

**PEDIDO DE SERVICIO Nº**

000090

UNIDAD EJECUTORA : 007 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE CHUCA

NRO. IDENTIFICACIÓN : 301203

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA CRUZ DE CHUCA  
 Fecha : 11/06/2026  
 Hora : 16:18  
 Página : 1 de 1  
**TRANSMISIÓN DOCUMENTARIO**  
**RECIBIDO**  
 EXPEDIENTE Nº 2268 Nº FOLIOS 22  
 FECHA 12/06/26 HORA 08:56 AM  
 FIRMADO

Tipo Uso : Consumo

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 : C0013 Acciones de los Municipios que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación  
 Motivo : CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESION DE ROTAFOLIOS, FORMATOS Y FOLLETOS PARA ACTOR SOCIAL, PARA VIAS DOMICILIARIAS A NIÑOS MENORES DE 12 MESES DE EDAD EN CUMPLIMIENTO AL COMPROMISO 1 - 2026

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
5-18	0016	20	043	0095	1001	3033251	5005983

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

  
 Firma del Solicitante

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

MUNICIPALIDAD DISTRITAL  
 SANTA CRUZ DE CHUCA  
 GERENCIA MUNICIPAL  
**PROVEIDO**  
 PASE A: Logística  
 PARA: Sr. atención  
 FECHA: 12.106.26

Municipalidad Distrital Santa Cruz de Chuca  
 DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA  
**RECIBIDO**  
 Fecha: 12.106.26  
 Hora: 9:45 u: Folios: 22

## 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 EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION
<b>Denominación de la Contratación:</b>	CONTRATACION DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE ROTAFOLIOS (LAMINARIOS), 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 niños menores de 12 meses de edad en cumplimiento al Compromiso 1 – “Mejora de las prácticas de alimentación y consumo oportuno de los suplementos de hierro para la prevención y reducción de la anemia en niños hasta los 12 meses de edad, 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 niños menores de 12 meses de edad en cumplimiento al compromiso 1 – 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	475100057642 - FORMATO N° 01: FICHA DE VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL A NIÑOS DE 0 A 5 MESES DE EDAD	TALONARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/A4 Autocopiativo (original y copia) full color – block x 100</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	25
2	475100057090 – FORMATO N° 02: FICHA DE VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL A NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD	TALONARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/A4 Autocopiativo (original y copia) full color – block x 100</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	25
3	475100015188 – FORMATO DE REFERENCIA COMUNAL	TALONARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/A4 Autocopiativo (original y copia) full color – block x 100</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	10
4	470300050457 - DIPTICO PARA PREVENIR LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD	MILLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/CARTA, en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en dos, impresión a full color por anverso y reverso</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	01
5	470300050138 - DIPTICO RECETARIO PARA PREVENIR LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 MESES DE EDAD	MILLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/CARTA, en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en dos, impresión a full color por anverso y reverso</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	01
6	470300080453 – TRIPTICO RECETARIO PARA PREVENIR LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 MESES DE EDAD	MILLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/CARTA, en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en tres, impresión a full color por anverso y reverso</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	01



