

Requerimiento

Términos de Referencia

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Instituto Peruano de Oftalmología.
Actividad del POI / Acción Estratégica PEI:	OEI.01 Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados. AEI.01.01 Prestaciones de salud oportunas para los asegurados.
Código CUBSO y Descripción:	8212170100392430/ SERVICIO DE IMPRESIONES
Denominación de la Contratación:	Servicio de Impresiones y formatería de documentos para el Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura - EsSalud.
I. FINALIDAD PÚBLICA	
La presente contratación busca mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	
II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">• Objetivo General: Contratar el servicio de Impresiones y formatería para el Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura – EsSalud.• Objetivos Específicos:<ul style="list-style-type: none">-Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.-Brindar prestaciones de salud oportunas para los asegurados.	
III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR	
3.1 Descripción del servicio a contratar:	

N° ITEM	Descripción	U.M	Cantidad
1	IMPRESIÓN DE FORMATO DE EPICRISIS .	HOJA	2000
2	IMPRESIÓN DE FORMATO DE EVOLUCION DE ENFERMERIA, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	2000
3	IMPRESIÓN DE FORMATO DE EVOLUCION MEDICA, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	2000
4	IMPRESIÓN DE FORMATO GRAFICAS DE CONTROLES VITALES	HOJA	2000
5	IMPRESIÓN DE FORMATO HOJA DE EXAMENES AUXILIARES	HOJA	2000
6	IMPRESIÓN DE FORMATO DE AVISOS DE ALTA (NCR)	HOJA	2000
7	IMPRESIÓN DE FORMATO HOSPITALIZACION	HOJA	2000
8	IMPRESIÓN DE FORMATO DE PESADO Y TALLA DE PACIENTES	HOJA	2000
9	IMPRESIÓN DE FORMATO DE KARDEX	HOJA	2000
10	IMPRESIÓN DE FORMATO DE INTERCONSULTA	HOJA	2000
11	IMPRESIÓN DE FORMATO DE REGISTRO Y PROGRAMACION DE CIRUGIA	HOJA	3000
12	IMPRESIÓN DE FORMATO DE ANEXO N° 10	HOJA	3000
13	IMPRESIÓN DE FORMATO DE ANEXO N° 08	HOJA	3000
14	IMPRESIÓN DE FORMATO DE TRIPTICO PARA SERVICIO DE ENFERMERI, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	3000
15	IMPRESIÓN DE FORMATO DE ANEXO N° 12	HOJA	3000
16	IMPRESIÓN DE FORMATO DE SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	3000
17	IMPRESIÓN DE FORMATO DE HOJA DE TRATAMIENTO, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	3000
18	IMPRESIÓN DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	3000
19	IMPRESIÓN DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA, IMPRESIÓN A DOBLE CARA	HOJA	3000
20	IMPRESIÓN DE FORMATO DE FICHA DE VERIFICACION MOPRI	HOJA	3000
21	IMPRESIÓN DE FORMATO DE PAPELETA DE AUTORIZACION DE PERMISO (AUTOCOPIATIVO)	HOJA	1500
22	IMPRESIÓN DE PAPELETA DE PERMISO (AUTOCOPIATIVO)	HOJA	1500
23	IMPRESIÓN DE FORMATO DE PAPELETA DE NOTIFICACION DE VACACIONES (AUTOCOPIATIVO)	HOJA	500
24	IMPRESIÓN DE FORMATO PARTE DE ASISTENCIA DE SERVICIO DE ENFERMERIA	HOJA	1500

Nota: los Formatos se detallan en el Anexo 1.

3.2 Actividades

- La Impresión de la formatería se realizará en blanco y negro, en formato A4, papel bond de 75 gr.
- La presentación de la formatería será separado por formato, fajado en paquetes de 100 hojas.

3.3 Resultados Esperados:

3.5.1. Calidad:

Que la prestación del servicio reúna las condiciones establecidas en los presentes términos de referencia.

3.5.2. Cantidad:

El servicio se realiza conforme a la necesidad del Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura de EsSalud.

3.5.3. Oportunidad:

El servicio se realiza dentro de los plazos establecidos del Instituto de Oftalmología de la Red Asistencial Piura.

3.5.4. Cumplimiento:

Cumplimiento de las condiciones contractuales.

3.4 Garantía Comercial:

No aplica

3.5 Lugar y plazo de prestación del servicio

3.5.1 Lugar

La prestación del servicio, será a favor de los diferentes servicios asistenciales del Instituto Peruano de Oftalmología, ubicado en Av. Independencia-Urbanización Miraflores-Distrito de Castilla-Provincia y Departamento de Piura.

3.5.2 Plazo

El plazo de ejecución del presente servicio es de 20 días calendario, el mismo que se computa desde el día siguiente de la notificación de la orden de servicio. La entrega del producto será por cada servicio (centro quirúrgico y hospitalización).

