

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 RUC: 20564356116



"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ANEXO N° 04
SOLICITUD DE COTIZACIÓN

NRO	119
11 de Junio de 2026	

FECHA:
 RAZON SOCIAL : RUC N° :
 DIRECCION : TELEFONO:
 REFERENCIA : INFORME N° 009-2026-G.R.CUSCO/DRSC/UE408:HE:CANCER PEDIDO SIGA. N°: 000076,000077
 META : 0056, 0057 FTE.FTO. : 1-00

ITEM	CODIGO	CANT.	U.M	ARTICULO DESCRIPCION	MARCA	COTIZACION		
						P.U.	TOTAL	
1	500100050561	1	SERVICIO	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL				
		02 UND.		LIBRO DE REGISTRO DE CONSEJERIA PREVENTIVA EN CANCER * DIMENSIONES: 22 CM X 39 CM * TAPA: DURA (CARTON RIGIDO), CON FORRO DE PAPEL COUCHE O SIMILCUERO * ENCUADERNACION: COSIDA (EMPASTADA) * PAPEL BOND * HOJAS: 200 HOJAS (DISEÑO HORIZONTAL) * USO: REGISTRO DE CONSEJERIAS PREVENTIVAS DE CANCER * DISEÑO: ANEXO 03				
		500 UND.		FORMATO 1: LAB. DE ANATOMIA PATOLOGIA HOSPITAL DE ESPINAR * TAMAÑO: A-4 * MATERIAL: HOJA BOND * CANTIDAD: 500 UNIDADES * COLOR DE IMPRESION : BLANCO Y NEGRO * DISEÑO SEGUN ANEXO 01				
		500 UND.		FORMATO 2: PREVENCIÓN DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO DETECCIÓN: PAPANICOLAQU * TAMAÑO: A-4 * CANTIDAD: 500 UNIDADES * COLOR DE IMPRESION : BLANCO Y NEGRO * TIPO DE PAPEL (NCR): * HOJA SUPERIOR (ORIGINAL), COLOR BLANCO * HOJA INFERIOR (COPIA), PUEDE SER DE COLOR (AMARILLO, ROSA O AZUL) * GRAMAJE EL PAPEL AUTOCOPIANTE, MAS DELGADO QUE EL BOND ESTANDAR * DISEÑO SEGUN ANEXO 02				
				A) PERFIL:				
				* Registro Nacional de Proveedores - RNP vigente.				
				* RUC: Activo y Habido (cuya actividad este relacionada con la contratación)				
				* Declaración Jurada de Datos del Postor				
				B) PLAZO DE SERVICIO:				
				Plazo de ejecución del servicio será de 30 días calendarios, después de notificada la orden de servicio.				
				C) LUGAR DE SERVICIO:				
				El servicio se prestará en las instalaciones del Hospital de Espinar, ubicado en la calle Domingo Huarca Cruz S/N. Ciudad de Espinar – Cusco, dentro del horario de trabajo.				
NOTA: TENER EN CUENTA LOS TERMINOS DE REFERENCIA ADJUNTADO AL PRESENTE.								
							TOTAL IMPORTE DE COTIZACION	

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 los **TERMINOS DE REFERENCIA** y/o **ESPECIFICACIONES TECNICAS** del requerimiento
- * Consignar su direccion de correo electronico y mantenerla activa
- * Precisar periodo de **VIGENCIA** en días calendarios (Oferta Economica Valida Del _____ Al _____)
- * Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotizacion, sirvase firmar y devolver la presente.
- * N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotizacion se entrega en SOBRE CERRADO o via correo electronico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor en la Unidad de Logistica, en horario de oficina (08:00 hasta 16:00 horas) hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.



.....
PROVEEDOR
Firma y Sello

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El (la) que suscribe....., identificado con DNI N°..... Representante Legal de la empresa..... con RUC N°..... activo y habido, con domicilio legal encorreo electrónico autorizado para notificaciones.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- c) Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que indico en la presente cotización.
- d) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en las Especificaciones Técnicas o Términos de Referencia, cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- e) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el artículo 99° del TUO de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General.
- f) 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.
- g) 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 General de Contrataciones Públicas Ley N° 32069 y su Reglamento
- h) No cuento con inhabilitaciones vigente para prestar servicios al estado al amparo de lo dispuesto por el Artículo 236° del TUO de la ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- i) No tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069" Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento"
- j) No me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- k) No percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado peruano (institución pública o empresa del estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos.
- l) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de legalidad.
- m) No cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- n) Conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- o) Me someto a las sanciones contenidas en la "Ley 32069 Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento" así como TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27444.
- p) 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.