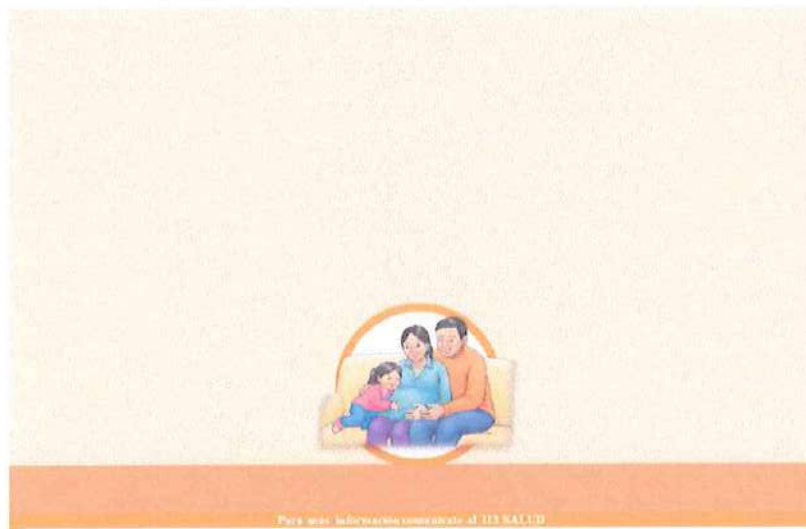
7	470300190038 – CUADRIPTICOS RECETARIO PARA PREVENIR LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 23 MESES DE EDAD	MILLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: T/ 8 PULG. X 20 PULG., en papel couche de 100 grs, tamaño extendido, acabado corte recto y doblez en cuatro, impresión a full color por anverso y reverso</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	01
8	317500050155 – ROTAFOLIO ACTOR SOCIAL / AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato: 39cm x 29cm</li> <li>✓ N° de páginas: 54.</li> <li>✓ Material: Interiores- Papel couche mate (o brillante) de 350gr. Caratula- Papel couche mate (o brillante) de 350gr.</li> <li>✓ Impresión: Offset full color tira y retira. Acabados: Barnizados Offset Plástico mate (o brillante) de caratula Compaginado Anillado con sistema doble ring</li> <li>✓ Diseño según modelo adjunto</li> </ul>	05

**DISEÑO DE ROTAFOLIOS:**

**CARA ANTERIOR**



**CARA POSTERIOR**



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

No aplica

**V. SEGUROS (De corresponder)**

No corresponde

**VI. PRESTACIONES ACCESORIAS (De corresponder)**

No corresponde

**VII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (Obligatorio)**

Del Postor:

**A. PERFIL**

- Persona Natural o jurídica en el rubro de servicios de impresiones en general y/o afines.

**B. REQUISITOS/CAPACITACIONES**

- Registro Único de Contribuyente (RUC) vigente.
- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.

**VIII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN (Obligatorio)**

**Lugar:** Los servicios se realizarán en el domicilio o imprenta del proveedor.

**Plazo:** El servicio tendrá una duración hasta 08 días calendarios contados a partir del día siguiente de emitida la orden.

**IX. ENTREGABLES (Obligatorio)**

Producto único: Consiste en la entrega del servicio de acuerdo a lo descrito en el numeral III del presente TDR

**X. GARANTIA**

No aplica

**XI. CONFORMIDAD (Obligatorio)**

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:

- Boleta o factura, según corresponda.
- Otros, de ser el caso.

**XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)**

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.

**XIII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)**

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.

**XIV. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA**

No aplica

**XV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACION DE BIENES**

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.



## **XVI. PENALIDADES (Obligatorio)**

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. GESTION 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. CLAUSULA DE ANTICORRUPCION 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,



### FORMATO N° 01: Ficha de visitas domiciliarias por actor social a niños de 0 a 5 meses de edad

DATOS DE LA MADRE, PADRE o APODERADO	DATOS DE LA NIÑA o NIÑO	DATOS DEL ACTOR SOCIAL / AGENTE COMUNITARIO
Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CUI/CNV: _____ Fecha de nacimiento: _____ Celular: _____ Dirección: _____	Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____ Celular: _____ Dirección: _____	Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____ Celular: _____
Si tiene 2 meses verifica: 1° dosis Antipolio y Pentavalente (2 meses) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Si tiene 4 meses verifica: 2° dosis Antipolio y Pentavalente (4 meses) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Suplementación preventiva de anemia (4 meses): <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<b>¡URGENTE!</b> Ante limitaciones o barreras que impidan la atención del paquete integral de salud del niño, realizar una REFERENCIA COMUNITARIA previa coordinación con el personal de salud para asegurar su atención.		
FECHAS	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO
1era visita: _____ Edad del niño: _____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo o débil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro.
2da visita: _____ Edad del niño: _____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo o débil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro.
3era visita: _____ Edad del niño: _____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo o débil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro.
<b>OBSERVACIONES:</b> _____		
¿Cumplió el compromiso? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Cumplió el compromiso? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
FIRMA DEL CUIDADOR _____		FIRMA DEL CUIDADOR _____

