

BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES

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



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

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

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

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

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

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

INSTRUCCIONES DE USO:

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

**BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA
PARA LA CONTRATACIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°
032-2021-DIRIS LS**

PRIMERA CONVOCATORIA

**CONTRATACIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES¹
ADQUISICIÓN DE MATERIALES IMPRESOS PARA LA
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE TUBERCULOSIS**

¹ Se utilizarán estas Bases cuando se trate de la contratación de bienes con entrega periódica.

DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

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

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

1.2. CONVOCATORIA

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

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

Importante

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

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

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

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

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

Importante

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

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

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

Importante

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

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

Importante

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

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

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

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

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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

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

1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

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

1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

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

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

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

Importante

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

CAPÍTULO II

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

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

Importante

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

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

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

2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

CAPÍTULO III DEL CONTRATO

3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

Importante

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

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

3.2. GARANTÍAS

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

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

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

Importante

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

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

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

Importante

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

Advertencia

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

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

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

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

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

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

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

3.5. ADELANTOS

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

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

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

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

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

3.8. PAGOS

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

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

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

funcionario que debe emitir la conformidad.

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

Advertencia

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

3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
RUC N° : 20602251641
Domicilio legal : Calle Martínez de Pinillos 124-B, Barranco
Teléfono: : (01) 477-3077
Correo electrónico: : ahurtado@dirislimasur.gob.pe

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del suministro **ADQUISICIÓN DE MATERIALES IMPRESOS PARA LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

ITEM N°	SUB ITEM N°	DENOMINACION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	1.1	LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMATICO RESPIRATORIO	Unidad	136
	1.2	LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA	Unidad	115
	1.3	LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA	Unidad	115
	1.4	LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN TUBERCULOSIS	Unidad	74
	1.5	LIBRO DE REGISTRO PARA CULTIVO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS X 400 HOJAS.	Unidad	6
	1.6	SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA - BLOCK X 100 JUEGOS.	Unidad	2190
	1.7	TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA.	Unidad	4240
	1.8	TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.	Unidad	970
	1.9	FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA- BLOCK X 100 JUEGOS.	Unidad	92
	1.10	FORMATO DE EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA- BLOCK X 100 JUEGOS.	Unidad	99
	1.11	LISTA DE CHEQUEO PARA PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES AL CER DIRIS LS/CNER. - BLOCK DE 100 JUEGOS	Unidad	115
	1.12	LISTA DE CHEQUEO DE ORDEN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE. - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
	1.13	LISTA DE CHEQUEO DE ORDEN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB RESISTENTE. - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115

1.14	FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS -BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	204
1.15	RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB REISTENTE X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.16	EVOLUCIÓN MÉDICA DEL CONSULTOR - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	129
1.17	HOJA DE EVOLUCIÓN - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	331
1.18	VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO INICIAL DE ENFERMERÍA A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.19	ENTREVISTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	201
1.20	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA INICIAL A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOISIS - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.21	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	116
1.22	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS -BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	116
1.23	INFORME BACTERIOLOGICO TRIMESTRAL - BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	42
1.24	NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB QUE ABANDONARON TRATAMIENTO -BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.25	NOTIFICACIÓN DE PACIENTES FALLECIDOS POR TUBERCULOSIS -BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.26	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NUTRICIONAL A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS - BLOXX X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.27	ESTUDIO SOCIO ECONOMICO INICIAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.28	FORMATO DE DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES - BLOCK X 100 HOJAS.	Unidad	115
1.29	TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Unidad	2540

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante mediante Formato N° 02 Solicitud y Aprobación de Expediente de Contratación con el Número N° 049-2021-DA-DIRIS LS, el 31 de agosto del 2021.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Ordinarios

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No aplica.

1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No aplica.

1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de quince (15) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.10. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/10.00 (Diez con 00/100 Soles), en la caja principal de la entidad y recabar las bases en la Oficina de Abastecimiento en el segundo piso, sito en Calle Martínez de Pinillos 124-B, Barranco, – Lima.

Importante

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

1.11. BASE LEGAL

- Ley N° 31084 Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2021.
- Decreto de Urgencia N° 015-2019 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2020.
- Ley N° 31085 Aprobación del Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Publico del Año Fiscal 2021
- Decreto Legislativo N° 1440. Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF. TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, en adelante La Ley.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF. Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en adelante el Reglamento y su modificatoria aprobado mediante Decreto Supremo N° 377-2019-EF.
- Directiva N° 001-2019-OSCE/CD, "Bases y Solicitud de Expresión de Interés Estándar para los Procedimientos de Selección a Convocar en el marco de la Ley N° 30225", aprobada mediante Resolución N° 013-2019-OSCE/PRE de fecha 29 de enero del 2019 y modificada mediante Resolución N° 057-2019-OSCE/PRE de fecha 02 de abril del 2019.
- Directiva N° 004-2019-OSCE/CD, "Disposiciones sobre el contenido del Resumen Ejecutivo de las actuaciones preparatorias"
- Directivas, Pronunciamientos y Opiniones del OSCE.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, TUO de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 26842. Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 018-2011- SA. Modifican la Tercera Disposición Complementarias Transitoria del Decreto Supremo N° 028-2010-SA, que regula algunos aspectos de los artículos 10° y 11° de la Ley N° 29459,, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Supremo N° 020-2020-SA que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA
- TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública

- Decreto Supremo N° 008-2008-TR, reglamento de la Ley MYPE
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR - Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Código Civil.
- Plan Anual de Contrataciones 2021 DIRIS LS.

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

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

Importante

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos², la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

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

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

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

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)
- e) Declaración jurada de plazo de entrega. (**Anexo N° 4**)³
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (**Anexo N° 5**)
- g) El precio de la oferta en SOLES debe registrarse directamente en el formulario electrónico del SEACE.

Adicionalmente, se debe adjuntar el Anexo N° 6 en el caso de procedimientos

² La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

³ En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de entrega, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

convocados a precios unitarios.

En el caso de proceimientos convocados a suma alzada únicamente se debe adjuntar el Anexo N° 6, cuando corresponda indicar el monto de la oferta de la prestación accesoria o que el postor goza de alguna exoneración legal.

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

- h) Declaración jurada de canje o reposición por defectos o vicios ocultos. (**Anexo N° 11**)

Importante

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁴.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (**Anexo N°10**).

2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

N° de Cuenta	:	00-068-371740
Banco	:	Banco de la Nación

2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

- a) Carta Fianza de Fiel Cumplimiento, de ser el caso
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- d) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.

⁴ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

- e) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁵ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- f) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
g) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁶.
h) Declaración jurada de datos adicionales de la empresa, el cual deberá contener dirección de correo electrónico, número de teléfono fijo y anexos (de corresponder) y, número de celular, para las coordinaciones durante la ejecución del contrato.

Importante

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

Importante

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

⁵ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

⁶ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya⁷.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en la Oficina de Abastecimiento de Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, sito en Calle Martínez de Pinillos 124-B, segundo piso – Barranco. (Horario de atención de 08:00 a.m. a 13:00 p.m. y de 14:00 p.m. a 16:00 p.m.).

2.6. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **PAGO ÚNICO**, de acuerdo a la conformidad de la entrega programada.

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

- Recepcion del Almacén Central (Guía de Remisión u otro documento)
- Conformidad emitida por el responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la DIRIS Lima Sur.
- Comprobante de pago.
- Orden de Compra
- Numero de CCI

Dicha documentación se debe presentar en Almacén General de la DIRIS LS, sito Santa Anita N° 684 Urbanización Villa Marina, Chorrillos – Lima – Perú.

⁷ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. DEPENDENCIA

Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria -Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.

2. OBJETIVO: Adquisición de materiales impresos.

Tiene por objetivo contar con impresiones para registrar, monitorear y evaluar los casos de tuberculosis desde el diagnóstico hasta la curación de la Persona Afectada por Tuberculosis (PAT) haciendo uso de los formatos y registros normados por el Ministerio de Salud en la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

3. FINALIDAD PUBLICA

La tuberculosis en todas sus formas es una enfermedad de salud pública de notificación inmediata para todos los establecimientos de salud públicos y privados del país. Esta notificación debe de realizarse de acuerdo a la norma vigente emitida por el Ministerio de Salud.

Por ello el material impreso tiene por finalidad cumplir con el registro de información que es uno de los componentes de gestión que permite consolidar de manera estandarizada la información de Tuberculosis, la que es plasmada finalmente en indicadores de resultado, así mismo existen registros de pacientes donde se registran información sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución la misma que deben mantener especial reserva y cuidado de la información amparado en la Ley N°30287 "Ley de prevención y Control de la tuberculosis en el Perú", actualmente existe una variedad de formatos y registros para el paciente establecidos en la "Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis" aprobada con RM N°715/2013/MINSA.

4. REQUERIMIENTO:

DESCRIPCIÓN	Programa presupuestal	Clasificador de Gasto	Meta Presupuestal	Actividad	Fuente Financiamiento
Materiales Impresos diversos de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis (Conformado por los 29 ítems detallados en el numeral 5)	0016	23.199.13	043-038	Libros, diarios, revistas y otros bienes impresos no vinculados a enseñanza.	RO

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

MATERIAL DE IMPRESIÓN

N°	ANEXOS	NOMBRE DEL FORMATO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	ANEXO N° 1	LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMATICO RESPIRATORIO.	Material: Papel bond 75 Gr. Medidas: A3 Doblada en A4 Impresión: Tira y Retira un color Color: Caratula Full color según modelo en Cartulina Foldkote calibre 14, engrapado. Libro x 100 hojas en A4 (Cada hoja con 15 reglones)	LIBRO	136
2	ANEXO N° 2	LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA.	Material: Papel bond 75 Gr. Medidas: A3 Color: Caratula Full color según modelo en Cartulina Foldkote calibre 14, encolado. Impresión: Tira y Retira un color. Libro x 50 hojas	LIBRO	115
3	ANEXO N° 3	LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTO DE SEGUNDA LINEA.	Material: Papel bond 75 Gr. Medidas: A3 Color: Caratula Full color según modelo en Cartulina Foldkote calibre 14, encolado. Impresión: Tira y Retira un color. Libro x 50 hojas	LIBRO	115
4	ANEXO N° 4	LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond 75 Gr. Tamaño: Oficio Color: Caratula Full color según modelo en Cartulina Foldkote calibre 14, encolado. Impresión: Un color en Tira y Retira. Libro x 100 Hojas.	LIBRO	74
5	ANEXO N° 5	LIBRO DE REGISTRO PARA CULTIVO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS X 400 HOJAS.	Material: Papel bond 75 Gr. Tamaño: A3 Medidas: 43 x 30 cm. Parte externa tapa gruesa forrada con papel imitación a cuero. Color: Caratula Full color según modelo, empastado y cocido las hojas. Impresión: Tira y Retira un color con logotipo institucional y título del Libro según modelo. Libro x 400 Hojas.	LIBRO	6
6	ANEXO N° 6	SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLOGICA.	Material: Papel químico autocopiativo de 56 Gr. x 3 Hojas (Original blanco y 2 Copias en color) Medidas: A4 con logo Block x 100 Juegos. Embalaje: 10 unidades	UNIDAD block 100 juegos	2190
7	ANEXO N° 7	TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA.	Material: Cartulina Blistol color amarillo de 150 Gr. Tamaño: A4. Impresión: Un color en Tira y Retira con logo según modelo. Embalaje: 10 unidades.	Unidad	4240
8	ANEXO N° 8	TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.	Material: Cartulina Blistol color verde de 150 Gr. Tamaño: Abierto y doblado. Tamaño A4. Impresión: Un color en Tira y Retira con logo según modelo. Embalaje: 5 Unidades.	Unidad	970