Espinar:.....202...

.....
Firma y sello del Proveedor

Dirección: Calle Domingo Huarca Cruz S/N - Barrio Túpac Amaru - Espinar

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:



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

CONTRATACION DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

TERMINOS DE REFERENCIA

Meta: 0056-0057

Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios

Especifica de Gasto: 2.3 2.7.11.6

3.1. FINALIDAD PÚBLICA

El presente servicio tiene como finalidad contar con materiales impresos de calidad que permitan difundir información institucional, actividades, resultados del proyecto y/o material informativo dirigido a la población beneficiaria.

3.2. DESCRIPCION DE LA CONTRATACION

La presente contratación tiene por objeto la prestación del servicio de impresión de materiales gráficos, de acuerdo con las especificaciones técnicas y cantidades establecidas por la entidad, con la finalidad de contar con material informativo y/o institucional para el desarrollo de actividades de difusión, capacitación y comunicación dirigidas a los beneficiarios y público objetivo.

El servicio comprende la impresión, corte, acabado y entrega de los materiales impresos, asegurando que estos cumplan con los estándares de calidad requeridos, así como con las características técnicas establecidas en los presentes términos de referencia.

3.3. ANTECEDENTES

El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, debido a su alta incidencia, mortalidad y al impacto social y económico que genera en la población. En el Perú, el incremento de casos de cáncer ha llevado al fortalecimiento de estrategias de promoción, prevención y diagnóstico temprano mediante programas de salud pública orientados a la reducción de factores de riesgo y la detección oportuna de la enfermedad.

En ese contexto, el Programa de Control y Prevención del Cáncer desarrolla diversas acciones de promoción de la salud, educación sanitaria y sensibilización dirigidas a la población, con el objetivo de fomentar hábitos saludables y promover la detección temprana de los diferentes tipos de cáncer.

Para el cumplimiento de estas actividades, resulta necesario contar con materiales informativos impresos, tales como afiches, trípticos, folletos y otros materiales educativos, que permitan difundir información clara y accesible sobre la prevención, signos de alerta, factores de riesgo y la importancia del tamizaje oportuno.


Roxana F. Ramos Condori
Enfermera / CEP 70720



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

En ese sentido, el área responsable del programa requiere la contratación del servicio de impresión de materiales informativos, los cuales serán utilizados en campañas de salud, actividades educativas, establecimientos de salud y espacios comunitarios, contribuyendo así al fortalecimiento de las acciones de prevención y control del cáncer en la población.

3.4. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

a. MODALIDAD DE PAGO

El pago por la prestación del servicio se realizará en nuevos soles (S/.) en PAGO UNICO, previa culminación del servicio y entrega total de los materiales impresos, de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en los presentes Términos de Referencia.

- ✓ Para efectuar el pago, el proveedor deberá presentar:
- ✓ El comprobante de pago correspondiente.
- ✓ La orden de servicio emitida por la entidad.

La conformidad del servicio, otorgada por el área usuaria, previa verificación del cumplimiento de las condiciones técnicas, cantidades y calidad de los materiales impresos.

b. SISTEMA DE ENTREGA

La entrega de los materiales impresos se realizará en una sola entrega, dentro del plazo establecido en los presentes Términos de Referencia, previa coordinación con el área usuaria.

El proveedor deberá entregar los materiales debidamente embalados, ordenados y en óptimas condiciones, garantizando que estos cumplan con las especificaciones técnicas y cantidades requeridas por la entidad.

La entrega se efectuará en ALMACEN del Hospital de Espinar, situado en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de la Provincia de Espinar, Departamento del Cusco, en el horario de 8:00 a 15:30 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

. Asimismo, el proveedor será responsable del transporte, carga y descarga de los materiales hasta el lugar de entrega.

Una vez realizada la entrega, el área usuaria procederá a la verificación de la cantidad y calidad de los materiales, a fin de emitir la conformidad correspondiente.

c. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El plazo de prestación del servicio será de hasta 30 días calendario, contados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio al proveedor.

Dentro de este plazo, el proveedor deberá realizar la impresión, acabado y entrega total de los materiales solicitados, de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en los presentes Términos de Referencia.


Roxana F. Ramos Condori
Enfermera CEP 70730



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

d. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de impresión se realizará en las instalaciones del proveedor, quien deberá contar con los equipos y condiciones necesarias para garantizar la calidad de los materiales impresos.