Firma del actor social

Firma y sello del personal de salud que revisa la ficha

**FORMATO N° 02: Ficha de visitas domiciliarias por actor social a niños de 6 a 12 meses de edad**

DATOS DE LA MADRE, PADRE o APODERADO		DATOS DE LA NIÑA o NIÑO		DATOS DEL ACTOR SOCIAL / AGENTE COMUNITARIO	
Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CUI/CNV: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____		Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CE: _____ Celular: _____ Distrito: _____		Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CE: _____ Celular: _____	
Fecha de Examen: _____ Edad: _____ Resultado: _____ g/dL		Recibe suplementación o tratamiento para la anemia: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		EE.SS. de atención: Si tiene 6 meses verifica: 3° dosis Antipolio y Pentavalente (6 meses) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si tiene 12 meses verifica: 1° dosis SPR (SARAMPIÓN, PAPER, RUBÉOLA) (12 meses) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
<b>¡URGENTE!:</b> Ante limitaciones o barreras que impidan la atención del paquete integral de salud del niño, realizar una REFERENCIA COMUNITARIA previa coordinación con el personal de salud para asegurar su atención.					
<b>FECHAS LACTANCIA MATERNA</b>					
1ra Visita:	Edad en meses: _____	1. ¿Continúas dándole pecho? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	3. ¿Cuántas veces al día le das de comer a tu niño? _____	7. ¿Le das suplemento? <input type="radio"/> SI, jarabe <input type="radio"/> SI, gotas <input type="radio"/> SI, sobre <input type="radio"/> NO le doy	8. ¿Por qué motivo NO le das? <input type="radio"/> Le da estreñimiento, sus heces son oscuras, diarrea o vómitos. <input type="radio"/> Está enfermo y consume medicamentos. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> No me entregaron en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> No sé cómo darle. <input type="radio"/> Me olvidé de darle
2da Visita:	Edad en meses: _____	2. Si ya NO le das pecho ¿por qué motivo? <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Problemas de succión. <input type="radio"/> No tengo tiempo (trabajo/estudios). <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Es muy cansado. <input type="radio"/> Me dijeron que ya no le dé.	4. ¿Consumió frutas y/o verduras el día anterior? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	7. ¿Le das suplemento? <input type="radio"/> SI, jarabe <input type="radio"/> SI, gotas <input type="radio"/> SI, sobre <input type="radio"/> NO le doy	8. ¿Por qué motivo NO le das? <input type="radio"/> Le da estreñimiento, sus heces son oscuras, diarrea o vómitos. <input type="radio"/> Está enfermo y consume medicamentos. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> No me entregaron en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> No sé cómo darle. <input type="radio"/> Me olvidé de darle
3era Visita:	Edad en meses: _____	1. ¿Continúas dándole pecho? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	5. ¿Consumió alimentos de origen animal ricos en hierro (sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado) el día anterior? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	7. ¿Le das suplemento? <input type="radio"/> SI, jarabe <input type="radio"/> SI, gotas <input type="radio"/> SI, sobre <input type="radio"/> NO le doy	8. ¿Por qué motivo NO le das? <input type="radio"/> Le da estreñimiento, sus heces son oscuras, diarrea o vómitos. <input type="radio"/> Está enfermo y consume medicamentos. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> No me entregaron en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> No sé cómo darle. <input type="radio"/> Me olvidé de darle
		2. Si ya NO le das pecho ¿por qué motivo? <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Problemas de succión. <input type="radio"/> No tengo tiempo (trabajo/estudios). <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Es muy cansado. <input type="radio"/> Me dijeron que ya no le dé.	6. ¿Por qué NO le das estos alimentos? <input type="radio"/> Son muy "pesados". <input type="radio"/> Se podría atragantar. <input type="radio"/> Me dijeron que no se los dé.	8. ¿Le das suplemento? <input type="radio"/> SI, jarabe <input type="radio"/> SI, gotas <input type="radio"/> SI, sobre <input type="radio"/> NO le doy	9. ¿Por qué motivo NO le das? <input type="radio"/> Le da estreñimiento, sus heces son oscuras, diarrea o vómitos. <input type="radio"/> Está enfermo y consume medicamentos. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> No me entregaron en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> No sé cómo darle. <input type="radio"/> Me olvidé de darle
<b>OBSERVACIONES:</b>					
2DA VISITA ¿Cumplió el compromiso? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		3ERA VISITA ¿Cumplió el compromiso? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		FIRMA DEL CUIDADOR: _____ FIRMA DEL ACTOR SOCIAL: _____	

