



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
RED INTEGRADA DE SALUD N° 02 CORONEL PORTILLO
ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD BUCAL



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

2.3.1 99.1 3 "LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES NO IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA"

1. ÁREA SOLICITANTE

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD BUCAL

F-F	META	RESPONSABLE
RO	0052	C.D. Jackeline Linsey Chavez Bartra

2. OBJETIVO

Adquisición de materiales de **LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES NO IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA**, para la **ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD BUCAL**.

3. FINALIDAD PÚBLICA

Abastecer con los suministros de **LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES NO IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA** necesarios para la garantizar las actividades de los cirujanos dentistas de los establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud N° 2 Coronel Portillo.

4. ANTECEDENTES

La Red de Salud N° 01 Coronel Portillo, según su nivel resolutivo, tiene en su jurisdicción establecimientos de Nivel I con categorías I, II, III o IV, los cuales se encuentran ubicados en zonas geográficas de difícil accesibilidad (vía terrestre, fluvial y aérea); por lo tanto, es indispensable garantizar los suministros de **LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES NO IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA** necesarios para el desarrollo de las actividades en el Servicio de Odontología.

5. DESCRIPCIÓN

ÍTEM	META	DESCRIPCIÓN DEL BIEN/ SIGA	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	IMAGEN REFERENCIAL
01	0052	FICHA ESTOMATOLÓGICA	Diseño e impresión de cartilla Informativa (tríptico) en papel couché. Tamaño: A4 Impresión en ambas caras. Monocromático.	Millar	04	*COORDINAR DISEÑO CON EL ÁREA USUARIA.

** El requerimiento es referencial, por lo que la entidad, durante la ejecución contractual podrá variar las cantidades solicitadas de acuerdo a la demanda real y necesidad presentada.*

6. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materiales de la presente convocatoria se entregarán en forma total a los quince (15) días calendario y serán contabilizados desde el día siguiente de notificada la Orden de Compra y/o suscrito el contrato.





7. CRONOGRAMA DE ENTREGA

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
				X							

8. GARANTÍA

El contratista deberá garantizar que todos los bienes sean de calidad y nuevos (de primer uso); asimismo, deberán estar correctamente embalados para asegurar el perfecto estado de conservación y protección durante su traslado y almacenaje.

Los suministros ofertados deben tener garantía ante cualquier deterioro o deficiencia de fábrica que pueda evidenciarse. La garantía podrá ser emitida por el postor, la Entidad comunicará por escrito al postor cualquier reclamo con cargo a la garantía; al recibir la notificación, el postor reparará o reemplazará con la mayor rapidez posible los bienes defectuosos; asimismo coordinará con el área usuaria el tiempo que demorará la reparación o reemplazo. Los gastos en que incurra el postor correrán por su cuenta, el postor mediante declaración jurada acreditará la presente garantía y mencionará el tiempo máximo de reposición.

9. LUGAR DE ENTREGA

La Entrega se realizará en el Almacén Central de la Red Integrada de Salud N° 02 Coronel Portillo, ubicado entre Jr. Fraternidad Mz. 4 Lt 4 AA.HH. La Paloma.

10. CONFORMIDAD



Se sujeta a lo establecido en el artículo 168° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, *"La conformidad requiere del informe del funcionario responsable del área usuaria, quien deberá verificar, dependiendo de la naturaleza de la prestación, la calidad, cantidad y cumplimiento de las condiciones contractuales..."*. Previamente realizado el informe, serán visados con V°B° del área usuaria.

11. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en moneda nacional de acuerdo al pedido realizado y previa firma de conformidad del ÁREA USUARIA. Asimismo, el proveedor presentará los siguientes documentos:

- Documento de conformidad efectuada por el funcionario del Área Usuaria, cuando corresponda.
- Informe del proveedor del servicio realizado (adjuntar evidencias fotográficas).
- Orden de servicio.
- Comprobante de Pago (factura).

12. PLAZO PARA EL PAGO

Se realizará mediante abono al Código de Cuenta Interbancaria (CCI) comunicada por el proveedor, en un plazo no mayor a quince (15) días calendario, luego de haber recibido la conformidad por parte del área usuaria además de la recepción y conformidad del almacén; será necesario que el expediente se encuentre completo para el pago.

13. CONFIDENCIALIDAD

El proveedor guardará, bajo responsabilidad a que hubiere lugar, estricta confidencialidad respecto de la información a la que acceda para la realización de sus actividades, así como de la información que produzca. Queda prohibida la utilización de la información proporcionada para un fin distinto al contratado, así como expresamente se prohíbe su divulgación por cualquier medio.

14. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

- En caso de que el Contratista incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas este será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la entidad.
- El contratista el momento de presentar su oferta deberá nombrar a una empresa encargada como único interlocutor entre la entidad y el contratista.
- Capacidad legal (vigencia poder, ficha RUC y RNP, vigente).
- El proveedor desempeñará las actividades después de la firma de contrato.
- El contratista deberá adecuarse a las necesidades reales de la entidad
- Los documentos de cobranza deberán ser en moneda nacional.

15. PENALIDADES

Si el proveedor no cumple con las actividades dentro del plazo estipulado, la Entidad le aplicará una penalidad por cada día de retraso, hasta por un monto equivalente al 10% del monto de la contratación, el cual debe consignarse en la Orden de compra. La penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo al siguiente detalle:



Penalidad diaria: $\frac{0.10 \times \text{monto del contrato}}{F \times \text{plazo en días}}$

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días $F=0.40$
- Para plazo mayores a sesenta (60) días $F=0.25$

El Área Usuaria, además de incluir la Penalidad por retraso injustificado podrá incluir otro tipo de penalidades.

16. DISPOSICIONES FINALES

Todos los aspectos del presente requerimiento no contemplados en los términos de referencia se regirán por la ley de contrataciones del estado y su reglamento, así como las disposiciones legales vigentes aplicables a la presente contratación.

LUGAR Y FECHA: Manantay, 22 de abril del 2025.

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
RED INTEGRADA DE SALUD N° CORONEL PORTILLO


C.D. Jackeline L. Chávez Bartra
COORD. DE ESTRATEGIA SANITARIA SALUD BUCAL



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

RED DE SALUD CORONEL PORTILLO

PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

PERÚ



FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

H.C.: _____

Fecha: _____

Hora: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Gestante: SI NO

CÓDIGO SIS: _____ N° DNI: _____ PROCEDENCIA: _____

Ocupación: _____ ACOMPAÑANTE: _____

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ T: _____ P.A.: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES: _____

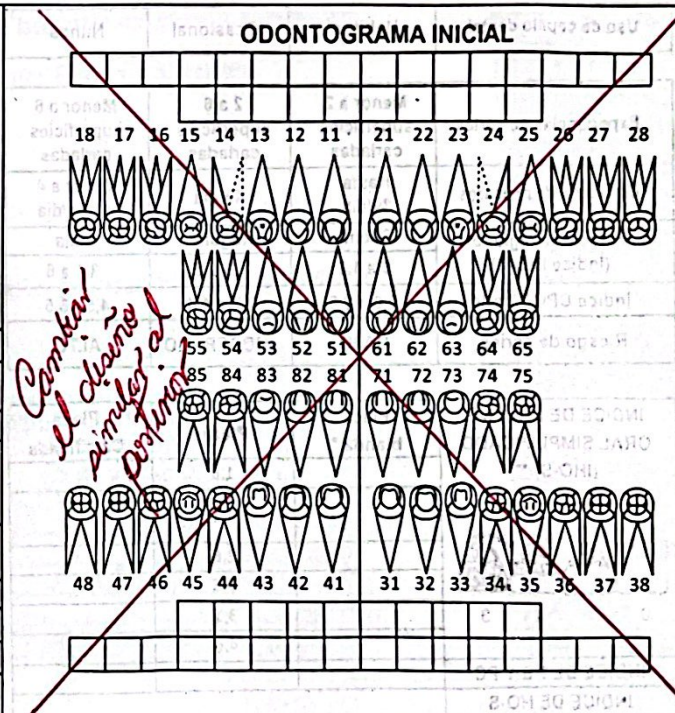
ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: _____

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLÓGICO

Labios: Normal () Alterada ()
 Carrillos: Normal () Alterada ()
 Paladar: Normal () Alterada ()
 Encía: Normal () Aletrada ()
 Lengua: Normal () Alterada ()
 ATM: Asintomáticos () sintomáticos ()
 Oclusión: Normal () Alterada ()
 Piso de Boca: Normal () Alterada ()

Observaciones: _____

Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencias de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (Índice IHO-S)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 2	Mala 3.1 a 6
Índice CPOD/ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 - 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO



INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda *	Piezas	Placa Calcificada
<p>0 1 2 3</p>		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
	4,6		
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescentes

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

	1's	2's	3's	4's
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXÁMENES AUXILIARES: _____

DIAGNOSTICO / CIE-10: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

Hora de Término: _____

Fecha de Próxima cita: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° DE HISTORIA CLINICA: _____