



**PEDIDO DE SERVICIO Nº**

000088

UNIDAD EJECUTORA : 007 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE CHUCA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 301203

Tipo Uso : Consumo  
Fecha: 12/06/26 Hora: 08:52 AM

Dirección Solicitante : GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.  
Entregar a Sr(a) : RODRIGUEZ OTINIANO RONAL GLOBER  
Fecha : 11/06/2026  
Actividad Operativa : C0001 Acciones de los Municipios que promueven la salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad  
Motivo : CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESION DE FORMATOS DE VISITAS DOMICILIARIAS Y FOLLETOS PARA ACTOR SOCIAL, PARA VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES EN PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS A LA MEJORA DE LA GESTION MUNICIPAL 2026

| FF/Rb | META / MNEMONICO | Función | División Func. | Grupo Func. | Programa | Prod/Pry | Act/Ai/Obr |
|-------|------------------|---------|----------------|-------------|----------|----------|------------|
| 5-18  | 0056             | 20      | 043            | 0095        | 0002     | 3033412  | 5005986    |

| Código       | Descripción / Términos de Referencia | Clasificador | Valor S/. | Unidad Medida |
|--------------|--------------------------------------|--------------|-----------|---------------|
| 500100050561 | SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL   | 2.3.2 7.11 6 |           | SERVICIO      |

Municipalidad Distrital de Santa Cruz de Chuca  
Lc. Ronald Góber Rodríguez Otiniano  
Gerente de Desarrollo Social y Gestión del Medio Ambiente  
Firma del Solicitante

Municipalidad Distrital de Santa Cruz de Chuca  
Mg. German Antonio Espinoza Otiniano  
GERENTE MUNICIPAL  
Firma Autorizada



## TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

|   |   |
|---|---|
| <b>Órgano y/o Unidad Orgánica:</b>              | GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL Y GESTION DEL MEDIO AMBIENTE  |
| <b>Actividad Operativa/Inversiones del POI:</b> | ACCIONES DE LOS MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE |
| <b>Denominación de la Contratación:</b>         | CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE VISITAS DOMICILIARIAS Y FOLLETOS PARA ACTOR SOCIAL.   |

### I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

La finalidad de la presente contratación del servicio de IMPRESIÓN, es contar con un adecuado servicio de impresión de material didáctico, para mantener y garantizar la operatividad y cumplimiento de las funciones de los Actores Sociales o Agentes Comunitarios de Salud, para la realización de las visitas domiciliarias a gestantes en prevención y reducción de la anemia, en el Marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2026.

### II. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN (Obligatorio)

#### OBJETIVO GENERAL

Contratación del servicio de impresión de materiales didácticos para los Actores Sociales o Agentes Comunitarios de Salud, con la finalidad de dar cumplimiento a las labores en las visitas domiciliarias a gestantes - 2026.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

La contratación del servicio de impresión tiene como objeto la implementación con material didáctico a los Actores Sociales o Agentes Comunitarios de Salud, para el desarrollo de sus actividades, con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas trazadas.

### III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO (Obligatorio)

| ITEM | DESCRIPCION   | UNIDAD DE MEDIDA | ESPECIFICACIONES   | CANTIDAD |
|------|---|------------------|--|----------|
| 1    | 475100052325 - FICHA N° 03: VISITA DOMICILIARIA PARA GESTANTE                             | TALONARIO        | ✓ Formato: T/A4 Autocopiativo (original y copia) full color – block x 100<br>✓ Diseño según modelo adjunto   | 10       |
| 2    | 475100057715 – FICHA DE AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE GESTANTES | TALONARIO        | ✓ Formato: T/A4 Autocopiativo (original y copia) full color – block x 100<br>✓ Diseño según modelo adjunto   | 10       |
| 3    | 474000020862 – FOLLETO DE PREVENCION Y REDUCCION DE LA ANEMIA EN GESTANTES                | MILLAR           | ✓ Formato: T/A4, en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en tres, impresión a full color por anverso y reverso<br>Diseño según modelo adjunto   | 1/2      |
| 4    | 470300060349 – TRIPTICO RECETARIO: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA PARA GESTANTES             | MILLAR           | ✓ Formato: T/A4, en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en tres, impresión a full color por anverso y reverso<br>✓ Diseño según modelo adjunto | 1/2      |

### IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

No aplica

### V. SEGUROS (De corresponder)

No corresponde



|  |
|--|
| <b>VI. PRESTACIONES ACCESORIAS (De corresponder)</b>   |
| No corresponde   |
| <b>VII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (Obligatorio)</b>  |
| Del Postor:<br><b>A. PERFIL</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Persona Natural o jurídica en el rubro de servicios de impresiones en general y/o afines.</li> </ul>  |
| <b>B. REQUISITOS/CAPACITACIONES</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro Único de Contribuyente (RUC) vigente.</li> <li>No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado.</li> <li>Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.</li> </ul>   |
| <b>VIII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN (Obligatorio)</b>  |
| <b>Lugar:</b> Los servicios se realizarán en el domicilio o imprenta del proveedor.  |
| <b>Plazo:</b> El servicio tendrá una duración hasta 08 días calendarios contados a partir del día siguiente de emitida la orden.   |
| <b>IX. ENTREGABLES (Obligatorio)</b>   |
| Producto único: Consiste en la entrega del servicio de acuerdo a lo descrito en el numeral III del presente TDR  |
| <b>X. GARANTIA</b>   |
| No aplica  |
| <b>XI. CONFORMIDAD (Obligatorio)</b>   |
| La conformidad del servicio estará a cargo de la Gerencia de Desarrollo Social y Gestión del Medio Ambiente, la misma que deberá ser otorgada en un plazo máximo de Siete (07) días calendarios de producida la recepción.   |
| El proveedor, previo al otorgamiento de la Conformidad de servicios, presentará la siguiente documentación:  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Boleta o factura, según corresponda.</li> <li>Otros, de ser el caso.</li> </ul>   |
| <b>XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)</b>  |
| El pago del presente servicio, se realizará en un solo pago, luego de culminado el servicio y de la conformidad de servicios emitida por la Gerencia de Desarrollo Social y Gestión del Medio Ambiente.  |
| La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los Diez días (10) días calendario siguiente a la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato/orden de servicio para ello.   |
| <b>XIII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)</b>  |
| Estará obligado a guardar confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de la información o documentación a la que tengan acceso en el marco del servicio; quedando expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. EL PROVEEDOR debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.   |
| Dicha obligación comprende a la información que se entrega, como también a la que se genere durante la realización del servicio y la información producida una vez que se haya concluido el mismo. Dicha información puede consistir en textos, mapas, gráficos, planos, fotografías, dibujos, mosaicos, informes, recomendaciones, cálculos, estadísticas, documentos y demás datos compilados, recibidos o entregados por el locador.  |
| <b>XIV. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA</b>  |
| No aplica  |
| <b>XV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACION DE BIENES</b>   |
| En virtud de lo dispuesto en los artículos 11 y 18 de la Ley Nro. 29151 –Ley General del Sistema Nacional de Bienes Estatales, en aquellos casos en los cuales, para el cumplimiento de la prestación, la Entidad asigne al Contratista algún bien mueble o inmueble, este es responsable del buen uso y conservación de los mismo; de lo contrario, responderá por su deterioro o pérdida, debiendo proceder a su reposición dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles. |
| <b>XVI. PENALIDADES (Obligatorio)</b>  |
| En caso de retraso injustificado del proveedor en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de  |



atraso que le sea imputable. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

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

Donde F tiene los siguientes valores:

Para bienes y servicios: F = 0.40.

Para dicho procedimiento se deberá tener en cuenta lo prescrito en el artículo 120 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas – Ley N° 32069, en lo que fuera aplicable.

#### **XVII. GESTIÓN DE RIESGOS**

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, 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

#### **XVIII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL POR INCUMPLIMIENTO**

La Municipalidad distrital de Santa Cruz de Chuca puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- b) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible a la parte que incumple.
- c) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- d) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción.
- e) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.
- f) Configuración de la condición de terminación anticipada establecida en el contrato, de acuerdo con los supuestos que se establezcan en el reglamento para su aplicación.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de compra o de servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria.

La configuración de las causales de resolución de orden o contrato y su procedimiento serán aplicados de conformidad con lo prescrito en el artículo 68 de la Ley N° 32069 y artículo 122 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas – Ley N° 32069.

#### **XIX. CLÁUSULA DE ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

EL PROVEEDOR 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, en el proceso de contratación a cualquier servidor de la entidad contratante.

Asimismo, EL PROVEEDOR 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 PROVEEDOR 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 PROVEEDOR 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.