La entrega de los materiales impresos se efectuará en las instalaciones de la entidad contratante, en la dirección que indique el área usuaria, previa coordinación con el responsable designado.

e. PENALIDADES

PENALIDAD POR MORA:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable, de conformidad con el artículo 120 del Reglamento.

3.5. OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Objetivo General

Contratar el servicio de impresión de materiales de formatería, informativos y educativos, con la finalidad de apoyar las actividades de promoción, prevención y sensibilización dirigidas a la población en el marco de las acciones del Programa de Control y Prevención del Cáncer.

4. DESCRIPCION DEL SERVICIO

N°	Descripción del bien	Monto	META
1	Servicio de impresiones en general	0.00	0056
2	Servicio de impresiones en general	0.00	0057

4.1. ENTREGABLES

LIBRO DE REGISTRO DE CONSEJERIA PREVENTIVA EN CANCER

- Cantidad: 2 unidades
- Dimensiones: 22 cm x 39 cm
- Tapa: Dura (cartón rígido), con forro de papel couché o similcuero (Diseño: ver imagen 1)
- Encuadernación: Cosida (empastada) para mayor durabilidad.
- Papel: bond.
- Hojas: 200 hojas (Diseño: ver imagen 2, el diseño debe ser horizontal)
- Uso: Registro de consejerías preventivas de cáncer.


 Roxana F. Ramos Condori
 Enfermera / CEP 70730



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”
FORMATO 2: PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO DETECCIÓN:

PAPANICOLAOU

- TAMAÑO: A-4
- Cantidad: 500 unidades
- Diseño: ANEXO 2
- Color impresión: blanco y negro
- Tipo de Papel (NCR):
 - Hoja superior (original), color blanco.
 - Hoja inferior (copia), puede ser de color (amarillo, rosa o azul)
- Gramaje: El papel autocopiante, más delgado que el bond estándar.
- Cartón Separador: para colocar debajo del juego que se está escribiendo y evitar que la presión marque los juegos siguientes del formato.

5. REQUERIMIENTOS DEL CONTRATISTA

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente.

- ✓ Con el mínimo de 2 años de funcionamiento de su negocio
- ✓ Contar con registro Nacional de proveedores vigente.
- ✓ Datos del postor
- ✓ Declaración Jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia requeridos.
- ✓ No estar en los supuestos de acuerdo con el numeral 1 del artículo 31 del reglamento de la ley de contrataciones del estado.

6. REAJUSTES

El monto del servicio contratado no estará sujeto a reajustes, por lo que el precio ofertado por el proveedor se mantendrá fijo durante todo el periodo de ejecución del servicio, hasta la conformidad y pago correspondiente.

7. CONFORMIDAD.

La conformidad del bien será otorgada por la responsable de Programa de Control y Prevención del Cáncer, designada bajo resolución directoral.


8. OTRAS CONDICIONES BASICAS PARA GARANTIZAR LA ENTREGA.

- ✓ El contratista es el único responsable ante la entidad por el cumplimiento de la prestación con las condiciones establecidas por las presentes TDR, no pudiendo transferir esas responsabilidades a otras entidades o terceros en general.

9. Responsabilidad por vicios ocultos

El proveedor es responsable por la calidad del servicio prestado y por los posibles vicios ocultos que pudieran presentarse en los materiales impresos, los cuales no hayan podido ser detectados al momento de la recepción y conformidad del servicio.

En caso de detectarse defectos en la calidad de impresión, fallas en el material utilizado o incumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas, el proveedor deberá


Roxana F. Ramos Condori
Enfermera | CEP 70730



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

subsanan o reemplazan los materiales defectuosos, sin costo adicional para la entidad, dentro del plazo que esta determine.

La responsabilidad por vicios ocultos tendrá una vigencia de un (01) año, contado a partir de la emisión de la conformidad del servicio.

10. Garantías

Para el perfeccionamiento del contrato, el postor adjudicado con la buena pro debe entregar las garantías que correspondan, de conformidad al artículo 61 de la Ley N° 32069 y los artículos 113, 114, 115, 116, 138 y 139 de su Reglamento.

11. Cláusula anticorrupción y antisoborno

El CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la entidad contratante.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.

Aunado a ello, el CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contrataciónⁱ y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el CONTRATISTA se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con la ENTIDAD CONTRATANTE.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a la ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver total o parcialmente el contratoⁱⁱ. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marcoⁱⁱⁱ. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar^{iv}.



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

12. Resolución de contrato por incumplimiento

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible a alguna de la partes, se aplicará lo establecido en el artículo 68 de la Ley N° 32069 y en el artículo 122 de su Reglamento.