Firma del actor social: \_\_\_\_\_

Firma y sello del personal de salud: \_\_\_\_\_  
que revisa la ficha

Fecha de referencia	Fecha cita	Hora cita	N° H. Clínica (opcional)
---------------------	------------	-----------	--------------------------

**DATOS DE LA REFERIDA(O):**

Nombres y apellidos		DNI
---------------------	--	-----

Fecha Nac.	Género	N° Contacto (Telefono)
/ /	M F	

Dirección

DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (Si corresponde)

Nombres y apellidos	DNI
---------------------	-----

EESS de referencia

**MOTIVO DE REFERENCIA**

Lactancia materna exclusiva	<input type="checkbox"/>	Tiene fiebre, tos, dolor de garganta	<input type="checkbox"/>
Control CRED/Vacunas	<input type="checkbox"/>	Fiebre, dolor de estomago, vómito, diarrea	<input type="checkbox"/>
No inició suplementación preventiva de hierro	<input type="checkbox"/>	Control de Gestante/Puerpera	<input type="checkbox"/>
No cuenta con suplementación de hierro	<input type="checkbox"/>	Sintomatico respiratorio con mas 15 días de tos	<input type="checkbox"/>
Presenta efecto adverso al consumo de suplemento de hierro	<input type="checkbox"/>	Enfermedades sin tratamiento o control (Diabetes, Hipertensión, asma, otros)	<input type="checkbox"/>
Requiere 1er dosaje de Hemoglobina (6 meses)	<input type="checkbox"/>	Persona adulta mayor con algún problema de salud	<input type="checkbox"/>
No recibió demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Otros motivos de referencia

Nombre y Apellido AS/ACS/otro voluntario	DNI
--	-----

**RÉGITO ATENCIÓN**

Fecha atención	NOMBRE DEL SERVICIO	
día mes año		

Proxima Cita	Diagnóstico y tratamiento:
día mes año	

Observación:

Firma Profesional atención

\* Para la familia: madre/padre/cuidador

Fecha de referencia	Fecha cita	Hora cita	N° H. Clínica (opcional)
---------------------	------------	-----------	--------------------------

**DATOS DE LA REFERIDA(O):**

Nombres y apellidos		DNI
---------------------	--	-----

Fecha Nac.	Género	N° Contacto (Telefono)
/ /	M F	

Dirección

DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (Si corresponde)

Nombres y apellidos	DNI
---------------------	-----

EESS de referencia

**MOTIVO DE REFERENCIA**

Lactancia materna exclusiva	<input type="checkbox"/>	Tiene fiebre, tos, dolor de garganta	<input type="checkbox"/>
Control CRED/Vacunas	<input type="checkbox"/>	Fiebre, dolor de estomago, vómito, diarrea	<input type="checkbox"/>
No inició suplementación preventiva de hierro	<input type="checkbox"/>	Control de Gestante/Puerpera	<input type="checkbox"/>
No cuenta con suplementación de hierro	<input type="checkbox"/>	Sintomatico respiratorio con mas 15 días de tos	<input type="checkbox"/>
Presenta efecto adverso al consumo de suplemento de hierro	<input type="checkbox"/>	Enfermedades sin tratamiento o control (Diabetes, Hipertensión, asma, otros)	<input type="checkbox"/>
Requiere 1er dosaje de Hemoglobina (6 meses)	<input type="checkbox"/>	Persona adulta mayor con algún problema de salud	<input type="checkbox"/>
No recibió demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Otros motivos de referencia