IV. RECURSOS A SER PROVISTOS POR EL CONTRATISTA

4.1. Requisitos del Proveedor

C.4. INFRAESTRUCTURA ESTRÁTEGICA

Requisitos: CONTAR CON UN LOCAL AMPLIO EN LA JURISDICCION DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLAS
Acreditación: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o

V. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

5.1 Confidencialidad

El contratista, no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad sobre ninguno de los documentos preparados con el fondo de EsSalud, tales derechos pasarán a ser propiedad de la EsSalud.

5.2 Propiedad intelectual

El contratista mantendrá en reserva absoluta el manejo de la información a la que se tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

5.3 Medidas de control durante la ejecución contractual

5.3.1 Conformidad de la prestación

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025. La conformidad es otorgada por los el Director del Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de recibido el servicio.

De existir observaciones, LA ENTIDAD CONTRATANTE las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD CONTRATANTE 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 sin considerar los días en los que pudiera incurrir la entidad contratante para efectuar las revisiones y notificar las observaciones correspondientes.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los servicios manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD CONTRATANTE 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.

5.3.2 Forma de Pago

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley.

La entidad contratante paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria.

La entidad contratante realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en un pago único.

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

-Documento en el que conste la conformidad de la prestación efectuada suscrita por el servidor responsable de la oficina de Administración del Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura.

-Comprobante de pago.

-Orden de Compra.

Informe de la conformidad y el comprobante de pago deberá ser presentado en la Unidad de Programación y Adquisiciones de la División de Adquisiciones, del Seguro Social de Salud-Red Asistencial Piura; sito en Av. Independencia S/N Urb. Miraflores, Distrito de Castilla, Provincia y Departamento de Piura, en el horario desde las 8:30 a 16:30 horas.

5.3.3 Modalidad de Pago:

Suma alzada.

5.3.4 Penalidad por Mora

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

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

Donde:

F = 0.40

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 CONTRATANTE no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 120.4 del artículo 120 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

La penalidad por mora no debe exceder el 10% del monto vigente del contrato o, de ser el caso, del ítem correspondiente.

La penalidad se deduce de los pagos a cuenta, pagos parciales o del pago final, según corresponda.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora, LA ENTIDAD CONTRATANTE, puede resolver el contrato por incumplimiento.

5.3.5 Responsabilidad por vicios ocultos

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en el literal c) del numeral 69.2 del artículo 69 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y 144 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE.

VI . CLAUSULA DE ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

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

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

Aunado a ello, EL CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a

adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

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

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

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

VII. GESTION DEL RIESGO

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato y los documentos que lo conforman, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

VIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las controversias que surjan entre las partes sobre la validez, nulidad, interpretación, ejecución, terminación o eficacia de los contratos menores se resuelven mediante conciliación, conforme lo dispuesto en el numeral 81.3 del artículo 81 de la Ley y en el numeral 330.1 del artículo 303 del Reglamento.

IX. RESOLUCION DE CONTRATO

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.



Nº Cama	Primer Apellido del Paciente	Diagnóstico	Procedencia	Dieta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				



Nº Cama	Primer Apellido del Paciente	Diagnóstico	Procedencia	Dieta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

AVISO DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____
AMBIENTE: _____ SALA COMÚN: _____ CAMA: _____
MOTIVO DE ALTA: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA DE ALTA _____
PUEDE: _____ EL DÍA _____ NECESITA AMBULANCIA: _____
ACOMPAÑADO: _____
HORA DE SALIDA DEL HOSPITAL: _____
OBSERVACIONES: _____
FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO

AVISO DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____
AMBIENTE: _____ SALA COMÚN: _____ CAMA: _____
MOTIVO DE ALTA: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA DE ALTA _____
PUEDE: _____ EL DÍA _____ NECESITA AMBULANCIA: _____
ACOMPAÑADO: _____
HORA DE SALIDA DEL HOSPITAL: _____
OBSERVACIONES: _____
FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO

AVISO DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____
AMBIENTE: _____ SALA COMÚN: _____ CAMA: _____
MOTIVO DE ALTA: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA DE ALTA _____
PUEDE: _____ EL DÍA _____ NECESITA AMBULANCIA: _____
ACOMPAÑADO: _____
HORA DE SALIDA DEL HOSPITAL: _____
OBSERVACIONES: _____
FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO

GRAFICA DE CONTROLES VITALES

FECHA																										
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN																										
DÍAS DE OPERADO																										
F.A	PULSO	TEMP.	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
240	160																									
200	150																									
150	140	41°																								
100	130	40°																								
50	120	39°																								
0	110	38°																								
RESR	100	37°																								
60	90	36°																								
50	80	35°																								
40	70																									
30	60																									
20	50																									
10	40																									
PESO (Kg)																										
N° DEPOSICIONES																										
ORINA																										
FALLA																										
SO2																										
GLICEMIA																										
ALERGIAS																										
APELLIDOS Y NOMBRES									AUTOGENERADO									N° DE HISTORIA CLÍNICA								
SERVICIO						D.N.I.			SEXO			EDAD			N° DE CAMA											



