

REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE IMPRESIONES

ITEM	DENOMINACIÓN	UNIDAD MED.	CANT	META	FTE FTO
1	BANNER ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	UNIDAD	113	100	RO
2	ORDENES DE LABORATORIO	MILLAR	5	54	RO
3	HISTORIA CLINICA POR CURSO DE VIDA	MILLAR	28	55	RO
4	TRIPTICO CUIDANDO TU EMBARAZO	MILLAR	45	5	RO
5	FORMATO CONSENTIDO INFORMADO	UNIDAD	23,283	7	RO



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana."

TERMINOS DE REFERENCIA SERVICIO DE IMPRESIONES

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del servicio de impresiones para la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Dotar de material impreso a la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones que permita comunicar y difundir el esquema nacional de vacunación.

4. FINALIDAD PUBLICA

Contribuir a proteger la vida y la salud de la población, mediante la disminución de la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles por vacunas.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Programa Presupuestal : Desarrollo Infantil Temprano
 Meta Presupuestal : 0100 – niños con vacuna completa
 Fuente de Financiamiento : Recursos Ordinarios
 Especifica de Gasto : 2.3.27.11 6 – servicio de impresiones, encuadernación y empastado
 Rubro : No corresponde
 Monto total : [REDACTED]

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
BANNER ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	113	UNIDAS

a. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

BIEN	CARACTERISTICAS	DIMENSIONES / TAMAÑO	PRESENTACION	CANTIDAD	FOTO REFERENCIAL
BANNER ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material: Lona 13 oz. ✓ Resolución impresión: 1440 dpi ✓ Colgante ✓ Con logos de la institución 	1 m. de ancho x 2 m. de alto	No corresponde	113 UNIDADES	Adjunto a la especificación técnica

Previo a la impresión del banner solicitado, el proveedor deberá validarlo con el área usuaria.

En caso de requerir el modo en formato digital solicitarlo al área usuaria

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



7. PLAZO DE ENTREGA:

✓ Plazo

El plazo de entrega del servicio a adquirir será hasta treinta (20) días calendarios, contados a partir del día siguiente de la SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, en ÚNICA ENTREGA, será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley General de Contrataciones Públicas, su Reglamentos y demás normas aplicables.

8. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

✓ La entrega de los bienes se realizará en la SEDE RED – Oficina de Inmunizaciones en Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E n°600 interior 424. El horario para la recepción de los bienes será de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 15:30 horas.

9. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS:

No corresponde

10. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):

No corresponde

11. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

12. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

No corresponde

13. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

14. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar





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

dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

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

15. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Capacidad legal (Habilitación)

✓ LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO

Acreditación:

Copia de la Licencia de Funcionamiento del proveedor vigente otorgado por la Institución Competente.

Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado acumulado de [redacted] soles), por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ [redacted] 0 soles), por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.
- ✓ Se consideran bienes similares a los siguientes: servicio de impresión en general