Nombre y Apellido AS/ACS/otro voluntario	DNI
--	-----

**RÉGITO ATENCIÓN**

Fecha atención	NOMBRE DEL SERVICIO	
día mes año		

Proxima Cita	Diagnóstico y tratamiento:
día mes año	

Observación:

Firma Profesional atención

\* Para Establecimiento de la Salud

## Debes tener en cuenta que:

Si tu niño recibió lactancia materna exclusiva y empieza a consumir micronutrientes, puede presentar deposiciones sueltas debido a cambios en la flora intestinal asociados con la introducción del hierro en la dieta.

Si el niño tiene estreñimiento, este pasará a medida que el niño vaya consumiendo más alimentos, sobre todo frutas y verduras.

Las deposiciones podrían oscurecerse, el color de las deposiciones desaparecerá cuando deje de tomar el suplemento. Estas coloraciones no son dañinas, solo reflejan que el niño está tomando el suplemento de hierro.

Los dientes también podrían oscurecerse, para evitarlo hay que tomar el suplemento en gotas jarabe inmediatamente, sin tenerlo por mucho tiempo en la boca.

Si tu hijo presenta algunos malestares (náuseas, diarrea, estreñimiento)

- No hay por qué alarmarse, estas molestias son temporales.
- Prueba fraccionando la dosis del suplemento de hierro o cambiando el horario: Si es tomado con las comidas, aléjalo de ellas.

Si los malestares persisten, consulta con el médico del centro de salud más cercano.



El mejor equipo contra la anemia ¡Unete, faltas tú!

# El mejor equipo contra la anemia

¡Unete, faltas tú!



¿Cómo usar las gotas, jarabe de hierro y los micronutrientes?

Para mayor información, lláma gratis a INFOSALUD ☎ 0800-10828

EL PERÚ PRIMERO



PERÚ  
Ministerio de Salud

**El suplemento de hierro es un refuerzo de la alimentación, no sustituye a los alimentos ricos en hierro de origen animal que los niños deben consumir**

**! Si tu niño recibe gotas o jarabe recuerda que:**



- Para medir las gotas utiliza el gotero. Para medir el jarabe utiliza una cucharita.
- Dale las gotas o jarabe todos los días a la misma hora, 1 o 2 horas antes o después de la comida.
- Después de darle las gotas o jarabe ofrécele agua hervida, limonada o naranjada.
- Para que no se le tiñan los dientes evita q tu niño tenga mucho tiempo el suplemento en la boca.
- No le des las gotas o jarabe de hierro con otros medicamentos.
- Si tu niño está tomando antibiótico, suspende las gotas o jarabe de hierro y reinicialo después que termine su tratamiento.
- Lava el gotero o cucharita con agua hervida.

**Mantén las gotas o jarabe de hierro y los sobres de micronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar, calor y humedad. Guarda las gotas o jarabe de hierro lejos del alcance de los niños.**

**Ofrece los micronutrientes desde los 6 meses de edad**

**¿Cómo preparar los micronutrientes para consumirlos?**




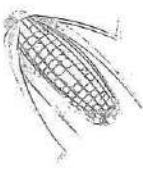
- Lávate las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento del bebé.
- Separa 2 cucharadas de comida de consistencia espesa (pluré, mazamorra o segundo) en el plato servido y deja que se entibie.
- Abre el sobre con los dedos o tijera (no con los dientes), por la esquina y con cuidado.
- Cuando la comida esté tibia, echa el contenido del sobre en las 2 cucharaditas de comida espesa separada. Mezcla bien con los micronutrientes.
- Ofrécele primero las 2 cucharadas mezcladas con los micronutrientes, en no más de 15 minutos y luego continúa con el resto de la comida.
- Los micronutrientes no necesitan cocinarse, solo deben ser añadidos en una ración de comida.
- No agregues los micronutrientes a la comida caliente, pues le cambiará el color, olor y sabor.
- La ración de comida a la cual se agregó micronutrientes **NÓ SE PUEDE RECALENTAR.**
- No mezcles los micronutrientes con líquidos o semilíquidos, como leche, jugos, agua o sopas, porque el polvo de micronutrientes se quedará "suspendido" sin mezclarse adecuadamente.