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
M. MEZA

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
M. ROBLES

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
R. VELAZCO

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
R. TAMAYO

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS

9	ANEXO N° 9	ANEXO N° 18: FORMATO DE NOTIFICACION INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.	Material: Papel químico autocopiativo de 56 Gr. x 2 Hojas (Original blanco y 1 copia en color). Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo según modelo. Block x 100 Juegos.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 JUEGOS	92
10	ANEXO N° 10	ANEXO N° 19: FORMATO DE EVOLUCION TRIMESTRAL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.	Material: Papel químico autocopiativo de 56 Gr. x 2 Hojas (Original blanco y 1 copia en color). Tamaño: A4 Impresión: Tira y Retira un color con logo según modelo. Block x 100 Juegos.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 JUEGOS	99
11	ANEXO N° 11	LISTA DE CHEQUEO PARA PRESENTACIÓN DE DE EXPEDIENTE AL CER DIRIS LS/CNER.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 JUEGOS	115
12	ANEXO N° 12	LISTA DE CHEQUEO DE ORDEN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	115
13	ANEXO N° 13	LISTA DE CHEQUEO DE ORDEN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB RESISTENTE.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color, con logo según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	115
14	ANEXO N° 14	ANEXO N° 7: FICHA DE EVALUACIÓN MEDICA DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond 75 Gr. Medidas: A4 Abierto y Doblado según modelo. Impresión: Tira y Retira un color. Con logo, según modelo. Block: x 100 Hojas.	UNIDAD/EMB ALAJE DE 100 HOJAS	204
15	ANEXO N° 15	ANEXO N° 17: RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE.	Material: Papel bond 75 Gr. Medidas: A4 Abierto y Doblado, según modelo. Impresión: Tira y Retira un color. Con logo, según modelo. Embalaje: x 100 Hojas.	UNIDAD/EMB ALAJE DE 100 HOJAS	115
16	ANEXO N° 16	ANEXO N° 5 EVOLUCIÓN MEDICA DEL CONSULTOR.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira y Retira un color con logo según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	129
17	ANEXO N° 17	HOJA DE EVOLUCIÓN.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	331
18	ANEXO N° 18	VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO INICIAL DE ENFERMERÍA A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con el logo adjunto, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	115

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
M. MEZA

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
PP TBC-DAH/SIDA
M. ROBLES

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
R. VILCA

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
YAMUNAGUE

19	ANEXO N° 19	ENTREVISTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD /BLOCK DE 100 HOJAS	201
20	ANEXO N° 20	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA INICIAL A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD /BLOCK DE 100 HOJAS	115
21	ANEXO N° 21	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira y Retira un color con el logo adjunto, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD /BLOCK DE 100 HOJAS	116
22	ANEXO N° 22	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACION DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	116
23	ANEXO N° 23	INFORME BACTERIOLOGICO TRIMESTRAL.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/BLOCK DE 100 HOJAS	42
24	ANEXO N° 24	NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB QUE ABANDONARON TRATAMIENTO.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	115
25	ANEXO N° 25	NOTIFICACION DE PACIENTES FALLECIDOS POR TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/ BLOCK DE 100 HOJAS	115
26	ANEXO N° 26	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NUTRICIONAL A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira y retira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas.	UNIDAD/BLOCK DE 100 HOJAS	115
27	ANEXO N° 27	ESTUDIO SOCIO ECONOMICO INICIAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira y retira un color con logo, según modelo. Block x 100 Hojas	UNIDAD/BLOCK DE 100 HOJAS	115
28	ANEXO N° 28	FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES.	Material: Papel bond de 75 Gr. Tamaño: A4 Impresión: Tira un color, según modelo. Block x 100 Hojas	UNIDAD/BLOCK DE 100 HOJAS	115
29	ANEXO N° 29	TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS.	Material: Cartulina Blistol color amarillo de 150 Gr. Tamaño: A5 Color: Full color. Impresión: Tira y retira según modelo. Embalaje: En paquetes de 10	UNIDAD	2540

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
PP TBC-VIH/SIDA
M. ROBLES

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
PP TBC-VIH/SIDA
M. NEZA

6. ARTE

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis entregara los modelos de los formatos en físico y el proveedor realizara el arte; asimismo el

proveedor debe entregar el arte en magnético a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.

7. EMPAQUETADO y ROTULADO

El proveedor debe empaquetar los formatos según cuadro de distribución por establecimientos de salud y cada paquete debe ser rotulado indicando: RIS correspondiente, Nombre del establecimiento, nombre de los formatos y cantidades que incluye el paquete

Ejem:

RIS Villa el Salvador – CMI San José

Libro y/o formato	Cantidad
Libro de registro de sintomático respiratorio	01 unidad
Libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea.	01 unidad
Libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben medicamento de segunda línea	01 unidad
Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis.	01 unidad
Libro de registro para cultivo de mycobacterium tuberculosis x 400 hojas.	02 unidades
Solicitud de investigación bacteriológica.	50 block x 100 hojas
Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea.	150 unidades
Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de segunda línea.	50 unidades

8. PLAZO DE ENTREGA

La adquisición del material de requerimiento será recepcionado en una (01) sola entrega, en un plazo máximo de quince (15) días calendarios, el mismo que se contabilizará a partir del día siguiente de recepcionada la orden de compra y aprobado el arte o muestra de los impresos.

9. LUGAR DE ENTREGA

El material impreso será entregado en el Almacén General de la Dirección de Redes Integradas de Lima Sur, sito en Av. Santa Anita 774. Urb. Villa Marina – Chorrillos, en el horario de 8:00 a 13:00 horas y 14:00 a 16:00 horas.

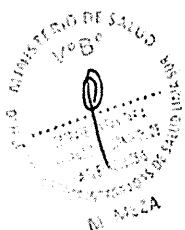
10. CONFORMIDAD DEL BIEN

La recepción será otorgada por Almacén General de la Dirección de Redes Integradas de Lima Sur, mediante un sello de recepción.

La conformidad es responsabilidad del área usuaria: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de la Dirección de Monitoreo y Gestión sanitaria de la Dirección de Redes Integradas de la Salud Lima Sur.

11. GARANTÍA

Una garantía mínima de (06) meses como mínimo contados a partir de la recepción de los bienes.



GARANTÍA COMERCIAL:

9.1 ALCANCE DE LA GARANTÍA: Por mal estado, vencidos o pérdida total de los bienes contratados, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

9.2 INICIO DE GARANTIA:

A partir del día siguiente de emitida la conformidad del bien.

9.3 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVA LA GARANTIA: El área usuaria notificará por correo electrónico (consignado en la oferta técnica) al contratista, la observación encontrada en el producto y solicitará la Reposición del bien.

9.4 TIEMPO DE REPOSICIÓN DEL BIEN: La reposición del bien observado, deberá ser repuesto en un tiempo máximo de 04 días calendario contados del día siguiente de notificado por correo electrónico la observación encontrada.

12. FECHA DE VENCIMIENTO

No Aplica.

13. FORMA DE PAGO

La Entidad se obliga a pagar la contraprestación al CONTRATISTA en moneda nacional, en un único pago, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.

Documentos para efectos de pago:

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

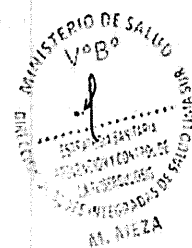
- Recepción del Almacén Central (Guía de Remisión u otro documento)
- Documento del responsable del AREA USUARIA emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de Pago.
- Código de cuenta interbancaria (CCI)

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello.

14. VICIOS OCULTOS

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 173 de la Ley de Contrataciones del Estado y 146 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de UN (1) AÑO contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.



LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ RESPONSABLE DE REGISTRO: _____

DIRECCION DE RED INTEGRADA DE SALUD:...

Dis. _____

[illegible]

M. GAZA

1148

Anexo N° 2

2 HREZ/10HR
2 HREZ/1HC
2 HREZ/10HR

Bumgar

PEARL CO. INC.
Ministerio de Salud
Directora de Asistencia Hospitalaria de Salud
Calle 14 No. 14-10, Lima 10

STZ _____ Distrito _____

ESTRATEGIA SANTARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA

Give 1 liter at 12 hrs

COPIES
SIXT

[illegible]

3

$$\Delta_{\text{exo}} \approx 3$$

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

Redeir Ancho

LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA

PERD **Analítico do Selo** **Descarta as fontes impuras do Selo Limpo**

Distrito: _____

[illegible]

ANEXO 04

Anexo N° 4

LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN TUBERCULOSIS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD

REGIONAL

REGIONAL

N° de Registro	FECHA DE RECEPCION	APELLIDOS Y NOMBRES	Sexo y Edad	HISTORIA CLINICA	DNI	LUGAR DE PROCEDENCIA	TIPO DE MUESTRA	CANTIDAD Y CALIDAD DE MUESTRA	BACILOSCOPIA				PRUEBA DE SENSIBILIDAD RAPIDA				CULTIVO			OBSERVACIONES			
									SINTOMATICO RESPIRATORIO	N° MUESTRA RESULTADO (1,2)	SEGUIMIENTO DE DIAGNOSTICO	EX ANORMAL	EXTRA PULMONAR	N° DE REYES (1,2,3,4,5,6,7,8,9)	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO	MÉTODO	R	H		FECHA SEMBRA	FECHA LECTURA	RESULTADO FINAL
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30																							
31																							
32																							
33																							
34																							
35																							
36																							
37																							
38																							
39																							
40																							
41																							
42																							
43																							
44																							
45																							
46																							
47																							
48																							
49																							
50																							
51																							
52																							
53																							
54																							
55																							
56																							
57																							
58																							
59																							
60																							
61																							
62																							
63																							
64																							
65																							
66																							
67																							
68																							
69																							
70																							
71																							
72																							
73																							
74																							
75																							
76																							
77																							
78																							
79																							
80																							
81																							
82																							
83																							
84																							
85																							
86																							
87																							
88																							
89																							
90																							
91																							
92																							
93																							
94																							
95																							
96																							
97																							
98																							
99																							
100																							

Ministerio de Salud
Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Sur

Mismo logo que los otros boyos

Estrategia Sanitaria de
Prevención y Control de
Tuberculosis

Paper | **Printed by** **Superior Printing Co.** | **Distributed by** **Cheney Industries Inc.**

LABORATORIO DE REFERENCIA DE SALUD PUBLICA - DISA II LIMA SUR
REGISTRO DE MUESTRAS PARA CULTIVO - METODO OGAWA DE *Mycobacterium tuberculosis*

[illegible]

10/28/08
404

ANEXO 06



ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
Tuberculosis

SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA

1. DIRIS/DIRESA: _____ N° Orden en Libro de Reg. _____

EESS: _____ 2. Servicio: _____ Cama N°: _____

3. _____ Apellidos y Nombres Edad: _____ Sexo: _____

Hist. Clínica _____ DNI: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Referencia: _____ Correo electrónico: _____

4. Tipo de Muestra: Esputo: ☐ Otro: ☐ Especificar: _____

5. Antecedente de tratamiento: Nunca Tratado: ☐ Antes tratado: Recaida: ☐ Abandono Recup: ☐ Fracaso: ☐

6. Diagnóstico: S.R. ☐ Seg. Diagnóstico ☐ Rx Anormal ☐ Otro: ☐

9. Control de tratamiento: Mes ☐ Esq. TB sensible ☐ Esq. DR ☐ Esq. MDR ☐ Esq. XDR ☐ Otros ☐

7. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M ☐ 2da M ☐ Otras (especificar N°) ☐ Cultivo: ☐

Prueba de Sensibilidad: Rápida: ☐ Especificar: _____ Convencional: ☐ Especificar: _____

8. Otro examen (especificar): _____

Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: _____

10. Fecha de obtención de la muestra: _____ 11. Calidad de la muestra: Adecuada: ☐ Inadecuada: ☐

12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: _____

13. Teléfono celular: _____ Correo: _____

14. Observaciones: _____

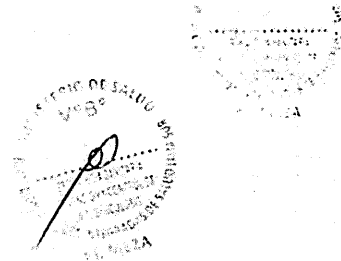
15. RESULTADOS: (PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Resultados (solo marcar casilla correspondiente)		
				Negativo Anotar (-)	N° BAAR/ Colonias	POSITIVO (Anotar +, ++, +++ con color rojo)
	Baciloscopia					
	Cultivo					

16. Apellidos y Nombres del Laboratorista: _____ 17. Fecha de entrega: _____

18. Observaciones: _____

10. Control Pont Alto: Mes ☐ Esq. TB sensible ☐ Esq. TB Resistente ☐ Esq. XDR ☐ Otros ☐



ANEXO 07

(Logo de la DIRIS Lima Sur) *ANEXO N° 7*

ANEXO 6 TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

Dirección de Salud: *Res. 1* *Distrito*
 Establecimiento de Salud: Médico tratante: N° Historia Clínica:
 Apellidos: Nombres:
 Sexo: M ☐ F ☐ Edad: Peso: kg. Talla: mts. Fecha Nacimiento: DNI:
 Teléfono: Dirección:
 Tipo de Seguro: N° de afiliación:
 Código SIGTA: N° de caso:

LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marque una casilla)

Pulmonar ☐ Extrapulmonar ☐

(especifique localización)

CONDICIÓN DE INGRESO (marque una casilla)

Nuevo ☐ Abandono recuperado ☐ Recaida ☐ Fracaso ☐

Fecha de inicio de tratamiento:

YB-VIH

Antecedentes VIH	FECHA	RESULTADO*
Embarazo Pretest		
Muestra Vial		
CD4		
Inicio de TPC*		
Inicio de TARGA*		

Valor a la izquierda

* Resultados de VIH: P = positivo, N = negativo, I = indeterminado, ND = no se realizó. Los pacientes VIH positivos deben ser derivados al consultorio de VIH; TPC = terapia preventiva con cotrimoxazol; TARGA = tratamiento antirretroviral de gran actividad.