#### **XX. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**



Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante conciliación, de conformidad con el numeral 81.3 del artículo de la Ley General de Contrataciones Públicas – Ley N° 32069.

**XXI. NORMATIVIDAD APLICABLE**

Se debe tener en cuenta que de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 3, artículo 34 y el artículo 46, de la Ley General de Contrataciones Públicas – Ley N° 32069; y artículo 226 del reglamento de la ley, las contrataciones menores se rigen por la citada Ley.



Firma  
Área Usuaria  
(Centro de costos)

VB°  
Área Técnica (de ser el caso)

| DATOS DE LA GESTANTE  | DATOS DEL ACOMPAÑANTE         | DATOS DEL ACTOR SOCIAL        |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Nombres: .....  | Nombres: .....                | Nombres: .....                |
| Apellidos: .....  | Apellidos: .....              | Apellidos: .....              |
| DNI / CE <input type="text"/>   | DNI <input type="text"/>      | DNI <input type="text"/>      |
| Número de Celular: <input type="text"/>   | Celular: <input type="text"/> | Celular: <input type="text"/> |
| Fecha de Nacimiento <input type="text"/> Num. Historia Clin. <input type="text"/> |                               |                               |
| Dirección Actual: .....   |                               | EESS de atención: .....       |

|  |   |   |  |   |  |
|--|---|---|--|---|--|
| <b>1. ¿Cuántas semanas de gestación tienes?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Fecha del último control: <input type="text"/> | <b>2. Has ido al Establecimiento de Salud a recibir algún control de tu gestación</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Si la Respuesta es "NO" REFIERE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | <b>3. ¿Has recibido alguna vacuna?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Si la respuesta es SI pregunta:<br><input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Antitetánica<br><input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Vacuna Tdap | <b>4. Valor de Hemoglobina en su último control</b><br>_____ (g/dl)<br>Fecha: <input type="text"/> | <b>5. ¿Tienes acceso a alguno de los siguientes servicios básicos?</b><br>Agua potable <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Desagüe <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | <b>6. ¿Pertenece a algún Programa social</b><br><input type="checkbox"/> JUNTOS<br><input type="checkbox"/> Cuna Más<br><input type="checkbox"/> Vaso de Leche<br><input type="checkbox"/> Comedor Popular<br><input type="checkbox"/> Ninguno |
|--|---|---|--|---|--|

|              |                            |   |
|--------------|----------------------------|---|
| Visita N° 01 | Fecha <input type="text"/> | N° de Control Prenatal <input type="text"/> |
|--------------|----------------------------|---|

| EL ACTOR SOCIAL PREGUNTA Y VERIFICA:  | IDENTIFICA SIGNOS DE ALARMA   | HÁBITOS SALUDABLES  | COMPROMISO   |
|---|---|---|--|
| <b>7. ¿Consumes los siguientes suplementos?</b><br>Tabletas de sulfato ferroso mas ácido fólico <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>¿Cuántas tabletas recibiste? <input type="text"/><br>¿Cuántas tabletas te quedan? <input type="text"/><br>Tableta de suplemento de Calcio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Si respondió "NO" REFIERE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | <b>8. Si la Respuesta en la pregunta 7 es "NO" Preguntar: ¿Por qué no consume el suplemento?</b><br><input type="radio"/> Me estriñe<br><input type="radio"/> Me da diarrea<br><input type="radio"/> Se me acabó el suplemento<br><input type="radio"/> No me dieron en mi control<br><input type="radio"/> No me gusta o me da nauseas<br><input type="radio"/> Otro | <b>9. Preguntar a la gestante si tiene algunos de los siguientes signos de alarma:</b><br><input type="radio"/> Visión borrosa o dolor de cabeza frecuente o ambos.<br><input type="radio"/> El bebé no se mueve<br><input type="radio"/> Pérdida de líquido<br><input type="radio"/> Hinchazón de pies o manos o de cara<br><input type="radio"/> Sangrado vaginal durante el embarazo<br><input type="radio"/> Fiebre en los últimos siete días<br>Si presenta alguno de los signos de alarma REFIERE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | <b>10. ¿Consumes frutas diariamente?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br><b>11. ¿Consumes verduras por lo menos una vez al día?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br><b>12. ¿Consumes alimentos de origen animal ricos en hierro?</b><br><input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Bofe (pulmón)<br><input type="checkbox"/> Sangrecita <input type="checkbox"/> Riñoncito<br><input type="checkbox"/> Carnes rojas <input type="checkbox"/> Otras<br><b>13. ¿Prácticas el lavado de manos?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Firma de la gestante o tutor _____ |