# 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 pimienta al gusto. 

## Preparación:

1. Limpia y lava la sangrecita, luego sancócha y pícala.
2. Prepara 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, añade agua caliente, arroz lavado y pimienta. Tapa y deja granear. Cuando el arroz esté granado agrega la sangrecita picada, mezcla y sirve.

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

Vive  
Saludable  
sin ANEMIA

Para prevenir la anemia

Recetas

con

Dr. Sarjén de

Hierros

Para más información llama gratis al 113 SALUD

# 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
- 6 papas medianas
- 4 tomates medianos
- ¾ taza de aceite vegetal
- Sal yodada, pimienta, ajos al gusto

## Preparación:

1. Macera el hígado con una mezcla de ajo, azúcar, perejil licuado, aceite vegetal, sal yodada y pimienta.
2. Fríe en aceite vegetal bien caliente los hígados fracerados.
3. Coloca en una olla los hígados fritos, la arveja sancochada y la mezcla donde se maceró el hígado, deja cocinar unos minutos.
4. Sirve con arroz granado, papas sancochadas y ensalada de tomate en rodajas.

# Frijoles con saltado de hígado

(5 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. Cocina los frijoles previamente remojados el día anterior, adereza con aceite vegetal, cebolla, ajos, orégano y sal.
2. En una sartén, fríe en aceite vegetal el hígado cortado en tiras delgadas sazonado con ajos, pimienta y sal. Después agrega la cebolla en tiras delgadas con un chorrito de vinagre y fríe.
3. Incorpora los tomates y el ají amarillo cortados en juliana, rectifica la sazón con sal yodada, agrega perejil picado y orégano.
4. Sirve el saltado de hígado sobre los frijoles acompañado de arroz granado.



### AJIACO DE HABAS

**Ingredientes:**

- 1 1/2 tz de arroz
- 1 tz de habas frescas
- 1/2 tz de leche evaporada
- 1/4 tz de queso fresco
- 4 und de huevo
- 1/2 Kg de papa

- 3 cda de ají amarillo
- 1 cebolla mediana
- 2 cda de ajos
- 1/4 tz de aceite vegetal
- Sal yodada, pimienta, huacatay al gusto.

**Preparación:**

- Preparar el arroz graneado.
- Freír los huevos en aceite vegetal.
- En una olla dorar en aceite vegetal la cebolla picada en cuadritos, los ajos, el ají amarillo molido y la pimienta; agregar la papa picada en cuadritos y las habas frescas previamente peladas; hierva el ajíaco de diez a quince minutos.
- Una vez cocida la papa y las habas frescas, agregue la leche, el queso fresco, el huacatay, la sal yodada y dar un hervor.
- Servir el ajíaco de habas frescas acompañado de arroz graneado y huevo frito.

## Vive Saludable sin ANEMIA

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

Para más información llama gratis al 113 SALUD

VIVE  
Saludable  
sin ANEMIA

para prevenir la anemia  
**Recetas con**



Para más información llama gratis al 113 SALUD

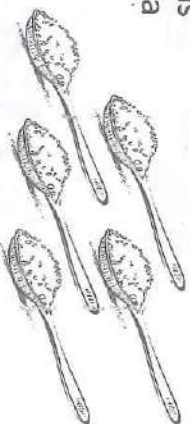
# Chaufa de sangrecita

Para niños y niñas de 12 a 23 meses  
(1 ración)

## Ingredientes:



- 2 cucharadas de sangrecita sancochada



- 5 cucharadas de arroz graneadó



- 1 huevo



- 2 cucharaditas de aceite vegetal



- 1 cabeza de cebolla china



## Preparación:

1. Granea el arroz.
2. Bate el huevo, agrega una pizca de sal, fríe y pica en cuadraditos.
3. Fríe en una sartén la sangrecita sancochada picada en cuadritos y agrega la cebolla china picada.
4. Mezcla el arroz graneadó con la preparación anterior y el huevo picado, luego sirve.