DIABETES MELLITUS

Antecedentes DM: *SI* ☐ *NO* ☐

Consultas de Endocrinología:

Fecha diagnóstico de DM:

Fecha inicio de tratamiento:

Prueba de Sensibilidad Rápida (PSR)

FECHA DE TOMA DE MUESTRA	FECHA DE RESULTADO	LABORATORIO QUE PROCEDE	ESPECIE DE BACTERIA	TIPO DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD	RESULTADO

PSR = Presencia (en cualquier caso) / S = Sensible (en azul)

Factor de Riesgo:

I. PRIMERA FASE

Esquema de tratamiento

(especificar en siglas)

MEDICAMENTO	DOSIS MES 1	DOSIS MES 2
Rifampicina (R)		
Isonácida (H)		
Etambutol (E)		
Pirazinamida (Z)		
DFC (Resisto)	////	////

MES	FECHA	RESULTADO DE BACILOSCOPIA	RESULTADO DE CULTIVO	PESO (KG)	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					

TRATAMIENTO DIARIO DIRECTAMENTE OBSERVADO

Día Mes-año	DÍAS																															DOSIS MENSUALES		PESO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Mensual	Acumulada	

Marque con una check azul (v) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el día en que el paciente no recibió tratamiento.

II. SEGUNDA FASE

MEDICAMENTO	DOSIS 3 MES	DOSIS 4 MES	DOSIS 5 MES	DOSIS 6 MES	7	8	9	10	11	12
Rifampicina (R)										
Isonácida (H)										
DFC (Resisto)	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////

Frecuencia de dosis: ☐ Lunes, Miércoles y Viernes
☐ Martes, Jueves y Sábado
☐ Diario de Lunes a Sábado

TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO:

Día Mes-año	DÍAS																															DOSIS MENSUALES		PESO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Mensual	Acumulada	

Marque con una check azul (v) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el día en que el paciente no recibió tratamiento.

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS

CONTROL DE CONTACTOS

N°	Apellidos y Nombres	Edad		Tipo de contacto		Relación caso		BCG	PPD	Primer control		Segundo control		Tercer control	
		M	F	Domic.	Extra	Parentesco	Fecha			Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Control de administración semanal de la terapia preventiva con isoniacida (TPI) a contactos

Fecha de Inicio: Fecha de término:

N° orden	Edad		Peso	Dosis	SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ISONIACIDA																							
	M	F			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

CONTROL DE VISITAS DOMICILIARIAS

N° control	Consulta médica	Entrevista enfermería	Evaluación por servicio social	Evaluación psicológica, nutrición	Visitas domiciliarias	
	(Indicar fechas)				Fecha	Motivo

RAM tratada:

SI ☐ NO ☐ Fármaco (s) causante (s): Hepática: ☐ Cutánea ☐ Digestiva ☐ Renal ☐
Otras ☐ ¿Cual? Suspensión del medicamento: SI ☐ NO ☐ Cambio del esquema: SI ☐ NO ☐

Observaciones:

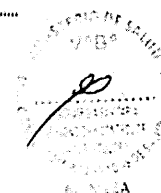
CONDICIÓN DE EGRESO:

Fecha de egreso:

Curado ☐ Tratamiento completo ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ *Rebota de tuberculosis*

Nombre y Sello del responsable del Ingreso

Nombre y Sello del responsable del Egreso



MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EXÁMENES AUXILIARES DEL AFECTADO EN TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE

[illegible]

Monitoreo establecidos según Norma Técnica

Paq. 04

ESTAND	EMPIR	INDIVID	XDR	Apoyo RAM	OTROS

(TTB-MDR / XDR, MONORESISTENTE, POLIRESISTENTE)

□

Fecha	Decisión	Próxima fecha

	Marcar sólo uno
<u>Condición de Ingreso</u>	
<u>Nuevo</u>	
<u>Recalida</u>	
<u>Abandono Recupera</u>	
<u>Francia</u>	

[illegible]

Primera línea: H = Isoniacida / R = Rifampicina / E = Etambutol / Z = Pirazinamida / S = Estreptomicina

[illegible]

$\text{Vred} = \frac{\text{Receguilina}}{\text{C Inf. minis}}$

7

Baciloscopia			
Mes no.	Fecha de toma *	Código lab.	Resultado
Antes**			
0***			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

Cultivo			
Mes no.	Fecha de toma *	Código lab.	Resultado
Antes**			
0***			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

Nota:

- * Todas las fechas en las tablas que indican bacilos: copias, cultivos y drogabilidad, corresponden a la fecha de toma de muestra.
- ** La fecha de cuando se presumió que el paciente fuera un caso de TB-MDR y que hizo que se le tomara una muestra de esputo para BK, Cultivo y PS.
- *** La baciloscopia y cultivo antes de la primera toma del tratamiento.

Informe de resultados de baciloscopia

No se encuentran BAAR en 100 campos	Neg (-)
1-9 BAAR por 100 campos	Reportar el número de BAAR encontrados
10-99 BAAR por 100 campos	+
1-10 BAAR por campo	++
> 10 BAAR por campo	+++

Informe de resultados de cultivo

No hay crecimiento	Neg (-)
Menos de 10 colonias	Reportar el número de colonias
10-100 colonias	+
Más de 100 colonias	++
Innumerable o confluyente	+++

[illegible]

<input checked="" type="checkbox"/>	Dosis de la mañana	<input checked="" type="checkbox"/>	Dosis de la tarde	<input checked="" type="checkbox"/>	Ambas dosis	<input type="checkbox"/> F	Si no tomo los medicamentos	<input type="checkbox"/>	Dosis Incompleta
	(color azul o negro)						(color rojo)		(color rojo)

[illegible]

Condición de egreso	Fecha	Nº dosis
Curado		
Tratamiento completo		
Fracaso		
Fallecido		
Abandono		

Firma y Sello del responsable del egreso

CONTROL DE CONTACTOS
Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis

Mismo formato para todos los trimestres.

N° Orden	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo F M	Parentesco/ tipo de contacto	Recibió TPI en anterior oportunidad Si No	Al inicio del tratamiento del caso índice		Control 3 meses después	
						Fecha de evaluación neumológica	Resultado Antígeno-Tuberculin IG	Fecha	SR
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

N° Orden	Nombre y apellidos	Control 6 meses después				Control 9 meses después				Control 12 meses después			
		Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No	Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No	Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

N° Orden	Nombre y apellidos	Control 15 meses después				Control 18 meses después				Control 24 meses después			
		Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No	Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No	Fecha	SR Si No	Examen Médico Si No	Rayos x Si No
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

NOMBRES Y APELLIDOS		Nº DE CASO	
PROCEDIMIENTOS	ESTUDIO CLÍNICO	MES DEL INICIO	AÑO
Hemograma Completo	Fecha		
Hematoglobina	Fecha/Frecuencia		
Glicemia en ayunas	Fecha/Frecuencia		
Creatinina	Fecha/Frecuencia		
Urea	Fecha/Frecuencia		
TGO	Fecha/Frecuencia		
TGP	Fecha/Frecuencia		
Estronobina elevada*	Fecha/Frecuencia		
Bilirrubina indirecta	Fecha/Frecuencia		
Fosfatasa alcalina	Fecha/Frecuencia		
TSN NI de esquema incluye Elio o PAS)	Fecha/Frecuencia		
Puntuación o ELISA para VIH	Fecha/Frecuencia		
Prueba de embarazo (HET)	Fecha		
Exámenes (RAI X CL)	Fecha		
Radiografía de tórax	Fecha		
Evaluación por enfermería	Fecha		
Evaluación de médico familiar	Fecha		
Evaluación por médico consultor	Fecha		
Evaluación por servicio social	Fecha		
Evaluación por psicología	Fecha		
Evaluación por psiquiatría**	Fecha		
Autoanálisis y autoevaluación***	Fecha		
Consejería por nutrición	Fecha		
Control por planificación familiar	Fecha		
Control de DMI (TBV/HIV)	Fecha/frecuencia		
ENDOCRONOLOGÍA	Fecha		
Evaluación por oftalmólogo	Fecha		
Evaluación por endocrinóloga	Fecha		

[illegible]

ANEXO 9



PERU

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

ANEXO N° 18: FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

I. DATOS GENERALES

DIRIS/DIRESA: _____ FECHA: _____

EESS _____

Apellidos y Nombres: _____

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

Esquema de tratamiento: Estandarizado () Empírico () Individualizado () XDR ()

Modificado por RAM () MNT () ()

Micobact. No TB

N° de caso TB Resistente	_____
Fecha de aprobación por el CER / CNER	___/___/___

II. INICIO DE TRATAMIENTO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___ (DD/MM/AA)

III. ABANDONO DE TRATAMIENTO

FECHA DE ABANDONO	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

IV. TRANSFERENCIA REALIZADA

FECHA DE TRANSFERENCIA	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

EESS al que es transferido el paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

FALLECIMIENTO

FECHA DE FALLECIMIENTO	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

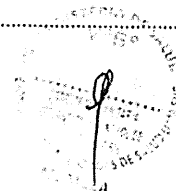
VI. TÉRMINO DE TRATAMIENTO

Fecha de término de tratamiento: ___/___/___

Condición de egreso: Curado () Tto. Completo () Fracaso () Excluido por PS ()

VII. OBSERVACIONES

.....
.....
.....



ANEXO 10



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

ANEXO N° 19: FORMATO DE EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

Trimestre Informado	1	2	3	4	5	6	7	8	

I. DATOS GENERALES

II. N° de caso UT-TB _____ Fecha de Inicio de Retratamiento ____/____/____
Día Mes Año

III. Apellidos y Nombres: _____ Edad: ____

IV. Establecimiento de Salud: _____

V. DIRIS/DIRESA/GERESA: _____

VI. ESQUEMA (Marcar con X donde corresponde)

Estandarizado ☐ Empírico ☐ Individualizado ☐ XDR ☐ RAM ☐ No TB ☐

VII. EVOLUCIÓN CLÍNICA (Marca con X donde corresponda)

Favorable ☐ Estacionaria ☐ Desfavorable ☐

VIII. REACCIONES ADVERSAS (Marca con X donde corresponda)

No hubo ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐

ADJUNTAR FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS (RAM)

IX. EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA (Marca con X donde corresponda)

Favorable ☐ Estacionaria ☐ Desfavorable ☐

X. INFORMACION ADICIONAL:

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA (incluir registro actualizado de la evolución de baciloscopías y cultivos).

ADJUNTAR FORMATO DE POSOLOGIA DE MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA ELABORADO POR EL CONSULTOR PARA SU ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN.

Fecha de elaboración del informe:/...../.....

Sello y Firma del Médico Tratante
del EESS

Sello y Firma del Coordinador
de la ESPCT



ANEXO 11

//

Estrategia Sanitaria
de prevención y control
de tuberculosis.