EsSalud
 Estamos a tu servicio

INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGÍA

CÓDIGO

EPICRISIS

FECHA INGRESO: _____ FECHA ALTA _____

ESTANCIA _____

Dx. INGRESO _____

Dx ALTA _____

TRATAMIENTO Médico () Quirúrgico ()

OPERACIONES _____

EVOLUCIÓN Bueno () Regular () Regular ()

DIAGNÓSTICO Bueno () Regular () Regular ()

ALTA INDICACIÓN MÉDICA ()

A SOLICITUD DEL PACIENTE ()

* EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES *

Dejo constancia que yo, _____

Paciente del Instituto Peruano de Oftalmología solicito mi alta voluntaria, sin autorización del medico, exonerandolo así de toda responsabilidad tanto al medico tratante como al Instituto por los riesgos que me han sido advertidos, asumiendo la responsabilidad de mi salida.

 Firma del Paciente

 N° Doc. Identidad

 Firma del Testigo

 N° Doc. Identidad

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° H.C. _____

SERVICIO: _____ N° CUARTO: _____ N° CAMA _____

OF. 18

FICHA DE VERIFICACION MOPRI

Red Asistencial: _____
 Hospital: _____
 Nombre: _____
 Autogenerado: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Antecedentes Patológicos _____
 Alergias: _____
 Diagnóstico: _____ CIE X: _____
 Procedimiento Operatorio programado: _____
 Código: _____

	SI	NO
Orden de Operación		
Laboratorio: Hematocrito		
Tiempo de Coagulación y sangría		
Tiempo Parcial de Protrombina		
Glúcosa		
Creatinina		
Orina		
Serología		
Rayos X. (> de 40 años)		
EKG (> de 18 años)		
Constancia de Depósito de Sangre		
Riesgo Quirúrgico Cardiológico (> 40 años)		
Evaluación por Pediatría < de 18 años;		
Consentimiento Informado (Procedimiento Quirúrgico)		
Evaluación Anestesiología		
Pruebas Cruzadas (Compatibilidad)		
Consentimiento Informado (Procedimiento Anestesiología)		
Programación Cirugía		

Firma Enfermería MOPRI

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
Declaro que he sido informado de manera comprensible de la utilidad, naturaleza y los riesgos de los procedimientos mencionados, así como sus alternativas.

EN CASO DE ANESTESIA REGIONAL.-

En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, produciendo efectos de la anestesia general, que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de tensión arterial, convulsiones, etc.

Generalmente estas complicaciones se solucionan, pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general. En caso que la anestesia loco-regional no sea posible o no se consiga por razones técnicas, pueden surgir molestias tales como dolor de cabeza o espalda, que desaparecerán en los días posteriores. Es posible, después de este tipo de anestesia que queden molestias en la zona, con la sensación de adormecimiento u hormigueo, generalmente pasajeras.

También he sido informado que para mantener un mejor control de mis funciones vitales, seré sometido a procedimientos de monitoreo, según sea el caso no invasivos o invasivos y que el personal está ampliamente capacitado para su uso, su empleo puede generar riesgos adicionales inherentes, sin embargo es necesario que se efectúe el monitoreo, aun el invasivo (PVC, línea arterial, catéter de flotación, etc) conforme a lo señalado en los actuales protocolos o guía medicas vigentes, de igual forma reconozco la libertad prescriptiva que le asiste al anestesiólogo.

Que existe posibilidad de que por causas propias de la dinámica en el quirófano y/o causas de fuerza mayor la intervención programada se retrase o se difiera, por lo que queda sujeto a una nueva programación conforme al tiempo que disponga para tal fin. La realización del procedimiento puede ser filmada o fotografiada con fines científicos o didácticos.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy siendo satisfecho (a) con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO:

Que se me realice tratamiento quirúrgico bajo ANESTESIA.....con las variantes que el Anestesiólogo considere oportunas.

Dado en a los días del mes de del año

SIGUEN FIRMAS

Médico.....
CMP.....
RNE.....

Paciente.....
DNI.....
Domicilio.....
Teléfono.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Nombres y Apellidos.....
SS..... Sexo..... Raza..... Edad.....
Diagnostic.....
Técnica Anestésica.....

EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA?

La Anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor. Para anestesiarle a Ud. es preciso pinchar una vena por la que se le administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista. Cuando usted entre, en el quirófano se le colocarán una serie de cables y aparatos en su cuerpo cuya finalidad es controlar sus funciones básicas. Existen numerosas operaciones donde es conveniente y necesaria la realización de anestesia general y anestesia loco-regional, ambas a la vez (si este fuera su caso se le informará de ello). El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo el proceso de la anestesia de principio a fin y tratar las complicaciones no quirúrgica que pudieran tener lugar...

RIESGO DE CUALQUIER ANESTESIA.-

La administración de los "sueros" y de los "medicamentos" que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente. Reacciones alérgica. Estas reacciones pueden llegar a ser graves

El riesgo no es el mismo para todos los pacientes. Así el riesgo de la anestesia aumenta con la edad y depende además del estado síquico y físico antes de la intervención. También depende mucho de las enfermedades del paciente, aumentando cuando padece diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, respiratorias, etc., sobre todo si se toman muchos medicamentos para controlarlas. Es también mayor a medida que la intervención es más complicada, más larga o que se realiza sobre órganos más importantes. Finalmente hay riesgos debidos a procedimientos anestésicos poco usuales pero necesarios para controlar al paciente durante la intervención quirúrgica y/o estancia en la Unidad de recuperación (cateterismo venoso profundo y/o canulación arterial).

Si tiene dudas sobre su riesgo personal en la visita de anestesia se lo pueden explicar en detalle. También puede solicitar esta información en cualquier momento de su estancia en el hospital..

EN CASO DE ANESTESIA GENERAL.-

Excepcionalmente la introducción del tubo lliaría la tráquea puede entrañar cierta dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente (las personas con dientes grande, boca en malas condiciones o pequeñas son más propensas a esta complicación). Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar trastornos respiratorios muy importantes. Afortunadamente esa complicación es muy rara (los pacientes diabéticos, obesos con hernia de hiato, son entre otros los más propensos a esta complicación). Una forma de prevenir esta complicación es GUARDAR AYUNO ABSOLUTO, al menos 6 HORAS ANTES de la intervención quirúrgica programada y TOMAR, aquella MEDICACIÓN Que con esta finalidad, haya prescrito el anestesiólogo antes de la cirugía.

Yo el Dr. (a) _____ médico tratante de (de la) paciente _____, con historia clínica N° _____ del servicio de _____, Departamento de _____

Del Hospital _____ de EsSalud, internado por un cuadro de _____ a quien se le practicará la intervención quirúrgica (el procedimiento) _____

_____ ; sobre el cual le he (hemos) puesto en conocimiento y explicado al (a la) paciente (a su padre/madre/representante legal) arriba mencionado respecto a la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos probables, posibles eventos adversos o complicaciones como consecuencia del procedimiento médico-quirúrgico al que será sometido (a); así mismo se le ha informado de los métodos alternativos de tratamiento y de los riesgos y consecuencias de no emprenderse ningún tratamiento. En fe de lo cual y en el entendido de su plena comprensión interactiva por el (la) paciente (representante legal) de la información descrita, suscribo y afirmo el presente consentimiento otorgado.

Fecha: día _____ mes _____ año _____ hora _____ AM / PM

Firma y sello del médico tratante

Dr. _____

N° de DNI: _____ N° de CMP: _____ N° RNE: _____

REVOCATORIA:

Yo _____ (padre/madre/representante legal); identificado con DNI/Pasaporte/Carné FFAA/Carné de extranjería N° _____ Revoco el consentimiento informado otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a la situación de mi (la) salud (de mi representado(a)/hijo(a))

Fecha: día: . mes; _____ año: __ __, hora: _____ AM/PM

Firma y Post Firma:

Nota: el registro del consentimiento informado debe ser llenado por el mismo paciente o su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. En la medida de lo posible las dos hojas de formato; deben proveerse al paciente/representante legal, con el tiempo suficiente para su adecuada lectura y entendimiento, para su llenado de preferencia en presencia y /o apoyo del médico tratante. Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dado índice) en lugar de la firma.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

Yo, _____, identificado(a) con DNI/N°/Pasaporte/Carné de las FF.AA./Carné de Extranjería N° _____ en mi Condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la paciente) _____

con Historia Clínica N° _____ autorizo al

Dr.(a) _____ y Dr _____

a practicar el procedimiento medico quirúrgico siguiente: _____

que consiste en: _____

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente;

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También yo entiendo que, en adición al los riesgos particulares de este procedimientos médico - quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento, médica-quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa o drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad, o imprevistos de otras naturaleza.
4. También eh realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico (s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el (los), procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido (a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; que también entiendo que los hospitales de salud como este, según nivel de atención, son instituciones docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico al que seré (á) cometido (a) mi representado (a); he procedido a suscribir de puño y letra las (06) declaraciones descritas, por lo que firmo e presente consentimiento informado.