Acreditación

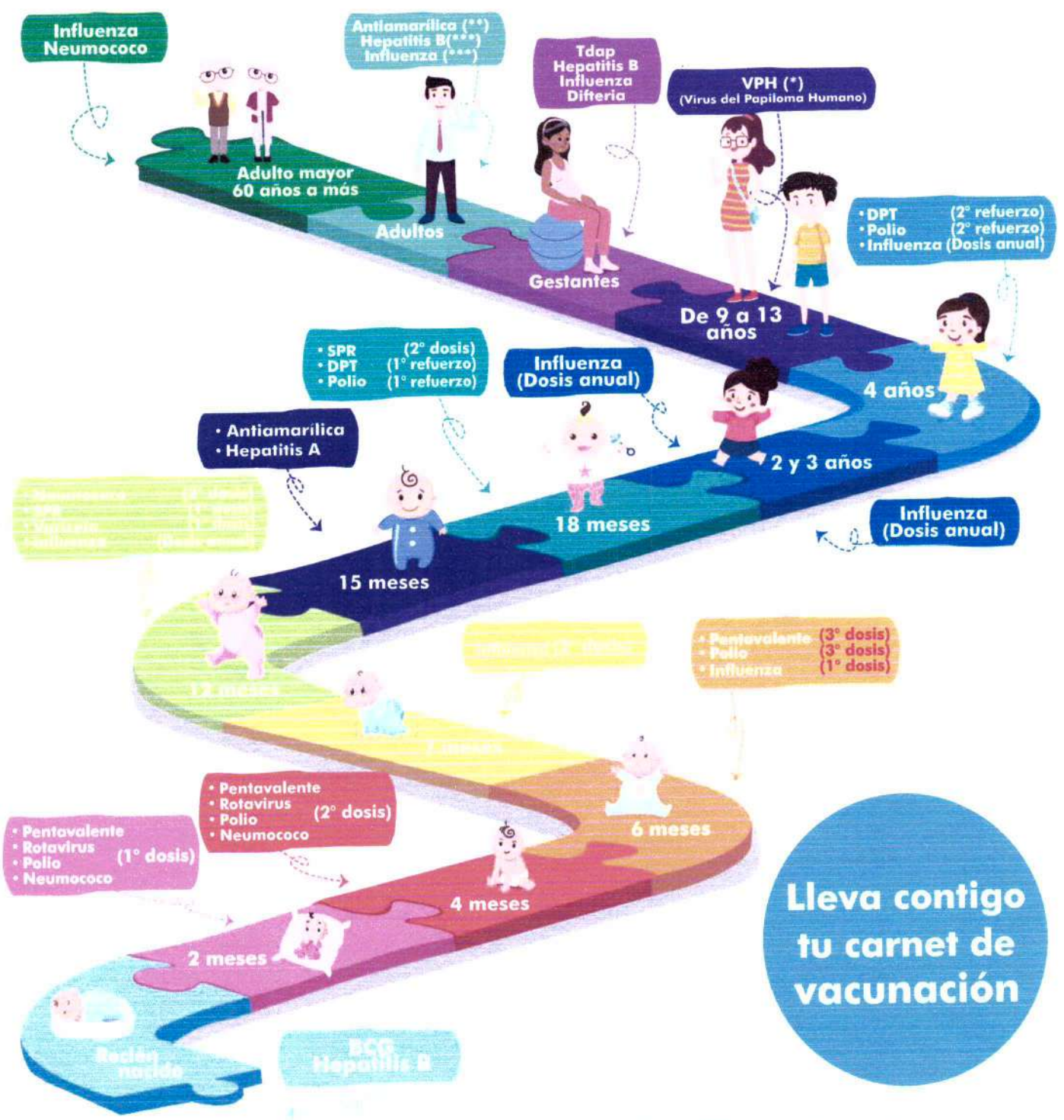
- ✓ La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, 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 pago correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

16. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el Sub - Proceso de Adquisiciones.
- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad será la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones.
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte del Responsable del Programa Presupuestal, indicando las deficiencias encontradas.



Esquema Nacional de Vacunación



Lleva contigo tu carnet de vacunación

(*) Dosis única a niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años.

(**) Viajeros internacionales.

(***) Grupos de riesgo.

FORMATO DE "REQUERIMIENTO DE SERVICIOS – TERMINOS DE REFERENCIA"

1. **OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:**

P.P. Prevencion y control del cáncer

2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION**

Contratación del Servicio de impresiones para los Programas Presupuestales de prevención y control del cáncer de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

3. **OBJETO DE LA CONTRATACION:**

Contar el servicio de impresiones para el cumplimiento de las actividades de capacitación enmarcadas dentro del Plan Operativo Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

4. **FINALIDAD PUBLICA**

La finalidad publica de la presente contratación se optimizará la ejecución de las actividades de capacitación de los programas presupuestales, en beneficio de la población y de los hogares protegidos.