(Dumanteo logo
de la Dirs
Lima Sur)

MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

**ANEXO N° 24: LISTA DE CHEQUEO PARA LA PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES AL
CRER/CER/CNER**

DIRIS/DIRESA/GERESA:	RED:	PESO:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		TALLA:
APELLIDOS Y NOMBRES:		EDAD:
DNI:		CONFORME OBSERVAC.
1.- Resumen* de caso elaborado por el médico consultor o acta del CER/CRER/CNER*		
2.- Anexo 17: Resumen de historia clínica del paciente con TB resistente		
3.- Fotocopia de las tarjetas con tratamientos anti TB previos		
4.- Anexo 18: Formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de 2da línea (notificación de inicio y/o egreso) **		
5.- Fotocopia de los resultados del BK (tres últimos)		
6.- Fotocopia de resultados cultivos (tres últimos)		
7.- Resultado de las pruebas de sensibilidad		
8.- Serie radiográfica: radiografía y/o tomografía (***)		
9.- Informe psicológico		
10.- Informe de servicio social		
11.- Informe de enfermería sobre los factores de riesgo para la adherencia al tratamiento		
12.- Informe del nutricionista		
13.- I/C Psiquiatría		
14.- Audiometría		
15.- Espirometría (Para casos quirúrgicos)		
15.- Otros (I/C con otras especialidades **, notificaciones e informes de: RAM, reto)		
16.- ANÁLISIS DE LABORATORIO:		
a.- Hemograma completo		
b.- Glucosa, proteínas totales y fraccionadas		
c.- Creatinina y urea		
d.- TGO		
e.- TGP		
f.- Fosfatasa alcalina		
g.- Serología para VIH y hepatitis B		
h.- Beta-HCG sérica		
i.- Electrolitos, TSH (según sea el caso)		
17.- Consentimiento informado y asentimiento informado* (éste último según corresponda)		
18.- Documento Nacional de Identidad (DNI)*****		
19.- Copia de afiliación SIS, ESSALUD, otros		

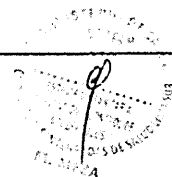
(*) En casos de TB XDR: confirmados o en tratamiento, Informe del médico consultor de la UNET para el CNER.

(**) Según lo requiera el caso

(***) Para casos quirúrgicos

(****) Si el paciente es menor de edad adjuntar DNI del paciente y padres o apoderado

† El asentimiento informado: según registro en la historia clínica.



ANEXO 12



Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

N° DE CASO:

ORDEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS
PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ N° HC: _____ N° SIG TB: _____ EDAD: _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA DE INICIO DE TTO: ____/____/____

Marcar con ☒ la información que documenta la Historia Clínica (HC)

*ITEMs	LISTA DE DOCUMENTACIÓN	SI
FILIACIÓN	DNI	
	ACTA DE COMPROMISO	
	AFILIACIÓN AL SIS	
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	EVALUACIÓN MEDICA (ANEXO N°7)	
	RECETA UNICA ESTANDARIZADA	
	FORMATO DE DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES	
EVALUACIÓN POR MEDICO TRATANTE Y OTRAS ESPECIALIDADES (Según co-morbilidad o RAM)	EVALUACIÓN DE CONTROL POR MÉDICO TRATANTE (según norma)	
	NEUMOLOGIA (CONSULTOR)	
	INFECTOLOGIA	
	ENDOCRINOLOGIA Y OTROS	
EVALUACIÓN DE ENFERMERIA	ENTREVISTA DE ENFERMERIA INICIAL	
	ENTREVISTA DE ENFERMERIA MENSUAL	
	VISITAS DOMICILIARIAS (Antes de iniciar tratamiento y las de seguimiento)	
EVALUACIÓN DE OTROS PROFESIONALES (Inicial, cambio de fase y al termino)	EVALUACIÓN POR SERVICIO SOCIAL (Inicio, cambio de fase y alta)	
	EVALUACIÓN POR PSICOLOGIA (Inicio, cambio de fase y alta)	
	CONSEJERIA POR NUTRICIÓN (Inicio, cambio de fase y alta)	
	CONSEJERIA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR (MEF) (Inicio, cambio de fase y alta)	
BACILOSCOPIAS	BACILOSCOPIA DE DIAGNOSTICO "CERO" Y CONTROL(Colocar en la parte superior el último resultado y en la inferior el inicial)	
CULTIVOS	CULTIVO DE INICIO Y CONTROL	
PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	PRUEBA DE SENSIBILIDAD RAPIDA	
	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE 1ERA Y 2DA LINEA	
EXÁMENES DE LABORATORIO Y OTROS	HEMOGRAMA COMPLETO	
	GLICEMIA EN AYUNAS	
	CREATININA	
	PERFIL HEPÁTICO (TGO, TGP, bilirrubina directa e indirecta y fosfatasa alcalina) (Inicial y cambio de fase)	
	PRUEBA RÁPIDA O ELISA PARA VIH 1-2	
	PRUEBA DE EMBARAZO (mujeres en edad fértil)	
	INFORME DE RADIOGRAFIA DE TORAX	
	OTROS (Según indicación médica)	
RAM	RETOS Y NOTIFICACIONES	
ESTUDIO DE CONTACTOS	EVALUACIÓN DE CONTACTOS	
TRATAMIENTOS ANTERIORES	TARJETAS DE TRATAMIENTO	
	PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	
ANTECEDENTES FAMILIARES	TARJETAS DE TRATAMIENTO	
	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE LOS CONTACTOS CONTR	

ANEXO 13



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

N° DE CASO (EESS):

N° DE CASO (UT/MINSA):

ORDEN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS (HC) DE LOS
PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA TB RESISTENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____

DNI: _____ N° HC: _____ N° SIG TB: _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA DE INICIO DE TTO: ____/____/____

Marcar con ☒ la información que documenta la Historia Clínica (HC)

*ITEMs	LISTA DE DOCUMENTACIÓN	SI
FILIACIÓN	DNI	
	ACTA DE COMPROMISO	
	AFILIACIÓN AL SIS	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo N° 16)	
	RESUMEN DE HC DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE (Anexo N° 17)	
	ACTA DEL CER/DISA y/o CNER	
	LISTA DE CHEQUEO PARA PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTE AL CER DIRIS LS/CNER	
	RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA (RUE) (Vigente)	
	FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE TRATAMIENTO (Anexo N° 18)	
	INFORME DE EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON DROGAS DE SEGUNDA LÍNEA (Anexo N° 19)	
EVALUACIÓN POR MÉDICO TRATANTE Y ESPECIALIDAD (según comorbilidad o RAM)	FORMATO DE DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES	
	EVALUACIÓN DE CONTROL POR MÉDICO TRATANTE (Mensual)	
	EVALUACIÓN POR NEUMÓLOGO CONSULTOR (Anexo N° 5) (Trimestral)	
	PSIQUIATRÍA (Si tratamiento incluye CS o co-morbilidad)	
	OTORRINO (Si tratamiento incluye inyectable)	
EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA	INFECTOLOGÍA/ ENDOCRINOLOGÍA Y OTROS (Si presenta co-morbilidad)	
	ENTREVISTA DE ENFERMERÍA INICIAL	
	ENTREVISTA DE ENFERMERÍA MENSUAL	
BACTERIOLOGÍA DE CONTROL	VISITAS DOMICILIARIAS (Al iniciar tratamiento y las de seguimiento)	
	BACILOSCOPIAS DE DIAGNÓSTICO Y DE CONTROL	
PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	CULTIVOS DE DIAGNÓSTICO Y DE CONTROL	
	PRUEBA DE SENSIBILIDAD RÁPIDA	
	PRUEBA DE SENSIBILIDAD CONVENCIONAL (1era línea)	
ATENCIÓN INTEGRAL (Basal y de control)	PRUEBA DE SENSIBILIDAD CONVENCIONAL (2da línea)	
	EVALUACIÓN POR SERVICIO SOCIAL (Trimestral)	
	EVALUACIÓN POR PSICOLOGÍA (Cada 3 meses)	
	CONSEJERÍA POR NUTRICIÓN (Cada 3 meses)	
EXÁMENES DE LABORATORIO Y OTROS SEGÚN NORMATIVA (basal, control y otros según co-morbilidad)	CONSEJERÍA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Mensual)	
	HEMOGRAMA COMPLETO	
	GLICEMIA EN AYUNAS	
	CREATININA	
	PERFIL HEPÁTICO (TGO, TGP, bilirrubina directa e indirecta y fosfatasa alcalina)	
	PRUEBA RÁPIDA O ELISA PARA VIH 1-2	
	PRUEBA DE EMBARAZO (mujeres en edad fértil)	
RAM	OTROS (según indicación médica)	
	RETOS	
ESTUDIO DE CONTACTOS	NOTIFICACIONES	
	EVALUACIÓN DE CONTACTOS	
TRATAMIENTOS ANTERIORES	TARJETAS DE TRATAMIENTO	
	PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE TB	TARJETAS DE TRATAMIENTO DE LOS CONTACTOS CON TB	
	PRUEBA DE SENSIBILIDAD RÁPIDA DE LOS CONTACTOS CON TB	

ANEXO 14



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

ANEXO N° 7

FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA DEL AFECTADO CON TUBERCULOSIS

Código SIG TB

Fecha: _____ Ficha Familiar N° _____ Historia Clínica N° _____

1. Dirección de Red Integrada de Salud: _____ 2. Establecimiento de Salud: _____

3. Establecimiento de Salud: _____

I. DATOS DE FILIACIÓN:

4. Nombre del paciente: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

5. Edad: _____ 6. Sexo: _____ 7. Grado de Instrucción: _____ 8. Ocupación: _____

9. Teléfono: _____ 10. Documento de Identidad _____ 11. Estado Civil _____

12. Domicilio: _____

Avenida, Jr., Calle o manzana N° o Lote Departamento Interior

13. Referencia del domicilio: _____

14. Localidad: _____ 15 Distrito: _____ 16. Tiempo de residencia: _____

17. Procedencia: _____ Viajes: _____

II. ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PERSONALES

TABACO	Actual	Pasado	Nunca	Cigarros/día _____				¿Cuántos años? _____	
ALCOHOL	Actual	Pasado	Nunca						
DROGAS	Actual	Pasado	Nunca	MN	PBC	TX	EV	Centro de Rehabilitación	
PPL	Desde			Hasta			Donde:		
PARA MUJERES	FUR:			G _____			¿Anti-conceptivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				P _____			Si cual _____		

Enfermedades y/o Intervenciones Quirúrgicas anteriores: _____

Tratamiento(s) de tuberculosis anterior (es):

	FECHA DE INICIO (DD-MM-AA)	FECHA DE TÉRMINO (DD-MM-AA)	DURACIÓN	ESQUEMA					LUGAR	CONDICIÓN DE EGRESO (CFATR)
1			M	UNO	DOS	OTRO	Estand	Individual		
			D							
2			M	UNO	DOS	OTRO	Estand	Individual		
			D							
3			M	UNO	DOS	OTRO	Estand	Individual		
			D							
4			M	UNO	DOS	OTRO	Estand	Individual		
			D							

Antecedentes Médicos: _____

VIH/SIDA

SI NO

Diabetes Mellitus

☐ ☐

Insuficiencia Renal Crónica

☐ ☐

Hepatitis Crónica o Cirrosis

☐ ☐

Gastritis Moderada - Severa

☐ ☐

Convulsiones - Epilepsia

SI NO

Enfermedades Cardiovasculares

☐ ☐

Enfermedades Psiquiátricas

☐ ☐

Otros

☐ ☐

Alergia a medicamentos: SI () NO () ¿A CUALES?: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes de tuberculosis en la familia: SI () NO ()

Estado actual del Contacto: (C) CURADO (T) EN TRATAMIENTO (S) SOSPECHOSO DE TB
(F) FALLECIDO (A) ABANDONO (?) NO SE SABE

Nombres y Apellidos	Parentesco	TRATAMIENTOS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD, ESQUEMA ACTUAL						Estado Actual CISFAT
		Ttos. Anteriores	UNO	DOS	OTRO	Estand.	Individual	
		Prueba de Sensibilidad	Fecha	Lab:	Cepa	Resultado		
		Esquema Actual						
		Ttos. Anteriores	UNO	DOS	OTRO	Estand.	Individual	
		Prueba de Sensibilidad	Fecha	Lab:	Cepa	Resultado		
		Esquema Actual						
		Ttos. Anteriores	UNO	DOS	OTRO	Estand.	Individual	
		Prueba de Sensibilidad	Fecha	Lab:	Cepa	Resultado		
		Esquema Actual						
		Ttos. Anteriores	UNO	DOS	OTRO	Estand.	Individual	
		Prueba de Sensibilidad	Fecha	Lab:	Cepa	Resultado		
		Esquema Actual						

Otros antecedentes patológicos familiares: _____

III. ANAMNESIS:

Tiempo de enfermedad: _____

Forma de Inicio: _____ Curso: _____

Signos y síntomas:

Tos () Expectoración () Fiebre () Pérdida de Peso () Pérdida de apetito ()

Otros: _____

Relato: _____

Consultas Previas: (anotar nombre y lugar del establecimiento, N° de consultas y resultado de la consulta)

IV. EXAMEN FÍSICO:

BCG: SI () No () (verificar cicatriz)

Examen General: _____

Signos Vitales

PA _____

FC _____ (min)

FR _____ (min)