Fecha: día _____ mes _____ año _____ hora _____ AMP/IPM

Firma del Paciente/Padre/Madre/Representante Legal con DNI/Pasaporte/Carné FFAA/

Carné de extranjería N° _____; que autoriza el procedimiento médico

quirúrgico: _____

INFORME OPERATIVO

FECHA : _____ OJO: _____

NOMBRE : _____

Dx. PRE OPERATORIO : _____

Dx. POS OPERATORIO : _____

OPERACIÓN : _____

CIRUJANO : _____ AYUDANTE: _____

TIPO DE ANESTESIA : _____

ANESTESIÓLOGO : _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: _____

HALLAZGOS : _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ D.N.I. N° _____

SERVICIO: _____ N° CUARTO: _____ N° CAMA _____

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

 ANÁLISIS PREOPERATORIOS: _____

 RIESGO QUIRÚGICO: _____
 Recomendaciones: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nombres _____

Por la presente, autorizo a los médicos del Instituto Peruano de Oftalmología a realizar los exámenes, procedimientos y tratamiento médico quirúrgico u otros que fueran necesarios para mi recuperación aceptando los riesgos y posibles secuelas que de ellos pudieran derivarse. En fe de lo cual firmo en presencia de un testigo:

Firma del Paciente o Familiar _____

Firma del Testigo _____

DNI N° _____

DNI N° _____

Piura, ____ de ____ de ____

PROGRAMACIÓN DE SALA

 DÍA: ____/____/____
 SALA () TURNO ()

ANESTESIA LOCAL ()

ANESTESIA GENERAL ()

Peso _____

DIAGNÓSTICO _____

OPERACIÓN _____

CIRUJANOS _____

DURACIÓN _____

 Médico Oftalmólogo
 Solicitante

 Autorización de la
 Jefatura

Médico Anestesiólogo

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ D.N.I.: _____

SERVICIO: _____ N° CUARTO: _____ N° CAMA _____

**ANEXO N° 12
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS**

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA: N° DE DNI:

EDAD: SEXO:

SERVICIO: N° DE CAMA:

VARIABLES		INGRESO
		Puntaje
EDAD	Recién nacido	2
	Lactante menor	2
	Lactante mayor	3
	Preescolar	3
	Escolar	1
ANTECEDENTES DE CAÍDAS PREVIAS	Sí	1
	No	0
ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
Sin antecedentes	0	
COMPROMISO DE CONCIENCIA	Sí	1
	No	0
PUNTAJE TOTAL		

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
4 A 6 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
2 A 3 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAÍDA
0 A 1 PUNTO	RIESGO BAJO DE CAÍDA

CATARATA

Es la opacificación del cristalino con una reducción parcial o total de la visión (ceguera). El único tratamiento es la cirugía y el implante de un LENTE INTRAOCULAR, el cual restablece la visión.

GLAUCOMA

Es la presión alta en el ojo. Causa ceguera irreversible. Generalmente no presenta sintomatología, por ello es aconsejable un chequeo periódico o cuando se presenta dolor intenso y ojo rojo. El tratamiento es médico Quirúrgico.

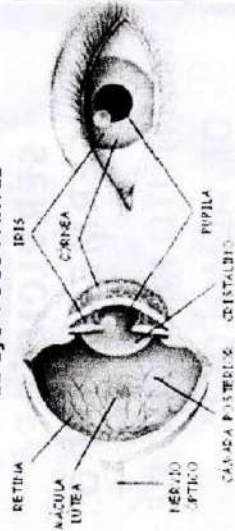
TRASPLANTE DE CórNEA

Un trasplante de córnea (queratoplastia) es un procedimiento quirúrgico por el cual se reemplaza la córnea dañada con tejido de la córnea de un donante.

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Se produce cuando el tejido en la parte posterior del ojo (retina) se desprende de una capa de vasos sanguíneos. Es una emergencia médica. Su tratamiento es quirúrgico.

EL OJO Y SUS PARTES



Las molestias más comunes después de la cirugía son: lagrimeo, enrojecimiento, sensibilidad a la luz y picazón.

LO QUE SE DEBE HACER DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

Su ojo operado es muy sensible por ahora. La infección que se hizo fue cerrada, en algunos casos, con unos puntos de sutura delicados. He aquí como protegerlo:

PRIMER DÍA:

- Concluida la cirugía, recibirá analgésico parenteral y vía oral. En ausencia de signos y síntomas como dolor local, ardor, podrá irse a su casa con el ojo ocluido.
- No se quite el parche hasta no visitar a su médico al día siguiente de la cirugía, a menos que se especifique la aplicación de medicación tópica.
- Descansar semisentado o sentado las primeras 6 horas.
- Reposo relativo. Se recomienda no hacer esfuerzos físicos, no levantar peso (+ de 5 Kg.) y no agachar la cabeza más abajo de la cintura.
- Dieta según la enfermedad que sufre. Se sugiere poca sal, azúcar y grasa, se recomienda una dieta saludable: verduras, frutas, menestras, carnes y pescados.
- Si está tomando algún medicamento continúe haciéndolo, si toma Aspirina debe suspenderla por lo menos una semana más.
- Puede leer o ver televisión pero solo por períodos cortos.
- Tomar Paracetamol si tiene dolor o el analgésico que su médico le indica.
- Debe asistir a su primer control al día siguiente de la operación. Tome desayuno.