.....
Roxana F Ramos Condori
Enfermera / CEP 70730

- i Artículo 9 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
- ii Literal d) del Numeral 68.1 del Artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
- iii Literal d) del artículo 274 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas
- iv Numeral 122.6 del artículo 122 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR
LAB. DE ANATOMÍA PATOLOGÍA HOSPITAL DE ESPINAR

DATOS DEL PACIENTE:				REGISTRO DE LAB.	
NOMBRE Y APELLIDOS:		EDAD:		N° TELÉFONO:	
NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		DOMICILIO:		DISTRITO:	
FECHA DE NACIMIENTO:		N° DE HISTORIA CLÍNICA		DNI Y/O SIS:	
HISTORIA GINECOLÓGICA FECHA DE ULTIMA REGLA EMBARAZADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIF. QUE TIPO DE ANTICONCEPTIVO / TIEMPO FECHA PAPANICOLAU ANTERIOR Y RESULTADO			EXAMEN GINECOLÓGICO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA NOMBRE: PROFESIÓN Y CARGO: FECHA DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA:			ESPECIFIQUE: COLPOSCOPIA NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: DIAGNOSTICO ANTERIOR FECHA DE DIAGNOSTICO ANTERIOR		
INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CERVICO UTERINO					
VIALIDAD DEL ESPÉCIMEN: <input type="checkbox"/> ESPÉCIMEN SATISFACTORIO PARA LA EVALUACIÓN <input type="checkbox"/> ESPÉCIMEN INSATISFACTORIO PARA LA EVALUACIÓN <input type="checkbox"/> ESPÉCIMEN RECHAZADO NO PROCESADO <input type="checkbox"/> ESPÉCIMEN PROCESADO Y EXAMINADO PERO INSATISFACTORIO PARA DE ANORMALIDAD ESPECIAL POR:			3.1.2. CELULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOMETRIALES BENIGNAS DE TIPO EPITELIAL <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOMETRIALES BENIGNAS DE TIPO ESTRONAL <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOMETRIALES BENIGNAS DE TIPO EPITELIAL EN MUJER POSTMENOPAUSICAS <input type="checkbox"/> CÉLULAS GLANDULARES ATIPICAS (AGC) <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> OTRO TIPO NO ESPECIFICO <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA TIPO		
CLASIFICACIÓN GENERAL: <input type="checkbox"/> NEGATIVO PARA LESIONES INTRA INTRAEPITELIALES O MALIGNIDAD <input type="checkbox"/> ANORMALIDAD EN CÉLULAS EPITELIALES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> INDICAR SI ES GLANDULAR O ESCAMOSO			3.2. OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (ESPECIFIQUE) 3.3. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS 3.3.1. CAMBIOS ASOCIADOS A: <input type="checkbox"/> INFECCIÓN (DE TIPO MICROBIANO SI LO HUBIERA) 3.3.2. CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A: <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN SIN INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATROFIA CON INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> OTROS		
INTERPRETACIÓN DESCRIPTIVA 3.1. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES 3.1.1. CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> CÉLULAS ESCAMOSAS ATIPICAS <input type="checkbox"/> Designación Indeterminada (CEAS) equivale a ASCUS <input type="checkbox"/> No Incluye LEIAG <input type="checkbox"/> LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LEIBG) <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Displasia leve (NICI) <input type="checkbox"/> LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LEIAG) <input type="checkbox"/> HPV CON ATIPIA <input type="checkbox"/> DISPLASIA MODERADA (NICII) <input type="checkbox"/> DISPLASIA SEVERA (NICIII) <input type="checkbox"/> CARCINOMA IN SITU <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (TIPO)			EVALUACIÓN HORMONAL <input type="checkbox"/> PATRÓN HORMONAL COMPATIBLE CON LA EDAD Y LA INFLAMACIÓN CLÍNICA <input type="checkbox"/> PATRÓN HORMONAL CON DISCREPANCIA CON LA EDAD Y LA INFORMACIÓN CLÍNICA (especifique) VALORACIÓN HORMONAL NO POSIBLE POR:		
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS					
VER OTRA MUESTRA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
ESTUDIOS OBTENIDOS CORRESPONDIENTES A LAS MUESTRAS PERTENECIENTES A LA PACIENTE IDENTIFICADA, TAL COMO SE INDICA EN EL SIGUIENTE INFORME					
DIAGNOSTICO REALIZADO EN EL LABORATORIO		DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			CONFIRMADO POR:
		NOMBRE Y APELLIDO	N° COLEGIATURA	FIRMA	