T° _____ (°C)

Peso _____ (kg)

Talla _____ (cm)

Examen por Sistemas: _____

V. EXÁMENES AUXILIARES:

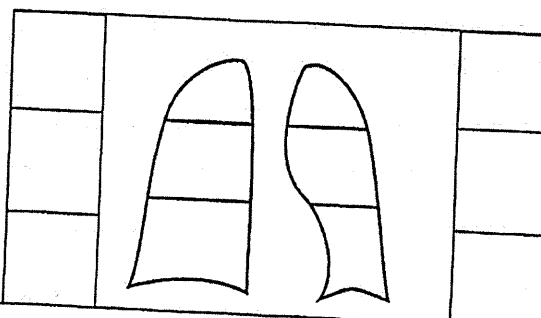
BK INICIAL	Fecha	Resultado	N° de Registro
1ra			
2da			
Cultivo			

Otros exámenes: _____

RADIOGRAFÍA:

Fecha: _____

DD-MM-AA



- 1) Caverna
- 2) Tractos fibrosos
- 3) Infiltrado alveolar
- 4) Neumotorax
- 5) Derrame pleural
- 6) Nódulo
- 7) Diseminado / miliar
- 8) Bula
- 9) Ganglionar intratoraxica
- 10) Cambios quirúrgicos

VI. DIAGNÓSTICO: _____

(CIE 10)

VII. TRATAMIENTO:

Esquema para TB sensible ()

Otros: _____

a. Medicamentos	b. Dosificación	c. Frecuencia	d. Observaciones

VIII. OTRAS INDICACIONES: _____

Firma y sello del médico tratante del

ANEXO 15



ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

ANEXO N° 17: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE AFECTADO POR
TUBERCULOSIS CON MEDICAMENTOS DE 2DA. LINEA

Código SIG TB

DIRIS/DIRESA: _____ FECHA: _____

EESS _____

1. DATOS DEMOGRAFICOS

Apellidos y Nombres: _____

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

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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

2. ANTECEDENTES:

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

MEDICACION CONCOMITANTE: _____

3. TRATAMIENTOS ANTI-TUBERCULOSIS ANTERIORES:

Lugar y año	DIAGNOSTICO	ESQUEMA	EVOLUCION	CONDICION EGRESO

4. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE:

R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	E	S	Km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	PAS

5. CASOS INDICE CON TB:

Situación actual: En tratamiento, Curado, Fracaso, Abandono, Fallecido

Apellidos y Nombres	Parentesco – Tipo de contacto	Fecha y Esquema de Tratamiento	Situación actual

6. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL CASO INDICE:

R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	E	S	Km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	PAS

7. CONDICION ACTUAL:

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

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

Examen Preferencial:

8. ESQUEMA ACTUAL:

Fecha de Inicio: _____

EVOLUCIÓN: _____

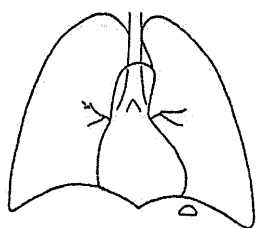
REGULARIDAD AL ÚLTIMO TRATAMIENTO:

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

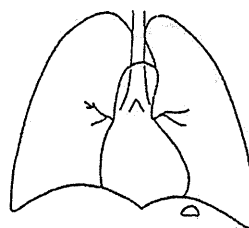
9. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM):

Fecha de Notificación	Tipo de RAM	Medicamento(s) Identificado(s) o Sospechoso(s)	Fecha Inicio	Fecha Final	Disposición /evolución

10. RADIOLOGIA:



FECHA: _____



FECHA: _____

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

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

MEDICO TRATANTE
FIRMA Y SELLO

OPINION DE CONSULTOR

Lugar y Fecha: _____

CONDICION DE INGRESO

Nuevo	()
Recaída a esquema para TB sensible	()
Abandono	()
Fracaso al esquema para TB sensible	()
Fracaso al esquema de retratamiento	()
Otra: _____	()

DIAGNOSTICO DE INGRESO

MDR () XDR () Otras Resistencias (): _____

ESQUEMA INDICADO

Individualizado	()	_____
Empirico	()	_____
Estandarizado	()	_____
Modificado por RAM/comorbilidad	()	_____
Micobacterias no TB (MNT)	()	_____
Otros:	()	_____

PLAN DE TRABAJO

MEDICO CONSULTOR
FIRMA Y SELLO

ANEXO 16



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

EVOLUCION MÉDICA DEL CONSULTOR

Nombre del Paciente : _____
Fecha de Consulta : _____ Motivo de Visita: _____

Peso	:	_____
FC	:	_____
FR	:	_____
FUR	:	_____

COMENTARIO:

SUGERENCIA:

PROBLEMAS ACTIVOS	
Gastrointestinal	
<input type="checkbox"/> Diarrea	>= 3 veces diario
<input type="checkbox"/> Hepatitis	TGO, TGP > 3 valor normal
<input type="checkbox"/> Vómitos	>= 3 veces diario
<input type="checkbox"/> Gastritis	Requiere Tto. Ejmt Ranitidina
Dermatológico	
<input type="checkbox"/> Dermatitis Severa	Requiere Suspensión de Tto. Ejmt Steven Johnson
Psiquiátrico	
<input type="checkbox"/> Ansiedad	Ansiolítico
<input type="checkbox"/> Depresión	Requiere Anti-depresivo
<input type="checkbox"/> Psicosis	Requiere Anti-Psicótico
<input type="checkbox"/> Ideas de suicidio	Según paciente
Neurológico	
<input type="checkbox"/> Trastorno motor	Dx. Clínica. Ejmt Distonia, Disquinesia, etc
<input type="checkbox"/> Ototoxicidad	Que afecta función cotidiana
<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica	Dx. Clínico
<input type="checkbox"/> Convulsión	Dx. Clínico
Otro	
<input type="checkbox"/> Trastorno Electrolítico	K < 3.3 ; Mg < 1.5
<input type="checkbox"/> Artritis, Artralgia	Requiere Anti-inflamatorio
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	Tsh >= 10
<input type="checkbox"/> Nefrotoxicidad	Cr > 2.0 o Cr doble valor basal
<input type="checkbox"/> Otro	
Complicaciones de TB	
<input type="checkbox"/> No adherencia al Tto.	Perdida > 10% dosis
<input type="checkbox"/> Hemoptisis masiva	>= 500 ml en 24 h.
<input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria	Disnea sin esfuerzo
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	Requiere tratamiento
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Otro	

EVOLUCION BACTERIOLOGICA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO

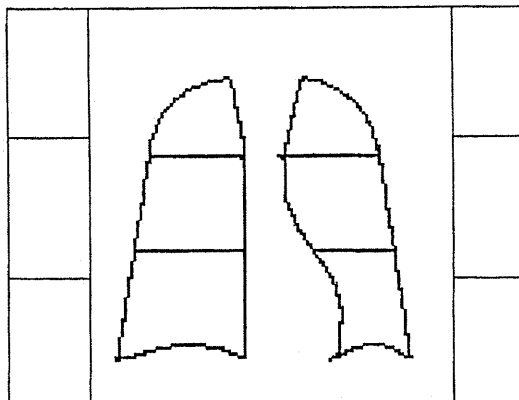
Fecha de Inicio de tratamiento: _____

CONTROL		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
BK	Resultado																		
	N° Reg.																		
CULTIVO	Resultado																		
	N° Reg.																		

PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE													R: Resistente, S: Sensible			
LABORATORIO	N°	FECHA	R	H	Z	E	S	K	Cx	Eth	Cs	PAS				
	CEPA															

Fecha de Radiografía:

DD-MM-AA: _____



1. Caverna
2. Tractos fibrosos
3. Infiltrado
4. Neumotorax
5. Derrame Pleural
6. Tuberculoma
7. Diseminado miliar
8. Bula
9. Gangliones intratorácica
10. Post quirúrgica

Firma y sello de Médico consultor

ANEXO 17



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

HOJA DE EVOLUCIÓN MÉDICA

1. Fecha _____

2. Motivo de la consulta a. Término de I fase () b. Reacción Adversa a Medicamento ()
c. Inasistencia a tratamiento () d. Alta de tratamiento ()
e. Otros Motivos () Especificar _____

3. Examen bacteriológico de control

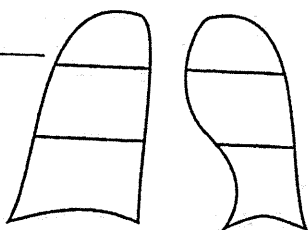
Baciloscopia () Mes _____ Fecha _____ Resultado: _____ N° de Reg. _____
Cultivo () Mes _____ Fecha _____ Resultado: _____ N° de Reg. _____

4. Otros exámenes auxiliares _____

5. Peso actual _____ kg.

6. Descripción de síntomas, signos u otros: _____

Fecha: _____



7. Conclusión: _____

8. Indicaciones: _____

ANEXO



Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima Sur



ENTREVISTA DE ENFERMERIA INICIAL

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis

FECHA

--	--	--

H.C. _____ DNI _____ CASO N° _____

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos: Fecha de nacimiento:/...../.....
Edad: Sexo: Lugar de Procedencia: Estado civil:
Dirección actual: Distrito:
Provincia: Referencia: Tiempo de residencia actual:
Teléfonos: Religión: Grado de instrucción:
Actividad Actual: Trabaja () Estudia () Trabaja y estudia () Ama de casa () Sin actividad ()
Si trabaja, especificar ocupación laboral*: Empleador () Independiente () Empleado () Obrero ()
Trabajador familiar no remunerado () Trabajador del hogar () Otro () especificar:
Si estudia, especificar nivel de estudio: Básico Regular: Inicial () Primaria () Secundaria () / Pre-universitario ()
Técnico () Universitario ()
Nombre de la empresa que labora: Horario de trabajo:
Nombre de la institución educativa: Horario de estudios:
Nombre de un familiar o agente de soporte: Parentesco:
Dirección: Teléfonos:

II. VIVIENDA (Prevía visita domiciliaria completar los siguientes datos)

Tenencia: Propia ☐ Alquilada ☐ Alojado ☐ Observaciones:
Material: Noble ☐ Rustico ☐ Observaciones:
N° de habitaciones sin contar cocina y baño: N° de dormitorios: N° de ventanas:

III. ANTECEDENTES PERSONALES

1. BCG (verificar N° de cicatriz) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐
2. COMORBILIDAD SI ☐ NO ☐

ENFERMEDAD	AÑO	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Diabetes Mellitus			
VIH/SIDA			
IRC			

3. Otras enfermedades:
4. Alergias: SI () NO () Si marca SI, especificar a que es alérgico (a):

IV. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

AÑO	TIPO DE TB	ESQUEMA DE TRATAMIENTO	CONDICION DE EGRESO*

*Condición de Egreso: (Curado, Abandono, Cambio de Esquema por P.S. Fracaso)

V. ENFERMEDAD ACTUAL

Tipo de TB: Pulmonar ☐ / Extra-pulmonar ☐ : Órgano afectado:
Condición de ingreso: Nuevo ☐ / Antes tratado ☐ : Abandono recuperado ☐ Recaída ☐
Tiempo de inicio de la tos con flema por 15 días o más:
Lugar probable de contagio:
Tiempo de inicio de síntomas (bajo de peso, pérdida de apetito, sudoración nocturna, fiebre):



HABITOS NOCIVOS: SI ☐ NO ☐

HABITOS	TIEMPO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO	TIPO (droga/juego/otros)	OBSERVACIONES
Alcoholismo				
Tabaquismo				
Drogadicción				
Ludopatía				
Otro (especificar en observaciones)				

Curanderismo/Chamanismo SI ☐ NO ☐

Uso tradicional de plantas medicinales SI ☐ NO ☐

Medicina alternativa (acupuntura, aromaterapia, yoga, suplemento dietético, shiatsu, etc.) SI ☐ NO ☐

RIESGO SOCIAL: SI ☐ NO ☐

RIESGO SOCIAL: SI ☐ NO ☐

PPL: () Ex PPL () Penal: Año:

Pandillaje () Indigente () Otros:...

ENFERMEDAD PSIQUIATRICA: SI ☐ NO ☐

Psicosis (esquizofrenia) ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐

Otros: ☐ Especificar:

Uso de Psicofármacos: SI () NO () SI marca SI, especificar cual:.....

VII. **CONTACTOS** (El registro de los contactos se realiza en la ficha de visita domiciliaria)

NUMERO DE CONTACTOS: < de 5 Años > de 5 Años.....