LOS PRIMEROS 15 DÍAS:

- Después del primer control si aún tiene el parche debe retirarlo e iniciar el tratamiento ocular indicado, no mantener el ojo tapado.
- La limpieza es tan importante como su tratamiento, no olvide el lavado de manos.
- Puede bañarse cuidando no entre jabón ni shampoo a los ojos.

- Debe realizar la limpieza ocular por lo menos 2 veces al día. Procure usar una toalla individual solo para su cara.
- No rasque ni frote el ojo ya que esto puede ocasionar complicaciones.
- Reposo relativo. Se recomienda no realizar movimientos bruscos, no hacer esfuerzos físicos, no levantar peso y no agachar la cabeza más abajo de la cintura.
- Es recomendable que permanezca en casa las dos primeras semanas, salga solamente cuando sea necesario y acompañado (a).
- No acostarse por el lado operado hasta que su médico se lo permita.
- Dieta: la que está acostumbrada; incluir fruta y verduras para evitar el estreñimiento, no tomar licor, ni fumar.
- No tener relaciones sexuales por lo menos las primeras 3 semanas después de operado.
- Evitar situaciones en las que el ojo pueda recibir un golpe directo.
- Usar anteojos oscuros cuando salga a la calle y protector ocular en el ojo operado en la noche al acostarse.
- Puede ver televisión, leer, escribir, coser, trabajos de oficina bajo techo sin ningún peligro.
- No trabaje en ambientes sucios o con polvo hasta que haya curado por completo la herida operatoria.
- No realice tareas domésticas (cocinar, lavar, barrer, etc.)

DESPUÉS DE 15 DÍAS

- Puede realizar algunos quehaceres domésticos evitando siempre movimientos bruscos y levantar peso.
- Puede realizar ejercicios sencillos, de preferencia caminatas acompañado.
- Continúe con las primeras indicaciones de alimentación, higiene y medidas generales de las primeras semanas.

MUY IMPORTANTE

Si nota dolor intenso, pérdida brusca de visión, ojo demasiado rojo, lagrimeo intenso, secreción purulenta (legaña) e inflamación de ojos o anexos, acuda de inmediato a un Centro de Salud cercano y/o a su médico.

RECOMENDACIONES

Antes de ser aplicado el tratamiento tópico, se insiste en el lavado de manos.

- La persona que aplicará las gotas, deberá lavarse bien las manos con agua y jabón.
- Realizar una limpieza externa del ojo con agua hervida fría, usar gasa humedecida desde el ángulo interno hacia afuera, para retirar cualquier suciedad del ojo.
- No hacer presión sobre el ojo.
- Incline la cabeza hacia atrás o recuéstese mirando hacia arriba.
- Jale suavemente el párpado inferior hacia abajo con un dedo, poniendo presión en la mejilla y no en el ojo.
- Coloque el gotero aproximadamente a un centímetro encima del ojo. Evite tocar el gotero con el ojo para no contaminar el frasco.
- Aplique una gota (o unguento) entre el párpado inferior y el ojo y luego mire hacia abajo por algunos segundos.
- Cierre los ojos lentamente y manténgalos así por 1 ó 2 minutos. Evite cerrar los ojos con fuerza para no expulsar la gota del ojo.
- Si tiene que aplicar más de un tratamiento, espere por lo menos 2 a 3 minutos entre cada aplicación.
- Ponga la tapa en el gotero para evitar que se contamine.

Nota:

- Los medicamentos son personales.
- NO deben estar expuestos al sol y al calor.
- Guardar fuera del alcance de los niños.



Essalud
Estarnos a tu servicio

INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGÍA - IPO

Nuestros servicios:

Consulta Oftalmológica Especializada en Segmento Anterior y Segmento Posterior - Emergencia - Sala de Operaciones - Angiografía - Biometría - Campo Visual Computarizado - Ecografía Ocular - Tonometría - Microscopía Espectral - Paquimetría - Refracción - Agudeza Visual - PAM - Topografía Corneal - Láser Argón - Yag Láser - Farmacia Oftalmológica.