5. **AFECTACION PRESUPUESTAL:**

Programa Presupuestal : P.P. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
 Meta Presupuestal : 0054 / 0055 / 0058
 Fuente de Financiamiento : RECURSOS ORDINARIOS
 Especifica de Gasto : 23.27.11 6

6. **DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
HISTORIA CLINICA POR CURSO DE VIDA	28	MILLAR

➤ **DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:**

CARACTERISTICAS TECNICAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Papel bond 75gr ➤ Tamaño A4 ➤ Ambas caras ➤ Dos colores ➤ Presentación Paquete x 500 hojas ➤ El detalle de la impresión será de acuerdo con el siguiente detalle: <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica de la niña y el niño A1 – A2 = 2 Millares - Formato de Historia Clínica de la niña y el niño N° 4 = 2 Millares - Formato de Atención Integral del Adolescente A1 – A2 = 1 Millar - Formato de Atención Integral del Adolescente 3A – 4A = 1 Millar - Formato de Atención Integral del Adolescente N° 4 = 2 Millares - Historia Clínica de Atención Integral del Joven A1 – A2 = 2 Millares - Historia Clínica de Atención Integral del Joven A3 – A4 = 2 Millares - Historia Clínica de Atención Integral del Joven N° 4 = 2 Millares - Historia Clínica de Atención Integral del Adulto Hoja 1 – 2 = 2 Millares - Historia Clínica de Atención Integral del Adulto hoja 3 - 4 = 2 Millares - Historia Clínica de consulta N° 4 = 2 Millares - Formato de Cuidado Integral de Salud de la PAM 1 – 2 = 2 Millares
---------------------------------	--

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



	<ul style="list-style-type: none"> - Formato de Cuidado Integral de Salud de la PAM 3 – 4 = 2 Millares - Formato de Cuidado Integral de Salud de la PAM N° 4 = 2 Millares - Odontograma = 2 Millares
--	---

7. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
ORDENES DE LABORATORIO	5	MILLAR

➤ DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel bond 75gr ✓ Tamaño A5 ✓ Presentación: Block empastado x 100 hojas ✓ Según modelo
--------------------------	---

8. PLAZO DE ENTREGA:

✓ Plazo

El plazo máximo de entrega del servicio será hasta de **VEINTE (20) calendarios**, contados a partir del día siguiente de la **SUSCRIPCION DEL CONTRATO**, en **UNICA ENTREGA**, Será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley General de Contrataciones Publicas, su Reglamentos y demás normas aplicables.

9. LUGAR DE ENTREGA y LUGAR DEL SERVICIO:

✓ La entrega del servicio de impresiones se realizará en las Oficina del Programa Presupuestal, sito en Calle. Paucarpata N° 600 Block E, Int. 424 - Arequipa. El horario para la recepción de los bienes será de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 15:30 horas

2. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

Penalidad diferente a la penalidad por mora (de corresponder)

3. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Heroes Anónimos. bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>

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

4. CONFIDENCIALIDAD

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

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

5. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Experiencia del postor en la especialidad

- ✓ El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a [REDACTED], por servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- ✓ En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de: [REDACTED] servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.
- ✓ Se consideran bienes similares a los siguientes: **SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION, ANILLADOS, VENTA DE BIENES IMPRESOS, ROTAFOLIOS, LIBROS REVISTAS Y SIMILARES**

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 pago 11 correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

6. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que supervisan:** El área o unidad orgánica responsable de la supervisión técnica de la entrega de los bienes es el responsable del Sub proceso de Almacén.
- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el subproceso de Adquisiciones.