VIII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (Contactos con TB)

NOMBRES Y APELLIDOS	CONTACTO		PARENTESCO	AÑO	LUGAR	TIPO DE TBC	ESQUEMA TX.	CONDIC. DE EGRESO
	INTRA	EXTRA						

IX. ENTREVISTA DE ENFERMERIA:

IX. ENTREVISTA DE ENFERMERIA

Medidas antropométricas: Peso: Talla: IMC: Dx Nutricional:

Signos Vitales: T..... P/A..... F.C..... F.R:..... /FIR:.....

Resultado de BK: Resultado: Fecha: N° de Registro: /FUR:

Resultado de cultivo: Resultado: Fecha: N° de Registro:

Antecedentes de Resultados de Prueba de Sensibilidad (Verificar los resultados en el NETLAB) SI ☐ NO ☐

										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA TOMA DE MUESTRA	FECHA DE RESULTADO	LABORATORIO QUE PROCESA	CODIGO DE MUESTRA	TIPO DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD	RESULTADOS*	
					SÉNSIBLE	RESISTENTE

*Escribir con lápiz en rojo el término al que es Resistente.

*Escribir con lapicero rojo el fármaco al que es Resistente

X. VALORACIÓN DE ENFERMERIA



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

XI. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

XII. INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA A PAT Y FAMILIA

- ☐ Establecer un ambiente de cordialidad con el paciente
- ☐ Brindar apoyo emocional
- ☐ Brindar educación y consejería sobre la enfermedad, vía de transmisión, factores de riesgo, medidas de prevención, pruebas de sensibilidad etc. (apoyarse en el rota-folio)
- ☐ Informar sobre el tratamiento (fases, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico y radiológico)
- ☐ Educación sobre medidas de control de infecciones dentro del domicilio/ EESS
- ☐ Consejería pre y post test para tamizaje de VIH
- ☐ Consejería sobre RAM
- ☐ Informar la importancia de la adherencia al tratamiento
- ☐ Importancia del censo y evaluación médica de los contactos.
- ☐ Lectura de los deberes y derechos de los PAT (Ley N°30287 "Ley de prevención y Control de la tuberculosis en el Perú"
- ☐ Elaborar el plan de atención integral: Psicología, Servicio Social, Nutrición, Obstetricia (MEF)
- ☐ Otros:.....

Firma del Paciente

Firma del Familiar

Firma del Personal de Salud

ANEXO 19

ANEXO 19



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

ENTREVISTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TB

FECHA:

--	--	--

NOMBRES Y APELLIDOS:

MOTIVO DE ENTREVISTA

☐ Control mensual: N°

☐ Cambio de fase

☐ Inasistencia: N° faltas: N° de dosis tomadas : Motivo:

☐ Para presentación al CER: RAM ☐ Por PS ☐ Por cambio de denominación ☐ Mala evolución ☐

Otros ☐ especificar:

☐ Otros motivos: Especificar:

ENTREVISTA DE ENFERMERIA

Medidas antropométricas: Peso: Talla: IMC: Dx Nutricional:

Signos Vitales: T: P/A: F.C: F.R: FUR:

Ultimo BK: Mes: Fecha de muestra: N° de registro: Resultado:

Ultimo Cultivo: Mes: Fecha de muestra: N° de registro: Resultado:

Presenta: Nauseas ☐ Vómitos ☐ Ictericia ☐ Gastritis ☐ Cefalea ☐ Mareos ☐ Reacciones cutáneas ☐

Depresión ☐ Alucinaciones ☐ Hemoptisis ☐ Dolor en el lugar de Aplicación ☐

¿Recibe canasta de víveres de forma regular? SI ☐ NO ☐ Último mes que recibió canasta de víveres:

Observaciones:

Resultado prueba de sensibilidad (Verificar los resultados en el NETLAB)

FECHA TOMA DE MUESTRA	FECHA DE RESULTADO	LABORATORIO QUE PROCESA	CODIGO DE MUESTRA	TIPO DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD	RESULTADOS*	
					SENSIBLE	RESISTENTE

*Escribir con lapicero rojo el fármaco al que es Resistente

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA A PAT Y FAMILIA

- ☐ Establecer un ambiente de cordialidad con el paciente
- ☐ Brindar apoyo emocional
- ☐ Informar sobre resultado de la Prueba de Sensibilidad
- ☐ Reforzar educación sanitaria
- ☐ Informar sobre el tratamiento (fases, esquema de tratamiento o cambio, duración, control bacteriológico)
- ☐ Reforzar medidas de control de infecciones dentro del domicilio/ EESS
- ☐ Consejería sobre RAM
- ☐ Reforzar importancia de la adherencia al tratamiento
- ☐ Completar censo de contactos y evaluación médica.
- ☐ Revisar y completar el plan de atención integral: Psicología, Servicio Social, Nutrición, Obstetricia (MEF)
- ☐ Otros:

Firma del Paciente

Firma del Familiar

Firma del Personal de Salud

ANEXO 20



Estrategia Sanitaria de Prevención y
Control de Tuberculosis

**VISITA DOMICILIARIA INICIAL A LA PERSONA AFECTADA POR
TUBERCULOSIS (PAT)**

FECHA:

--	--	--

H.C. _____ CASO N° _____

DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos: Edad:

Dirección: Actual:

Referencia: Teléfono:

Procedencia: Tiempo de residencia:

ENFERMEDAD ACTUAL

Categoría de ingreso al programa

Nuevo ☐ Recaída ☐ Abandono ☐ Fracaso ☐

Diagnóstico: TB Pulmonar ☐ TB Extra pulmonar: ☐ Localización:

Baciloscopia: Negativa ☐ Positiva ☐

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Verificación del domicilio

☐ Censo de Contactos (Llevar tarjeta de control de tratamiento)

☐ Otros (especificar)

OBJETIVOS DE LA VISITA

- () Verificar que la persona viva dentro del ámbito jurisdiccional del EESS
- () Educar al paciente y familia sobre la importancia del tratamiento supervisado
- () Brindar educación sanitaria al grupo familiar
- () Verificar el número de contactos, a fin de detectar casos de TB y prevenir el riesgo de enfermar
- () Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios dentro de los contactos

SOPORTE SOCIAL

Jefe del hogar:

N° de miembros del hogar:

¿Familiar y/o amigo que apoya al paciente económicamente al paciente?

¿Familiar y/o amigo que apoya emocionalmente al paciente?

VIVIENDA

Tenencia: Propia ☐ Alquilada ☐ Alojado ☐

Material: Noble ☐ Rustico ☐ Observaciones:

N° de pisos de la casa (pisos)

N° de habitaciones sin contar cocina y baño:

N° de ambientes para dormir: N° de ventanas:

Iluminación natural Sala comedor: SI ☐ NO ☐

Ventilación cruzada: Sala comedor SI ☐ NO ☐

Saneamiento básico:

Agua: Red domiciliaria ☐ Cisterna ☐ Pozo ☐

Eliminación de excretas: Red domiciliaria ☐ Silos ☐

Eliminación de residuos sólidos: Camión recolector ☐ campo abierto ☐

Observaciones:

AMBIENTE DEL PAT

¿El paciente (PAT) usa un ambiente exclusivo para dormir (no la comparte con nadie)? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NO, especifique donde y con quien la comparte

Iluminación natural: SI ☐ NO ☐





**Dirección de Monitoreo y
Gestión Sanitaria**

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis

Ventilación cruzada: SI ☐ NO ☐

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA:

Si el afectado es un caso pulmonar frotis positivo (TBP FP) ¿Usa mascarilla en su domicilio? SI ☐ NO ☐

VERIFICACIÓN DE CONTACTOS

[illegible]

VALORACIÓN

```
#####
#####
#####
#####
#####
#####
#####
```

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

[illegible]

Firma del Paciente

Firma del Personal de Salud

ANEXO 21



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud Lima
Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

**VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LA PERSONA
AFECTADA POR TUBERCULOSIS**

H.C. _____ CASO N° _____

Nombres y Apellidos: Edad:

FECHA:

--	--	--

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Inasistencia ☐ Abandono ☐ Control de Contactos (Llevar tarjeta de control de tratamiento)

Otros (especificar)

OBJETIVOS DE LA VISITA

- () Recuperar al inasistente o al abandono.
- () Reforzar la importancia del tratamiento supervisado
- () Reforzar educación sanitaria al grupo familiar
- () Seguimiento de contactos, a fin de detectar casos de TB y prevenir el riesgo de enfermar
- () Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios dentro de los contactos

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA:

Si el afectado es un caso pulmonar frotis positivo (TBP FP) ¿Usa mascarilla en su domicilio? SI ☐ NO ☐

VALORACIÓN:

.....
.....

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

.....
.....
.....

Firma del Paciente

Firma del Personal de Salud

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Inasistencia ☐ Abandono ☐ Control de Contactos (Llevar tarjeta de control de tratamiento)

Otros (especificar)

OBJETIVOS DE LA VISITA

- () Recuperar al inasistente o al abandono.
- () Reforzar la importancia del tratamiento supervisado
- () Reforzar educación sanitaria al grupo familiar
- () Seguimiento de contactos, a fin de detectar casos de TB y prevenir el riesgo de enfermar
- () Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios dentro de los contactos

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA:

Si el afectado es un caso pulmonar frotis positivo (TBP FP) ¿Usa mascarilla en su domicilio? SI ☐ NO ☐

VALORACIÓN:

.....
.....

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

.....
.....
.....

Firma del Paciente

Firma del Personal de Salud



ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

H.C. _____ CASO N° _____

Nombres y Apellidos: Edad:

FECHA:

--	--	--

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Inasistencia ☐ Abandono ☐ Control de Contactos (Llevar tarjeta de control de tratamiento)
Otros (especificar)

OBJETIVOS DE LA VISITA

- ☐ Recuperar al Inasistente o al abandono.
- ☐ Reforzar la importancia del tratamiento supervisado
- ☐ Reforzar educación sanitaria al grupo familiar
- ☐ Seguimiento de contactos, a fin de detectar casos de TB y prevenir el riesgo de enfermar
- ☒ Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios dentro de los contactos

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA:

Si el afectado es un caso pulmonar frotis positivo (TBP FP) ¿Usa mascarilla en su domicilio? SI ☐ NO ☐

VALORACIÓN:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Firma del Paciente

Firma del Personal de Salud

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Inasistencia ☐ Abandono ☐ Control de Contactos (Llevar tarjeta de control de tratamiento)
Otros (especificar)

FECHA:

--	--	--

OBJETIVOS DE LA VISITA

- ☐ Recuperar al Inasistente o al abandono.
- ☐ Reforzar la importancia del tratamiento supervisado
- ☐ Reforzar educación sanitaria al grupo familiar
- ☐ Seguimiento de contactos, a fin de detectar casos de TB y prevenir el riesgo de enfermar
- ☐ Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios dentro de los contactos

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA:

Si el afectado es un caso pulmonar frotis positivo (TBP FP) ¿Usa mascarilla en su domicilio? SI ☐ NO ☐

VALORACIÓN:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Firma del Paciente

Firma del Personal de Salud

ANEXO 22

Anexo 22

Estadística Sanitaria
en Prevención y Control de
Tuberculosis.

(Logo de la Diris Lima Sur)

MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 152 -2018/MINSA

ANEXO N° 16: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS

Yo, _____, identificado (a) con D.N.I. N° _____,
domiciliado (a) en _____,
declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis y haber sido
informado (a) por el Médico _____ del Establecimiento de Salud
_____ de la DIRIS/DIRESA/GERESA _____
sobre la de las posibilidades de curación o fracaso a este tratamiento y de la necesidad de cumplir
estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento. Declaro también
haber sido informado de las reacciones adversas que pudieran presentarse con los
medicamentos que a continuación se señalan: (Marcar con aspa donde corresponda)

RIFAMPICINA	()	ISONIACIDA	()
PIRAZINAMIDA	()	ETAMBUTOL	()
ESTREPTOMICINA	()	KANAMICINA	()
AMIKACINA	()	CAPREOMICINA	()
LEVOFLOXACINA	()	MOXIFLOXACINA	()
ETIONAMIDA	()	CICLOSERINA	()
PAS	()	AMOXICILINA/CLAVULÁNICO	()
IMIPENEM/CILASTATINA	()	LINEZOLID	()
TIORIDAZINA	()	CLOFAZIMINA	()
BEDAQUILINA	()	DELAMANID	()
OTROS	()		

Especificar: _____

Correspondiente al esquema de tratamiento: PARA TB SENSIBLE ☐ TB MDR: ☐

ESTANDARIZADO ☐ EMPIRICO ☐ ACORTADO ☐ INDIVIDUALIZADO ☐
APOYO POR RAM ☐ Otro: _____ ☐

Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias, ni abandono),
totalmente supervisado por el personal del Establecimiento y con estricto cumplimiento de las
normas del Ministerio de Salud. También me comprometo a facilitar el examen de mis contactos.