Realizamos cirugía altamente especializada de:

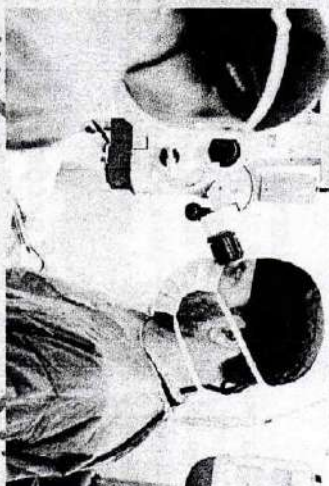
CATARATA - GLAUCOMA - TRASPLANTE DE CórNEA - PLÁSTICA OCULAR Y RECONSTRUCTIVA - VÍAS LAGRIMALES - ESTRABISMO - CIRUGÍAS DE VITREO Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA - TRAUMA OCULAR - RESOLUCIÓN DE OTRAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DIVERSAS.

Ubicación:

El Instituto Peruano de Oftalmología esta ubicado al lado del servicio de Emergencia del Hospital III "Cayetano Heredia" de Castilla - Piura.



Instituto Peruano de Oftalmología
Essalud



INSTRUCCIONES PARA LOGRAR EL ÉXITO DE TU OPERACIÓN

SERVICIO DE ENFERMERÍA - IPO

INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGÍA

PIURA

**ANEXO N° 08
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE MORSE (ADULTO)**

APELLIDOS Y NOMBRES:	<input type="text"/>		
N° DE HISTORIA CLÍNICA:	<input type="text"/>	N° DE DNI:	<input type="text"/>
EDAD:	<input type="text"/>	SEXO:	<input type="text"/>
SERVICIO:	<input type="text"/>	N° DE CAMA:	<input type="text"/>

Escala de Riesgo de MORSE

ANTECEDENTES DE CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES	NO	0
	SI	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	REPOSO EN CAMA, AYUDA DE LA ENFERMERA	0
	MULETAS, BASTÓN, ANDADOR	15
	MUEBLES	30
CATÉTERES IV / VÍA HEPARINIZADA	NO	0
	SI	20
MARCHA (EQUILIBRIO / TRASLADO)	NORMAL, REPOSO EN CAMA, INMÓVIL	0
	DÉBIL	10
	ALTERADO	20
CONCIENCIA (ESTADO MENTAL)	ORIENTADO SEGÚN LAS POSIBILIDADES	0
	OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
PUNTAJE OBTENIDO		<input type="text"/>

**Morse, J.M.; R.M. & Tylko, S.J.: Development of a scale to identify the fall prone patient. Canadian Journal of Aging. 1988; 8:366 - 377.*

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
DE 25 A 50 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAÍDA
DE 0 A 24 PUNTOS	SIN RIESGO DE CAÍDA

**ANEXO N° 10
ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H. DOWTON (ADULTO MAYOR)**

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA: N° DE DNI:

EDAD: SEXO:

SERVICIO: N° DE CAMA:

**Escala de Riesgo de Caídas JH Downton* (1993)
ALTO RIESGO > 2 PUNTOS**

CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
PUNTAJE OBTENIDO		<input type="text"/>

*Downton JH, Andrews K. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. *Aging (Milano)*. 1991 Sep;3(3):219-28

Interpretación del puntaje

PUNTAJE OBTENIDO	RIESGO
MAYOR A 2 PUNTOS	RIESGO ALTO DE CAÍDA
1 A 2 PUNTOS	RIESGO MEDIO DE CAÍDA
0 PUNTOS	RIESGO BAJO DE CAÍDA

INTERCONSULTA

RECOMENDACIONES: Del Hospital , contesto la consulta antes de 24 horas.				
PEDIDO DE CONSULTA AL:				
SUMARIO DE HISTORIA				
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA				
FECHA:	HORA:	AM	PM	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
RESULTADO DE LA CONSULTA:				
OPINIÓN Y RECOMENDACIÓN:				
FECHA:	HORA:	AM	PM	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	N°	
SERVICIO _____		N° CUARTO _____		N° CAMA _____

REQUISITOS PARA CIRUGIA OFTALMICA

HEMOGRAMA COMPLETO (PLAQUETAS, GLOBULOS BLANCOS, HEMOGLOBINA)	
GLUCOSA	
UREA	
CREATININA	
EXAMEN ORINA	
TIEMPO PROTROMBINA (TP)	
TIEMPO COAGULACION Y SANGRIA	
VDRL	
HIV	
ELECTROCARDIOGRAMA EN >18 AÑOS (EN MENORES SI TIENEN PATOLOGIA CARDIOVASCULAR)	
RX TORAX SI HUBIESE PATOLOGIA CARDIACA Y/O PULMONAR	
RIESGO QUIRURGICO CARDIOLOGICO (SI < 15 AÑOS: RIESGO QUIRURGICO PEDIATRICO)	
EVALUACION PRE ANESTESIA (PACIENTES PERTENECIENTES A OTRAS REDES ASISTENCIALES)	

