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

Localización de la TB	
<input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Extrapulmonar Especificar: _____ TB miliar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Confirmación histopatológica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Condición de ingreso		Batería de análisis
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento recuperado <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Tratamiento fallido	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/> Parcial	

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

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICO

PAT es personal de salud: SI NO

Ocupación actual

Fecha de inicio de síntomas

E.S. donde labora

Profesión

Condición laboral

Servicio donde labora

Tiempo en meses que labora en el servicio

(Solo si es personal de salud)

<p>Criterio de Dx.</p> <input type="checkbox"/> Bacteriológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____ _____	<p>Antecedente de contacto</p> <input type="checkbox"/> Caso índice <input type="checkbox"/> Contacto TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto TB RR/MDR <input type="checkbox"/> Contacto TB pre XDR/XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/> Contacto otros TB DR <input type="checkbox"/> Recibió TPTB	<p>Administración de tratamiento (solo si inicio tratamiento)</p> <input type="checkbox"/> DOT domiciliario <input type="checkbox"/> DOT institucional <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte comunitario <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte familiar
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Comorbilidad y condiciones de riesgo</p> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Gestante/puérpura <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Drogodependencia <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____ _____	<p>Factores sociales</p> <input type="checkbox"/> Antecedente de internamiento en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> Chofer o cobrador de transporte público <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> Paciente perdido en el seguimiento recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/> Ninguno
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El paciente estudia o labora en una institución educativa SI NO

Nombre de la institución educativa (I. E.) _____

Tipo de institución educativa _____

Rol del paciente en la I. E. _____

RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA

Mes	Baciloscopía/PMMA				Cultivo			
	Fecha obt.	Código	Resultado	F. resul.	Fecha obt.	Código	Resultado	F. resul.
0								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Entregar a Sr(a) : VILLARROEL YABAR JOHAN GIOVANNY

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E1060 0024-5006000-0215073-CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ail/Obr
1-00	0060	20	044	0096	0024	3000815	5006000

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300150210	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN BANNER 30 cm X 40 cm X 11 HOJAS	2.3.1 9.1 1	2.00	UNIDAD



JHY
Dr. Johan G. Villarreal Yabar
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 069306

Firma del Solicitante



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 OFICINA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
Lc. Eni Mónica Carbajal Beltrán
 COORDINADORA DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES
 C.E.P. 094273

Firma Autorizada

PEDIDO DE COMPRA N°

000585

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : CONSULTORIO DIFERENCIADO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC

Entregar a Sr(a) : UMIRE HUARCA YANED

Fecha : 02/04/2025

Actividad Operativa : E0183 0016-5000062-4395201-FAMILIAS QUE RECIBEN CONSEJERÍA A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICIL

Motivo :

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
1-00	0027	20	043	0095	0016	3043952	5000062

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
470300150113	LAMINA PARA ROTAFOLIO EN TEMA DE FAMILIA	2.3.1 9.1 1	460.00	UNIDAD



Lic. Yaned Umire Huarca
CEP: 99390
RESPONSABLE P.P. 0016 TBC-VHSIDA

Firma del Solicitante


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

Lic. Enay W. Carbajal
COORDINADORA DE PROMOCIÓN PREVENCIÓN
CEP: 041271

Firma Autorizada

EL MUNDO Y SU

¡YO ME SUMO!



EL VIH Y SIDA

LA SIGLA DE VIH SIGNIFICA:

V

Virus, microorganismo infeccioso, que necesita invadir una célula viva para sobrevivir.

I

Inmunodeficiencia debilita el sistema natural de defensas del organismo

H

Humana. afecta solo a los seres humanos

S

Síndrome. Es el conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad

I

Inmunodeficiencia. Se refiere al sistema inmunológico que reacciona ante el ingreso de microbios, bacterias, parásitos o virus en nuestro organismo

D

Debilitamiento importante del sistema inmunológico

A

no es hereditaria, se debe a un virus adquirido