|              |                            |   |
|--------------|----------------------------|---|
| Visita N° 02 | Fecha <input type="text"/> | N° de Control Prenatal <input type="text"/> |
|--------------|----------------------------|---|

| EL ACTOR SOCIAL PREGUNTA Y VERIFICA:  | IDENTIFICA SIGNOS DE ALARMA   | HÁBITOS SALUDABLES  | COMPROMISO   |
|---|---|---|--|
| <b>7. ¿Consumes los siguientes suplementos?</b><br>Tabletas de sulfato ferroso mas ácido fólico <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>¿Cuántas tabletas recibiste? <input type="text"/><br>¿Cuántas tabletas te quedan? <input type="text"/><br>Tableta de suplemento de Calcio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Si respondió "NO" REFIERE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | <b>8. Si la Respuesta en la pregunta 7 es "NO" Preguntar: ¿Por qué no consume el suplemento?</b><br><input type="radio"/> Me estriñe<br><input type="radio"/> Me da diarrea<br><input type="radio"/> Se me acabó el suplemento<br><input type="radio"/> No me dieron en mi control<br><input type="radio"/> No me gusta o me da nauseas<br><input type="radio"/> Otro | <b>9. Preguntar a la gestante si tiene algunos de los siguientes signos de alarma:</b><br><input type="radio"/> Visión borrosa o dolor de cabeza frecuente o ambos.<br><input type="radio"/> El bebé no se mueve<br><input type="radio"/> Pérdida de líquido<br><input type="radio"/> Hinchazón de pies o manos o de cara<br><input type="radio"/> Sangrado vaginal durante el embarazo<br><input type="radio"/> Fiebre en los últimos siete días<br>Si presenta alguno de los signos de alarma REFIERE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | <b>10. ¿Consumes frutas diariamente?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br><b>11. ¿Consumes verduras por lo menos una vez al día?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br><b>12. ¿Consumes alimentos de origen animal ricos en hierro?</b><br><input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Bofe (pulmón)<br><input type="checkbox"/> Sangrecita <input type="checkbox"/> Riñoncito<br><input type="checkbox"/> Carnes rojas <input type="checkbox"/> Otras<br><b>13. ¿Prácticas el lavado de manos?</b><br><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO<br>Firma de la gestante o tutor _____ |

| Mes de gestación | N° de visita | Mensaje de orientación durante la visita                | Mes de gestación | N° de visita | Mensaje de orientación durante la visita | OBSERVACIÓN |
|------------------|--------------|---|------------------|--------------|--|-------------|
| 4to mes          | 1            | Atención Prenatal: Importancia                          | 7no mes          | 1            | Atención Prenatal: Importancia           |             |
|                  | 2            | Alimentación saludable: para la prevención de la anemia |                  | 2            | Anemia: Suplementación con hierro        |             |
| 5to mes          | 1            | El embarazo: señales de peligro                         | 8vo mes          | 1            | Plan de parto: Importancia               |             |
|                  | 2            | Anemia: Suplementación con hierro                       |                  | 2            | Parto institucional: Importancia         |             |
| 6to mes          | 1            | Anemia: Suplementación con hierro                       | 9no mes          | 1            | Derecho a la identidad                   |             |
|                  | 2            | Alimentación saludable: para la prevención de la anemia |                  | 2            | El puerperio: Señales de peligro         |             |



## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

(Ley N° 26842 Ley General de Salud, Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales y demás normas complementarias)

Yo, (DATOS DE LA GESTANTE EN LETRA LEGIBLE)

|  |       |         |                           |                         |
|--|-------|---------|---------------------------|-------------------------|
| Nombres y Apellidos:                           |       |         | Edad Gestacional          |                         |
| N° de DNI:                                     | Edad: | N° HCL: | N° Celular 1              | N° Celular 2 (opcional) |
| Domicilio donde reside:                        |       |         | Distrito (donde reside)   |                         |
| Domicilio alternativo de residencia (opcional) |       |         | Distrito (reside alterna) |                         |

De ser menor de edad : Madre/Padre (      )                      Esposo (      )                      Otro:

|  |           |                |
|--|-----------|----------------|
| Nombres y Apellidos del acompañante o apoderado: | N° de DNI | N° de Celular: |
|--|-----------|----------------|

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales en relación a mi estado de gestación y que se encuentren en la historia clínica de esta Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS, sean remitidos al Gobierno Local /Municipio **EXCLUSIVAMENTE** con fines facilitar mis datos para la ejecución de la **visitas domiciliarias** por actores sociales en el marco del compromiso 1. En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud – IPRESS a la siguiente dirección:

| IPRESS (Establecimiento de Salud) | Personal que atendió | N° de Celular |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|
|                                   |                      |               |

Firma
Huella

## AUTORIZACIÓN PARA VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL

Fecha: ..... Hora:.....