Los exámenes tendrán una vigencia de 3 meses

MEDICO

FECHA: ___/___/___

REQUISITOS PARA CIRUGIA OFTALMICA

HEMOGRAMA COMPLETO (PLAQUETAS, GLOBULOS BLANCOS, HEMOGLOBINA)	
GLUCOSA	
UREA	
CREATININA	
EXAMEN ORINA	
TIEMPO PROTROMBINA (TP)	
TIEMPO COAGULACION Y SANGRIA	
VDRL	
HIV	
ELECTROCARDIOGRAMA EN >18 AÑOS (EN MENORES SI TIENEN PATOLOGIA CARDIOVASCULAR)	
RX TORAX SI HUBIESE PATOLOGIA CARDIACA Y/O PULMONAR	
RIESGO QUIRURGICO CARDIOLOGICO (SI < 15 AÑOS: RIESGO QUIRURGICO PEDIATRICO)	
EVALUACION PRE ANESTESIA (PACIENTES PERTENECIENTES A OTRAS REDES ASISTENCIALES)	

Los exámenes tendrán una vigencia de 3 meses

MEDICO

FECHA: ___/___/___



RED ASISTENCIAL PIURA
INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGÍA
DIVISIÓN RECURSOS HUMANOS
CONTROL TIEMPO

NOTIFICACIÓN DE VACACIONES

Nº 000201

Sr.(Sra.) DRH-OA-RAPI-ESSALUD20.....

SE HACE DE CONOCIMIENTO QUE DE ACUERDO A ROL DE PROGRAMACIÓN DE VACACIONES LE CORRESPONDE HACER USO DE DESCANSO FÍSICO VACACIONAL AÑO 20.....

MES PROGRAMADO: DESDE:

HASTA: A CUENTA DE VACACIONES:

FECHA DE INCORPORACIÓN A SUS LABORES:

POR LO TANTO DEBERÁ HACER ENTREGA DE SU CARGO A SU JEFE INMEDIATO.

PIURA, DE DEL 20

..... SERVIDOR VºBº PERSONAL JEFE INMEDIATO

NOTA: EL SERVIDOR DEBERÁ HACER USO DE SIETE (07) DÍAS COMO MÍNIMO.
SOLICITAR FORMATO CONVENIO - ANEXO 01 - ANEXO 02



RED ASISTENCIAL PIURA
INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGÍA
DIVISION RECURSOS HUMANOS
CONTROL TIEMPO

PAPELETA DE PERMISO N° 000579

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

DEPENDENCIA : _____

MOTIVO DE PERMISO : _____

HORA DE SALIDA : _____ HORA DE ENTRADA: _____

DÍA DE PERMISO : _____

FECHA: _____ Piura, _____ de _____ del 20 _____

DESTINO: _____

SOLICITANTE

JEFE INMEDIATO

VºBº PERSONAL



R.U.C. N°20131257750

REGISTRO DE CONTROL DE PERSONAL

INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGIA
RED ASISTENCIAL DE PIURA

AREA: SERVICIO DE ENFERMERIA DEL IPO
APELLIDOS Y NOMBRES

N°	COIGO DE PLANILLA	RES. LAB	DNI	HORA DE ENTRADA	FIRMA	REFRIGERO	HORA DE SALIDA	FIRMA	(*)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Total Asistencia

Total Inasistencia

HORA DE REFRIGERIO 13:00 a 14:00 horas

Piura, _____ del 2026

Firma y sello del Jefe de Area

Resumen

1. Total de personal asignado	5. Personal de Permiso
2. Personal de Vacaciones	6. Personal falso
3. Personal de Licencia	7. Total de Personal Asist.
4. Personal de Comisión	8. Total de Personal inasist.

(*) En el caso del personal asistencial que realiza Horas Extras, se debiera consignar en el cuadro las que se encuentran debidamente autorizadas con el sustento correspondiente.



RED ASISTENCIAL PIURA
 INSTITUTO PERUANO DE OFTALMOLOGIA
 DIVISION RECURSOS HUMANOS
 CONTROL TIEMPO

AUTORIZACIÓN DE PERMISO

Nº 000493

APELLIDOS Y NOMBRES :

DEPENDENCIA :

DESDE:

CONCEPTO :

- B-) Particular ()
- C-) Salud ()
- D-) Fallecimiento ()
- E-) Onomástico ()

- A-) Personal ()
- F-) Compensatorio ()
- G-) A Cta. de Vacaciones. ()
- H-) Capacitación ()
- I-) Comisión de Servicio ()

FECHA : Pura, de del 2,0

SOLICITANTE

OBSERVACION:

- DESTINO:

- FECHA:

- HORA:

JEFE INMEDIATO

VºBº PERSONAL