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad en la verificación de las Especificaciones Técnicas, será el responsable del Programa Presupuestal.
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte del responsable del Programa Presupuestal, indicando las deficiencias encontradas.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
Erika Salcedo Gómez
Lic. Erika Salcedo Gómez
P.P.O. y C. C.A.N.G.E.R.
C.Ó.P. 12712

ANEXO 01

FORMATO DE "REQUERIMIENTO DE BIENES – ESPECIFICACIONES TECNICAS"

- 1. **OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:**
Programa Presupuestal de Materno.
- 2. **DENOMINACION DE LA CONTRATACION**
Adquisición de impresiones para el programa presupuestal de Materno, de la Red de Salud Arequipa Caylloma.
- 3. **OBJETO DE LA CONTRATACION:**
Contar con los materiales necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas enmarcadas dentro del Plan Operativo Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.
- 4. **FINALIDAD PUBLICA**
La finalidad publica de la presente adquisición es optimizara la ejecución de las actividades programas dentro del programa presupuestal, en beneficio de la población en general.
- 5. **AFECTACION PRESUPUESTAL:**
 Programa Presupuestal : Materno.
 Meta Presupuestal : 005 Atención prenatal reenforcada.
 Fuente de Financiamiento : Recursos ordinarios
 Especifica de Gasto : 23.199.13
 Tipo de Recurso : 0
 Monto total [Redacted]
 Programa Presupuestal : Materno.
 Meta Presupuestal : 007 Población accede a servicios de consejería en Planificación Familiar.
 Fuente de Financiamiento : Recursos ordinarios
 Especifica de Gasto : 23.199.13
 Tipo de Recurso : 0
 Monto total [Redacted]



6. DESCRIPCIÓN DEL BIEN REQUERIDO

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
META 05		
TRIPTICO CUIDANDO TU EMBARAZO	45	MILLAR
META 07		
FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	23,283	UNIDAD

6.1. DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN:

CARACTERISTICAS TECNICAS	<p>1. Denominación Principal: Tríptico Cuidando tu embarazo.</p> <p><u>Características técnicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación: MILLAR ✓ Clase: FORMATO ✓ Tríptico informativo ✓ Tema: Control Prenatal.
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tamaño: A4 ✓ Papel bond de 80 gr. ✓ Full color ✓ Ambas caras ✓ De acuerdo con el modelo. ✓ Blocks de 100 unidades. <p>2. Denominación principal: Consentimiento informado</p> <p>Características técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación: Blocks x 100 unidades. ✓ Clase: formato. ✓ Tamaño: A4 ✓ Material: papel autocopiativo. ✓ Color: blanco y 2 copias en rosado o celeste. ✓ Una sola cara. ✓ 4 tipos de consentimiento: DIU:9,600, Vasectomía: 2,000, Ligadura de trompas: 2,000, Implante: 9,683. ✓ De acuerdo a modelo.
--	---

- Acondicionamiento, montaje o instalación (De corresponder)
- Transporte y seguros (De corresponder)
- Demás información necesaria sobre las características del bien que es necesario adquirir.

7. PLAZO DE ENTREGA:

✓ **Plazo**

El plazo máximo de entrega de los bienes a adquirir será hasta CINCO (05) días calendarios, contados a partir del día siguiente de la SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, en ÚNICA ENTREGA, será de responsabilidad del proveedor, independientemente de ser sujetos a sanciones y moras contempladas en la Ley de General de Contrataciones Públicas, su Reglamentos y demás normas aplicables.

8. LUGAR DE ENTREGA y LUGAR DE INSTALACION DEL BIEN (de ser el caso):

- ✓ La entrega de los bienes se realizará en el Almacén CENTRAL sito en Psje. Martinetti 111 Cercado. El horario para la recepción de los bienes será en el Almacén de la GRA-SALUD RED PERIFERICA de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 16:00 horas.

9. GARANTIA COMERCIAL DEL BIEN:

- ✓ **Alcance de la garantía:** Contra defectos, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.
- ✓ **Período de garantía:** Mínimo de doce (12) meses.
- ✓ **Condición de inicio del cómputo del período de garantía:** A partir de la fecha en la que se otorgó la conformidad de recepción del bien.
- ✓ La garantía comercial podrá ser del fabricante y/o del postor.

10. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS: (No corresponde)

En el caso de adquisiciones de equipos a ser usados, se podrá requerir la disponibilidad de servicios y repuestos por el tiempo que dure la garantía comercial. Asimismo, se podrá solicitar que el proveedor cuente como mínimo con tiendas autorizadas en la zona de uso del bien que suministren repuestos para dichos equipos.

11. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso): (No corresponde)

Mantenimiento preventivo durante un periodo de garantía demeses, el postor deberá de otorgar un programa de mantenimientos preventivos del bien ofertado, debiendo especificar la cantidad de mantenimientos por año (Trimestral, Semestral y Anual). Dicho pago será realizado en forma parcial de acuerdo con los trabajos realizados.

12. FÓRMULA DE REAJUSTE: (No corresponde)

De corresponder

13. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

14. OTRAS PENALIDADES APLICABLES: (No corresponde)

Penalidad diferente a la penalidad por mora (de corresponder)

15. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

16. CONFIDENCIALIDAD



Se puede prevenir en tu bebé malformaciones al nacimiento como: el labio leporino, defectos en el cerebro y en la columna vertebral



Detectar posibles factores de riesgo en la madre que puedan complicarse en el embarazo

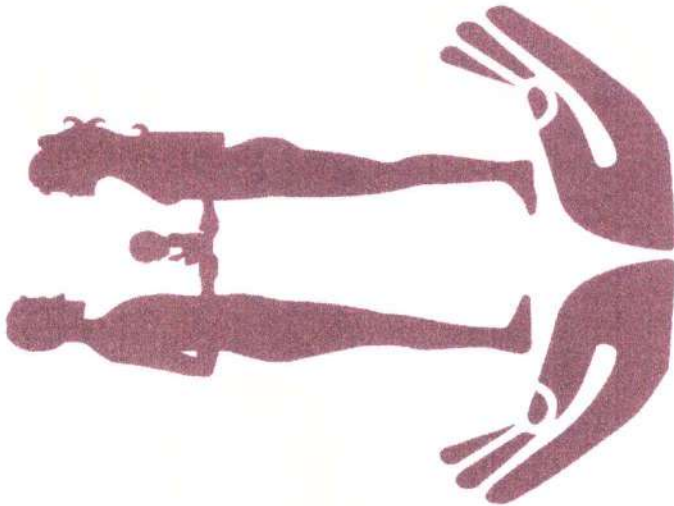


Beneficios de la atención preconcepcional

Permite tomar medidas tempranas, como cambios de comportamientos ~~para~~ *(FUMAR, ALCOHOL, drogas)*



Permitirá tener un futuro embarazo con menos complicaciones para usted y su bebé



PARA MAYOR INFORMACIÓN ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCA DE SU DOMICILIO.
 RED DE SALUD AREQUIPA
 CAYLLOMA



ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EDAD EN LA MUJER FÉRTIL



¿Sabías que se pueden prevenir discapacidades y enfermedades tanto en la mujer como en el feto desde antes de embarazarte?



ANEXO N° 18

DIRESA/GERESA/DIRIS _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica _____

Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____ declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:

El DIU es un pequeño dispositivo que se coloca dentro del útero (o matriz). Actúa fundamentalmente impidiendo la fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide). Tiene una duración para 12 años.

Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, puede presentar dolor durante la menstruación, en especial los primeros meses.

Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.

Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.

Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.

No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.

Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU.

Se coloca en los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.

La inserción se realiza en consulta ambulatoria. Raramente puede aparecer una reacción vagal (bajada de tensión, mareo, etc.), siempre pasajera.

El DIU es un anticonceptivo de larga duración reversible presentan una elevada eficacia contraceptiva aun así, existe un riesgo de embarazo en aproximadamente una de cada cien mujeres en el primer año de uso.