Yo ....., identificado con DNI. N° .....

Historia Clínica N°..... declaro haber sido informado(a) de las actividades de visitas domiciliarias y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, SI (    ) NO (    ) autorizo para que un actor social de mi distrito, acuda a mi domicilio **2 veces al mes durante todo el proceso del embarazo** durante el transcurso de mi embarazo con la finalidad de prevenir y/o reducir la anemia .

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional de la salud D.N.I

## REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL

Yo ....., identificado con DNI N° .....

e Historia Clínica N° ..... **REVOCO LA AUTORIZACIÓN QUE DÍ** para recibir las visitas domiciliarias señaladas en la parte superior del presente formato.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria D.N.I

## Camote relleno con pescado

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ Kg de pescado
- 1 Kg de camote
- ½ Kg de arroz
- 1 huevo
- 1 cebolla
- 1 tomate
- Aceite, ajos, sal, harina de trigo, aceituna, pimienta y limón al gusto.

### Preparación:

1. Sancochar y prensar los camotes.
2. Aparte freír el pescado en trozos pequeños, preparar un aderezo con aceite, cebolla picada, ajo, sal y tomate.
3. Añadir el pescado frito, el huevo sancochado y las aceitunas.
4. Con la mano enharinada tomar una porción de masa de camote, extenderla y colocar en el centro el relleno del pescado y huevo sancochado. Cerrar los bordes, enharinar y freír en aceite caliente.
5. Servir con arroz graneado y salsa criolla.
6. Puede pasar el camote relleno por huevo batido antes de freír.

"Durante tu embarazo consume todos los días: desayuno, almuerzo, cena más un refrigerio"

## Paté de hígado

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ Kg de hígado de pollo
- 2 cucharadas de mantequilla
- 1 cucharada de cebolla picada
- 3 cucharadas de leche o caldo de pollo
- 1 diente de ajo
- Sal
- Una ramita de perejil

### Preparación:

1. Se calienta la mantequilla en una sartén. Se cocinan las cebollas y se agrega el hígado, dejando cocinar con el ajo.
2. Se licúa todo y se agregan las cucharadas de leche o caldo de pollo. Se agrega sal al gusto.
3. Sirva con pan o tostadas.

"Consuma 5 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro, como sangrecita, hígado, bazo, pescado, bife y carnes rojas, diariamente" ¡Te ayuda a prevenir la anemia!

## Albóndigas en salsa verde

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ Kg de sangrecita de pollo
- 2 tazas de arroz
- 1 cebolla mediana
- ¼ taza de harina de trigo
- 2 huevos medianos
- ¼ taza de culantro licuado
- 1 zanahoria mediana
- ½ taza de arveja fresca verde
- ½ taza de aceite vegetal
- Sal yodada, ají colorado molido, pimienta, ajo molido, perejil picado al gusto.

### Preparación:

1. Cocinar la sangrecita con sal yodada, cortarla en cuadraditos pequeños.
2. Colocar la sangrecita en un tazón, adicionar los huevos batidos, el perejil picado, la sal yodada y la pimienta; mezclar y formar bolitas medianas; pasar por harina de trigo y freír por ambos lados.
3. Preparar un aderezo con aceite vegetal, ajos, cebolla cortada en cuadraditos pequeños, ají colorado y dorar; después, agregar las arvejas, el culantro licuado, las albóndigas y la zanahoria cortada en rodajas delgadas. Cocinar.
4. Servir las albóndigas con arroz graneado.

## Guiso de trigo con hígado apanado

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ de Kg de hígado de res
- 2 tazas de trigo
- 1 cebolla mediana
- 4 tomates medianos
- 1 limón mediano
- ½ taza de aceite vegetal
- ½ taza de harina de maíz
- Ajos, ají colorado, perejil y sal yodada al gusto.