Exceptúo de responsabilidad médico legal al médico tratante y al Ministerio de Salud si se
presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

Huella digital

FIRMA DEL PACIENTE

DNI: _____

FIRMA DE TESTIGO

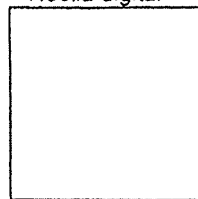
NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI N°: _____ Teléfono: _____

DOMICILIO: _____

En caso de menores de edad, el padre o tutor es quien firma el consentimiento informado.

FECHA: _____



ANEXO 23

ANEXO 26

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y

INFORME BACTERIOLOGICO TRIMESTRAL



DIRIS/DIRESA/GERESA:

LABORATORIO:

AÑO:

TRIMESTRE

ACTIVIDADES	BACILOSCOPIAS				CULTIVOS DE MICOBACTERIAS			
	REALIZADAS		POSITIVAS		REALIZADOS		POSITIVOS	
	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado
TOTAL GENERAL A + B								
A TOTAL DE DIAGNOSTICO (1+2+3+4+5)								
1 En Sintomático Respiratorio								
2 En Rx anormal								
3 En seguimiento diagnóstico								
4 En localización extra-pulmonar								
5 Otras indicaciones								
B CONTROL DE TRATAMIENTO								

C PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	REALIZADAS		SENSIBLES a H y R		RESISTENTE sólo a H		RESISTENTE A H y R (MDR)	
	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado	Trimestral	Acumulado
	1 PS RAPIDA MOLECULAR:							
2 PS RAPIDA FENOTIPICA:								
3 PS en LJ primera línea								
4 PS agar en placa 1 y 2 línea								
5 Otras PS:								

H: ISONIACIDA

R: RIFAMPICINA

Baciloscopia: Informada por los laboratorios públicos y privados locales e intermedios que procesan baciloscopia directa
Cultivo y PS: Informado por los laboratorios públicos y privados intermedios, regionales y nacional que procesan estas pruebas

Fecha de Reporte:

Responsable de Laboratorio:

Nombre, Firma y Sello



ANEXO 24



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

NOTIFICACION DE ABANDONOS EN TUBERCULOSIS

(Debe notificarse después de que el paciente haya dejado de tomar 25 dosis de tratamiento (un mes))

Fecha de notificación:		
Dirección de Redes Integradas:		
Establecimiento de Salud:		
Nombre del Paciente :	DNI:	
Edad:	Sexo : masculino () Femenino ()	
Grado de Instrucción:	Estado Civil:	Ocupación:
Domicilio:		
Teléfono:		
Correo electrónico:		
1. Antecedentes Familiares de TB : SI () NO()		
2. Antecedentes Personales de TB u otra enfermedad respiratoria : si ()No ()		
3. Factor de riesgo de Abandono : Si () No() Especificar.....		
4. Diagnostico :		
Esquema : Tb Sensible () Estandarizado () Empírico () Individualizado () RAM ()		
Otros No TB ()		
Tipo de Tuberculosis: Pulmonar () TB Extra pulmonar () Localización:		
BK inicio ()	Cultivo Inicio ()	Prueba de Sensibilidad:
Fecha de inicio del tratamiento :		
Fecha de Visita domiciliaria después del abandono:		
Primera:Segunda:.....Tercera:.....		
Número de dosis recibidas:		
Ultimo BK : Ultimo Cultivo:.....		
Causa del Abandono :		

Nota: Adjuntar copia de tarjeta de tratamiento de abandono
Evaluación psicológica y/o psiquiátrica
Informe de intervenciones realizadas a fin de recuperar el abandono.

Firma del Responsable de la ESPCT

ANEXO 25



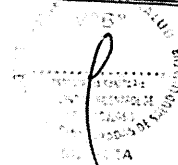
Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

NOTIFICACION DE PACIENTES FALLECIDOS CON TUBERCULOSIS

1 INSTITUCIÓN		DIRESA/GERESA		Red
Establecimiento de Salud				
2 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres
N° de H C		Fecha de notificación		
3 Ocupación		4. Peso del paciente		Kg
5 N° de orden en el Libro de Registro y Seguimiento		6. Fecha de Diagnóstico		
7 Fecha de ingreso al tratamiento		8. Edad		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
9 TB Pulmonar <input type="radio"/>		10. TB extrapulmonar (especificar órgano afectado)		
INGRESO				
11 Nuevo <input type="radio"/>		12. Recaída <input type="radio"/>		13. Abandono recuperado <input type="radio"/>
14. Otro <input type="radio"/>				
15 Transferencia recibida:				
16 Baciloscopia inicial BK (+) <input type="radio"/> Cultivo (+) <input type="radio"/> BK (-) cultivo (-) <input type="radio"/> Sin baciloscopia <input type="radio"/> Biopsia (+) <input type="radio"/>				
17 BK control: Fecha y resultado del último disponible (dd/mm/aa) Resultado: <input type="text"/>				
18 Tratamiento TB sens. <input type="radio"/> Estand. <input type="radio"/> Individ. <input type="radio"/> Emp. <input type="radio"/> XDR <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
19 Fase y N° de dosis cumplidas al fallecer: Primera Fase <input type="radio"/> Segunda fase <input type="radio"/> N° de dosis <input type="text"/>				
Fecha y Lugar de fallecimiento				
20 Hospitalizado: <input type="radio"/>		21. Fuera del hospital: <input type="radio"/>		
23 Enfermedades asociadas a la tuberculosis o complicaciones				
23.1	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo crónico		
23.2	<input type="checkbox"/>	Asma		
23.3	<input type="checkbox"/>	Desnutrición grado I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/>		
23.4	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus		
23.5	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar extensa (4/6 o más de ambos campos pulmonares)		
23.6	<input type="checkbox"/>	Hemoptisis: Moderada <input type="radio"/> Severa <input type="radio"/>		
23.7	<input type="checkbox"/>	Infección respiratoria. Especificar <input type="text"/>		
23.8	<input type="checkbox"/>	Infección VIH		
23.9	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal Crónica		
23.10	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Especificar <input type="text"/>		
23.11	<input type="checkbox"/>	Neumoconiosis		
23.12	<input type="checkbox"/>	Reacciones adversas a medicamentos (RAM). Especificar <input type="text"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>	Especificar <input type="text"/>		
24 Observación o ampliación del ítem N° <input type="text"/>				
Nombre y N° de Colegiatura del Profesional Notificante <input type="text"/>				
Adjuntar Certificado de Defunción, Copia de Tarjeta de Tratamiento. N° <input type="text"/>				



ANEXO 26

ANEXO 26

Logo de la DIRIS LS.

Estrategia Sanitaria de
Prevención y Control de
Tuberculosis

HISTORIA NUTRICIONAL DE LA PERSONA AFECTADA CON TUBERCULOSIS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____
HISTORIA CLINICA: _____

1. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres		DNI:	
Edad:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Religión:
Domicilio:			
Ocupación:	Fecha de Ingreso a ESPCT		
Nivel educativo:	Primaria ()	Secundaria ()	Superior Técnico () Superior Universitario ()
Tipo de esquema:	Estandarizado ()	Empírico ()	Individualizado () MDR/XDR () Otro: especificar

2. ANAMNESIS

Comorbilidad:	DM ()	VIH ()	Alcoholismo ()	farmacodependencia ()
Otros:				
Antecedentes de la enfermedad:	Nuevo ()	Recaída ()	Abandono ()	
Hábitos nocivos:	Tabaco ()	Café ()	Alcohol ()	Gaseosas ()
Alergias:	Intolerancia alimentaria:			
Estado nutricional de ingreso:	Normal ()	Desnutrición ()	Sobrepeso ()	Obesidad ()
Niño < de 5 años: P/E..... T/E..... P/T.....				
Lugar donde consume sus alimentos:	Desayuno: ½ mañana: Almuerzo: ½ tarde: Cena:			

3. SEGUIMIENTO DE INDICADORES ANTROPOMETRICOS

	1er control	2do control	3er control	4to control	5to control	6to control
Fecha						
Edad						
Peso(Kg)						
Talla(cm)						
Circ. Braquial (cm)						
Per. Abdom (cm)						
Dx. Antropométrico						
Hto/Hb (g/dl)	Mes					
	Valor					
	Dx.					
Glucosa (Mg/dl)	Mes					
	Valor					
	Dx.					
Gestante	EG PPG(sem)					

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS

103	1er Control	2do Control	3er Control	4to Control	5to Control	6to Control
¿Dificultad para masticar?						
¿Tiene apetito?						
¿Tiene náuseas, diarrea, estreñimiento u otro? ¿Cuáles?						
¿Recibió sesión educativa? (Número)						
¿Con qué toma sus pastillas?						
Frecuencia de consumo de alimentos	Diario	2/3 veces por semana	Semanal	De vez en cuando		
Cereales, tubérculos y menestras						
Verduras						
Frutas						
Lácteos y derivados						
Carnes, pescados y huevos						
Azúcares y derivados						
Grasas						

5. Recomendación nutricional:

Acuerdos N° 01		Firma y Sello
Acuerdos N° 02		Firma y Sello
Acuerdos N° 03		Firma y Sello
Acuerdos N° 04		Firma y Sello
Acuerdos N° 05		Firma y Sello
Acuerdos N° 06		Firma y Sello

FIRMA Y SELLO DEL NUTRICIONISTA

ANEXO 27

ANEXO 27

LOGO DIRIS LIMA SUR

Entrega Sanitaria de
Preparación y Control
de tuberculosis

OJO EN DOS HOJAS
AMBAS CARAS

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO
DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

Fecha:

N° de Historia Clínica: Etapa de vida:

Esquema de Tratamiento: Calificación Social:

I. INFORMACION DEL LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

1.1. NOMBRES Y APELLIDOS: _____
1.2. EDAD: ____ 1.3. DNI: _____ 1.4. SEXO: 1.4.1. M () 1.4.2. F () 1.5. JEFE DE FAMILIA: 1.5.1. SI () (2) 1.5.2. NO () (0)
1.6. DOMICILIO: _____ 1.6.1. URBANIZACION: _____ 1.6.2. AAHH: _____
1.6.3. CENTRO POBLADO _____ 1.6.4. DISTRITO _____ 1.6.5. PROVINCIA _____ 1.6.6. DPTO. _____
1.7. TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA JURISDICCION: _____ 1.8. RESIDENCIA ANTERIOR _____
NOMBRE DE LA PERSONA QUE VIVE CON LA PERSONA AFECTADA POR TB _____

NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE DEL HOGAR _____

SI LA PERSONA AFECTADA CON TB ES MENOR DE EDAD ENTREVISTAR AL RESPONSABLE DEL HOGAR A PARTIR DEL ITEM 3

2. ESTADO CIVIL:

2.1. SOLTERO () 2.2. CASADO () 2.3. CONVIVIENTE () 2.4. DIVORCIADO () 2.5. VIUDO () 2.6. SEPARADO ()

3. NIVEL EDUCATIVO:

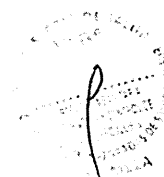
3.1. SIN INSTRUCCIÓN (5) 3.2. PRIM. (4) 3.3. SECUND. (3) 3.4. SUP. TECNICO. (2) 3.5. SUP. Universitaria (0)

4. OCUPACION PRINCIPAL

4.1. PROFESIONAL (0) 4.4. ESTUDIANTE (4) 4.7. PENSIONISTA (2)
4.2. TECNICO CALIFICADO (1) 4.5. ESTUDIA Y TRABAJA (5)
4.3. TCO. NO CALIFICADO (3) 4.6. SIN OCUPACIÓN O AMA DE CASA (5)

4.8. ÚLTIMA LABOR REALIZADA antes de enfermar: _____

4.9. CONDICION: 4.9.1. EVENTUAL (5) 4.9.2. PERMANENTE (2)



5. ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	INSTRUCC.	OCUPACIÓN	ESTADO DE SALUD