Los controles, y atención de posibles complicaciones son gratuitos.

Puedo pedir más explicaciones sobre el DIU o desistir de la aplicación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

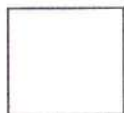
Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la colocación del DIU.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del DIU por lo que solicito y autorizo su colocación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la colocación del DIU en las fechas que se me indique

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

Firma de la Usuaría



Huella Digital

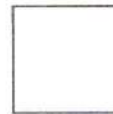
Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___ Nombre de la/el Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I



Huella Digital de la/el Testigo

ANEXO N° 17

DIRESA/GERESA/DIRIS _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica _____

Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Implante Subdérmico

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, declaro que he

recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:
El implante sub dérmico es un método anticonceptivo temporal y tiene una duración de 3 años.
Ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado embarazadas mientras usan el implante (1 de cada 1000 mujeres durante el primer año de uso).

El implante no me protegerá contra la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Tiene beneficios, riesgos, efectos secundarios que los he entendido con claridad.
Algunos medicamentos pueden interactuar con el implante y disminuir su eficacia como anticonceptivo. Debo informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando un implante anticonceptivo.

Declaro que no estar embarazada y si en el momento de la aplicación no estuviera menstruando, asumo la responsabilidad por un posible embarazo en curso, no obstante haberse realizado, de ser necesario, una prueba de embarazo con resultado negativo.
Debo informar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas antes de usar el implante anticonceptivo subdérmico:

- Coágulos de sangre en los pulmones, las piernas o el cerebro
- Sangrado inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de seno o útero
- Enfermedad hepática
- Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular

He informado al proveedor de atención de planificación Familiar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas, de modo que me ha podido explicar los problemas que se pueden presentar si uso un implante anticonceptivo subdérmico:

- Diabetes
- Colesterol alto
- Dolores de cabeza
- Convulsiones o epilepsia
- Enfermedad de la vesícula biliar o renal
- Depresión
- Presión arterial alta o hipertensión

Los efectos secundarios asociados que pudieran presentarse a veces con el implante anticonceptivo subdérmico incluyen:

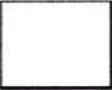
- Cambios en el patrón de sangrado menstrual, o incluso la ausencia de periodos menstruales.
- Manchado o sangrado entre periodos
- Aumento de peso
- Dolores de cabeza
- Acné
- Cambios en el estado de ánimo, nerviosismo

Se pueden presentar algunos problemas relacionados con la inserción o en el retiro del implante:

- Dolor, irritación, inflamación o hematomas en el lugar de inserción/retiro en el brazo
- Tejido cicatricial grueso alrededor del implante que dificulta su retiro
- Infección en el lugar de inserción/retiro
- Se debe retirar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo desea.
- Si tengo problemas puedo ubicar a un proveedor de atención de planificación familiar para solicitar ayuda.

Por tanto, después de recibir información sobre este método anticonceptivo y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del Implante subdérmico, por lo que solicito y autorizo su inserción. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la inserción del implante en las fechas que se me indique.
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____



Firma de la Usuaria

Huella Digital

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.
Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de la/el Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I



Huella Digital de la/el Testigo

DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N de Historia Clínica : _____

**Consentimiento Informado y
Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas**

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas. La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.

Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas)

Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación

La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería

Firma de la Usuaría

Huella Digital



Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I

Huella Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la Intervención ___/___/___

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital de la usuaria

Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a



DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N de Historia Clínica : _____

Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

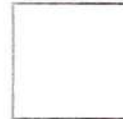
Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía. La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes. Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas. Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme. Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud. Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía. Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería

Firma de la Usuaria

Huella Digital



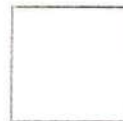
Si el usuario es analfabeto, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I

Huella Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención ___/___/___

Yo, _____, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía

Yo, _____, con CMP _____, he verificado la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital de la usuario

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a