### Preparación:

1. Lavar el hígado, escurrirlo y apañarlo en harina de maíz sazonado con sal yodada y pimienta, luego freírlo en aceite vegetal caliente.
2. Poner a sancochar el trigo en abundante agua hasta que reviente.
3. En una olla, hacer un aderezo con aceite vegetal, ajos, ají colorado y cebolla cortada en cuadraditos pequeños. Dorar e incorporar el trigo sancochado, mezclar y dejar cocinar. Al final, agregar perejil picado.
4. Servir el hígado arrebozado sobre el guiso de trigo y ensalada de tomate.

"Debes tomar tus tabletas de hierro y ácido fólico desde las 14 semanas de embarazo"



PERÚ

Ministerio de Salud

# Recetario

para prevenir la anemia  
EN GESTANTES



## Hígado al perejil

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ kg de hígado de pollo
- 2 tazas de arroz
- ½ taza de perejil licuado
- 1 cucharadita de azúcar
- 1 limón
- ½ taza de arveja fresca verde

### Preparación:

1. Macerar el hígado con una mezcla de ajo, azúcar, perejil licuado, aceite vegetal, sal yodada y pimienta.
2. Freír en aceite vegetal bien caliente los hígados macerados.
3. Colocar en una olla los hígados fritos, la arveja sancochada y la mezcla donde se maceró el hígado, dejar cocinar unos minutos.
4. Servir con arroz graneado, papas sancochadas y ensalada de tomate en rodajas.

## Frijoles con saltado de hígado

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ kg de hígado de pollo
- 400 grs. de frijoles
- 2 tazas de arroz
- 1 cebolla mediana
- 2 tomates medianos
- 1 ají amarillo
- ½ taza de aceite vegetal
- Ajos molidos, perejil, vinagre, pimienta, orégano y sal yodada al gusto.

### Preparación:

1. Cocinar los frijoles previamente remojados el día anterior, aderezarlo con aceite vegetal, cebolla, ajos, orégano y sal.
2. En una sartén, freír en aceite vegetal el hígado cortado en tiras delgadas sazonado con ajos, pimienta y sal. Después agregar la cebolla en tiras delgadas con un chorrito de vinagre y freír.
3. Incorporar los tomates y el ají amarillo cortados en juliana, rectificar la sazón con sal yodada, agregar perejil picado y orégano.
4. Servir el saltado de hígado sobre los frijoles acompañado de arroz graneado.

## Arroz a la jardinera con sangrecita

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ kg de sangrecita
- 1 kg de arroz
- 2 zanahorias medianas
- 1 taza de choclo desgranado
- 1 taza de habas verdes
- 1 cebolla
- 2 cabezas de cebolla china
- Aceite, ajos, culantro molido, ají verde, sal, pimienta y pimiento al gusto.

### Preparación:

1. Limpiar y lavar la sangrecita, luego sancocharla y picarla.
2. Preparar un aderezo con ajos, cebolla, pimienta y culantro. Una vez dorado agregar el ají y zanahoria picada en cuadraditos, choclo, habas, cebolla china, sal y un poco de agua.
3. Cuando las verduras estén a punto de cocinarse, añadir agua caliente, arroz lavado y pimienta. Tapar y dejar granear. Cuando el arroz esté graneado agregar la sangrecita picada, mezclar y servir.

“Consume todos los días frutas y verduras variadas de color amarillo, anaranjado, rojo y hojas de color verde oscuro”.

## Cau - cau de bofe

(6 raciones)

### Ingredientes:

- ½ kg de bofe
- ¼ taza de aceite
- 1 taza de picada
- ½ cucharada de ajo molido
- Una pizca de comino
- 1 cucharadita de papillo
- 2 cucharadas de leche
- 2 cucharadas de ají molido
- 1 kg de papa blanca cocinada y picada
- 1 ramita de hierbabuena picada
- Jugo de limón
- Sal al gusto

### Preparación:

1. Sancochar el bofe en agua que lo cubra con 2 cucharadas de leche y una ramita de hierbabuena, hasta que esté tierno. Luego escurrir y picar el bofe en cuadraditos.
2. Calentar el aceite y freír la cebolla, ajos, comino, papillo y ají. Cuando está cocido, añadir el bofe y papas. Dar un hervor.
3. Agregar el jugo de limón y hierbabuena.
4. Servir con arroz.



El Perú Primero

Sin anemia, mejor futuro