6. SOPORTE FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	INSTRUCC.	OCUPACIÓN	ESTADO DE SALUD

7. PRESUPUESTO FAMILIAR

INGRESOS:		EGRESOS:	
PACIENTE	_____	ALQUILER	_____
MADRE	_____	LUZ	_____
PADRE	_____	AGUA	_____
OTROS	_____	TELE FONO	_____
TOTAL	_____	ALIMENTACION	_____

8. INFORMACION DE LA VIVIENDA

1. TIPO:

1. 1. INDEPENDIENTE () 8.1. 3. QUINTA () 8.1.5. CORRALON () 8.1.7. LOTE COMPARTIDO ()

8.2. TENENCIA: 8.2.1 PROPIA (1) 8.2.2. ALQUILADA (3) 8.2.3. ALOJADO (5) 8.2.4. INVASION (4)

8.3. MATERIALES DE CONSTRUCCION

- 8.3.1. PARED:** 1. MATERIAL NOBLE (1) 2. ADOBE/ (4) 3. QUINCHA (5) 4. ESTERAS (5) 5. MADERA (4) 6. CARTON/LATON (5)
- 8.3.2. TECHO:** 1. CONCRETO (1) 2. MADERA (3) 3. TEJAS (3) 4. CALAMINAS (3) 5. CAÑA O ESTERA C/ BARRO (5)
- 8.3.3. PISO:** 1. PARQUET / MADERA PULIDA (0) 2. VINILICOS (1) 3. LOSETAS Ó SIMILARES (1) 4. CEMENTO (2) 5. ENTABLADO (3) 5. TIERRA (5)

8.4. HACINAMIENTO.

No. MIEMBROS DEL HOGAR _____

N° DE AMBIENTES PARA DORMIR _____

8.5. SERVICIOS:

8.5.1. AGUA: a. RED PUBLICA (domiciliaria) (2)

b. RED PUBLICA (Fuera de la Viv) (4)

c. POZO ARTESANAL (4).

d. COMPRA (5)

8.5.2. DESAGÜE: 1. RED PÚBLICA (dentro de la Viv.) (2)

2. RED PUBLICA (fuera de la Viv.) (4)

3. POZO SEPTICO (3)

4. SILO (4) 5. CAMPO ABIERTO (5)

8.5.3. ALUMBRADO: 1. ELECTRICO (2)

2. LAMPARIN (3)

3. VELA (4)

4. LEÑA (5)

8.6 ILUMINACION Y VENTILACION.

A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA OBSERVE:

ILUMINACIÓN NATURAL

SI.....

NO HAY ILUMINACION

CUENTA CON VENTILACIÓN

SI.....

NO..... N° DE VENTANAS.....

9. TENENCIA DE BIENES

9.1. COMBUSTIBLE USADO PARA COCINAR

Electricidad (0)

Gas (0)

Kerosén (3)

Carbón (3)

Leña (4)

No cocina

va al comedor (5)

9.2. BIENES QUE POSEE EN EL HOGAR

No cuenta con artefactos (5)

Solo tiene radio (4)

Solo tiene TV (3)

Solo tiene radio y TV (2)

Tiene otros artefactos (0)

10. CONSUMO DE ALIMENTOS

10.1. Perdió peso las últimas semanas: (2)	a).No perdió peso (0)	b) 1 a 3 kilos (1)	c) > de 3 kilos
10.2. Tiene apetito	a) sí (0)	b) Regular (1)	c) No (2)
10.3. Cuantas veces al día come alimentos	a) 4 o 5 veces (0)	b) 3 veces (1)	c) Menos de 3 veces (2)
10.4. Consume sus comidas principales a horarios establecidos	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.5. Consume carnes por lo menos una vez al día	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.6. Consume huevos por lo menos 2 veces a la semana	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.7. Consume menestras por lo menos 2 veces a la semana	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.8. Consume productos lácteos (leche, yogurt, queso) por lo menos 1 vez al día	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.9. Consume frutas por lo menos 1 vez al día	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)
10.10. Consume verduras por lo menos 1 vez al día	a) sí (0)	b) a veces (1)	c) no (2)

A: NO POBRE 0 - 25

B: POBRE 26- 40

C: POBRE EXTREMO 41-55

TOTAL DE PUNTOS: 20 PUNTOS	INDICE DE MASA CORPORAL
De 15 a 20 puntos Desnutrido	PESO:
De 10 a 14 puntos Riesg de Desnutrición	TALLA:
De 0 a 9 puntos Bien Nutrido	TOTAL

11.0 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO (Del paciente o familiares indicando fechas de los tratamientos recibidos)

PACIENTE: NUEVO () ANTES TRATADO ()

Esquema Recibido: Sensible () ESTANDARIZADO () EMPIRICO () ACORTADO () INDIVIDUALIZADO ()
APOYO POR RAM ()

FAMILIAR: _____ Sensible () ESTANDARIZADO () EMPIRICO () ACORTADO () INDIVIDUALIZADO ()
APOYO POR RAM ()

ENFERMEDADES ASOCIADAS DEL PACIENTE _____

FACTORES DE RIESGO SOCIAL PARA LA ADHERENCIA:

Delincuencia -----Drogadicción-----Alcoholismo----- Prostitución -----Psiquiátricos-----Problemas
laborales-----Problemas conyugales-----Sin Domicilio-----

DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

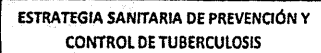
[illegible]

PREDIAGNOSTICO SOCIAL-

INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA[illegible]

Nombres y Apellidos de la Trabajadora Social

ANEXO 28



ANEXO 28

FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES

EESS: Historia Clínica:

DIRIS/DIRESA:

Corresponde la: DERIVACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐

Del: Hospital ☐ C.S. ☐ P.S. ☐ :

Al: Hospital ☐ C.S. ☐ P.S. ☐ :

Del paciente: ☐ C.S. ☐ P.S. ☐ :
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres Sexo ☐ M ☐ F
Edad

Peso: DNI: Teléfono:

Dirección:

Diagnóstico:

Frotis inicial: fecha: Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Cultivo inicial: fecha: Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Prueba de sensibilidad: fecha: Resultado:

Otra prueba de diagnóstico realizada:

Fecha y resultado último frotis: Fecha de inicio de tratamiento:

Esquema de tratamiento indicado:

Esquema: TB sensible ☐ TB resistente ☐ :

Otro ☐ :

Dosis administradas: N° caso:

NOTA: Adjuntar tarjeta de tratamiento original, epicrisis, reportes bacteriológicos, copia de exámenes de laboratorio, según corresponda.

Nombre y apellidos del responsable de la derivación o transferencia Teléfono Establecimiento:
Teléfono del Responsable:

Fecha:

Desglosar y comunicar recepción del paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

EESS:

Responsable de la ES-PCT:

Ha recibido al paciente: N° Caso:

Del establecimiento de salud:

En la fecha:

Fecha del reporte Sello y firma del responsable de la ESPCT

NOTA: Si el paciente no corresponde a su jurisdicción, coordinar con el establecimiento a derivar, orientarlo e indicarle a qué establecimiento debe acudir. Hacer el seguimiento del paciente hasta su ingreso.

ANEXO 29



ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
TUBERCULOSIS

N°

Nuevo ☐

Continuador ☐

Reingreso ☐

Transferencia ☐

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

TARJETA DE CONTROL NUTRICIONAL
DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

RED DE SALUD: MICRORED:
Establecimiento de Salud:
Nombre y Apellidos: DNI:
Sexo: Femenino () Masculino () Fecha de nacimiento:/...../.....
Domicilio:
Fecha de inicio de Tto PCT: Esquema de Tto: BK:
Fecha de inicio de PCA - PANTBC: N° Historia Clínica:

CONSEJERÍA Y/O CONSULTA NUTRICIONAL						
	1	2	3	4	5	6
Fecha						
Edad (en años y meses)						
Peso (kg)						
Talla (cm)						
IMC [Peso (Kg)/Altura (m)²]						
Diagnóstico Nutricional						
Sello y Firma del Profesional						
OBSERVACIONES						

ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS			VISITA DOMICILIARIA	
N°	FECHA	TEMA	FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

CONTACTOS	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	DNI



Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima

Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS							
CONTROL DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS							
Sello y Firma del responsable del Programa de Control de Tuberculosis del Establecimiento de Salud							
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		
Mes / Año	PAT Adherente			Mes / Año	PAT Adherente		
	PAT No Adherente				PAT No Adherente		

CONTROL DEL NÚMERO DE CANASTAS ENTREGADAS					
Deberá ser sellado por la Municipalidad - Programa de Complementación Alimentaria PAN TBC					
MES 1	Fecha: / /	MES 2	Fecha: / /	MES 3	Fecha: / /
MES 4	Fecha: / /	MES 5	Fecha: / /	MES 6	Fecha: / /
MES 7	Fecha: / /	MES 8	Fecha: / /	MES 9	Fecha: / /
MES 10	Fecha: / /	MES 11	Fecha: / /	MES 12	Fecha: / /

Observaciones:.....

.....

.....

.....

NOTA: De tener confusión o dudas con los formatos, deberá acercarse a la Oficina de Monitoreo – Estrategia Sanitaria de Prevención y Contro de Tuberculosis.

Importante

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

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

B.	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/185,873.10(Ciento Ochenta y Cinco Mil Ochocientos Setenta y Tres con 10/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/15,489.00 (Quince Mil Cuatrocientos Ochenta y Nueve con 00/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: Impresiones en general, formatería en general, trípticos, dípticos, tarjetas, volantes, boletas de ventas o facturas, hojas menbreteadas diversas.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago⁸, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de</p>

⁸ Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

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

(...)

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

consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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

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

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

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

Importante

En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".

Importante

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

CAPÍTULO IV
FACTORES DE EVALUACIÓN

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

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

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

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

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

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

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO⁹

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR EL DETALLE DE LOS PAGOS PERIÓDICOS], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

⁹ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

Importante

Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de suministro de bienes, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:

- *"De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo."*

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias como garantía de fiel cumplimiento de prestaciones accesorias, debe consignarse lo siguiente:

"De fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo."

Importante

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

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La recepción será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA DE ALMACÉN O LA QUE HAGA SUS VECES] y la conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

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

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

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;
F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

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

Importante

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁰

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

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

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

"LA ENTIDAD"

"EL CONTRATISTA"

¹⁰ De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :		Teléfono(s) :	
MYPE ¹¹			
Correo electrónico :		Sí	No

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de compra¹²

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

¹¹ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de suministro de bienes, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

¹² Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

Importante

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

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹³		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁴		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁵		Sí	No	
Correo electrónico :				

¹³ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de suministro de bienes, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de compra¹⁶

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

¹⁶ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

ANEXO N° 2

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

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO], conforme el cronograma de entrega establecido en las bases del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 5

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

Señores

ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

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

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

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

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]¹⁷

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]¹⁸

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%¹⁹

¹⁷ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁸ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁹ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Consortiado 1
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....
Consortiado 2
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

Importante

De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante para la Entidad

Si durante la fase de actos preparatorios, las Entidades advierten que es posible la participación de proveedores que gozan del beneficio de la exoneración del IGV prevista en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, incluir el siguiente anexo:

Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases

ANEXO N° 7

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa²⁰ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no tiene producción fuera de la Amazonía.²¹

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

Quando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio.

²⁰ En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

²¹ En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición.

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

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

N°	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²²	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²³	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁴ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁵	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁶	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁷
1										
2										
3										
4										

²² Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²³ Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

²⁴ Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustantativa correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

²⁵ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

²⁶ El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²⁷ Consignar en la moneda establecida en las bases.

N°	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²²	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²³	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁴ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁵	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁶	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁷
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA
(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rmp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.

También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.

ANEXO N° 10

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

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

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

ANEXO N° 11

DECLARACION JURADA DE CANJE O REPOSICION POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

Señores
ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS
Presente.-

De mi consideración:

Nos es grato hacer llegar a usted, la presente "Declaración Jurada de Compromiso de Canje o Reposición por Defectos o Vicios Ocultos" en representación de (del Consorcio)..... de los productos que se nos adjudiquen de nuestra propuesta presentada a la **ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 032-2021-DIRIS LS**.

El canje será efectuado en el caso de que el producto haya sufrido alteración de sus características físico-químicas sin causa atribuible al usuario o cualquier otro defecto o vicio oculto durante la vida útil del producto. El producto canjeado tendrá fecha de expiración igual o mayor a la ofertada en el procedimiento de selección, contada a partir de la fecha de entrega de canje.

El canje se efectuará a sólo requerimiento de ustedes, en un plazo no mayor a 30 días calendarios, y no generará gastos adicionales a los pactados con vuestra entidad.

Atentamente,

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