"No olvides lavarte las manos antes de preparar los alimentos"

# Mix de verduras

Para niños y niñas de 12 a 13 meses

(1 ración)

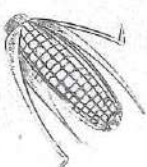
## Ingredientes:



- 2 cucharadas de carne picada



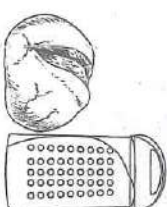
- Un puñado de arveja fresca



- ¼ unidad de choclo



- ¼ unidad de zanahoria chica



- 2 cucharadas de pan molido (trallado)



- ¼ cebolla de cabeza chica



- Ajos



- Una pizca de sal yodada



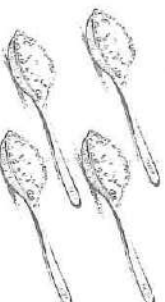
- 2 cucharadas de aceite vegetal



- 1 taza con agua



- Pasas (opcional)



- 4 cucharadas de arroz

## Preparación:

1. Haz un aderezo con el aceite, el ajo, la cebolla picada en cuadritos y una pizca de sal.
2. Agrega la carne picada, la zanahoria picada en cuadritos, las arvejas en choclos desgranado y el agua.
3. Una vez cocinado, añade el pan molido hasta que esté espeso.
4. Si deseas, en el último hervor agregar las pasas.
5. Sirve el mix de verduras acompañado con arroz graneadó.



# Mousse de sangrecita

Familiar

(6 raciones)



## Ingredientes:



• 1 ½ taza de sangrecita cocida



• ½ taza de azúcar rubia



• 60 gr de harina de algarrobo o un paquete de galletas de vainilla



• 1 cucharadita de esencia de vainilla



• 3/4 taza de agua

## Preparación:

1. Licúa la sangre cocida, el azúcar y la esencia de vainilla con agua.
2. Una vez licuada, agrega la harina de algarrobo o la galleta molida en forma de lluvia.
3. Sirve con tostadas o fruta picada.



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-10056 / MINSA, Av. Salaverry N° 801- Jesús María / Imprenta: 2001 Offset Industry SRL - Dirección: Av. Los Corales 375 Urb. Balconcillo - La Victoria / Lima / Julio 2019

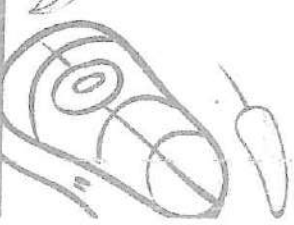
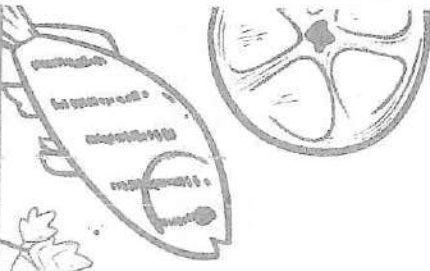


para prevenir la anemia

**Pecelias** con



Para niñas y niños



Para más información, llama gratis al 113 - Salud

EL PERÚ PRIMERO





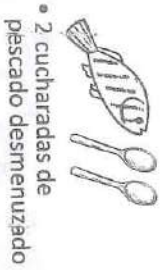
# Puré de papa con pescado



Para niños y niñas de 6 a 8 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



• 2 cucharadas de pescado desmenuzado



• 1 papa mediana



• 3 rodajas de zanahoria



• 2 cucharadas de agua hervida



• 1 cucharadita de aceite vegetal o mantequilla

## Preparación:

1. Sancocha la papa mediana y la zanahoria.
2. Aplasta con un tenedor la papa y la zanahoria sancochada.
3. Luego agrega el pescado desmenuzado sin espinas y el agua hervida.
4. Añade una cucharadita de aceite o mantequilla y mezcla todo hasta formar un puré suave.

"Dale 3 comidas y de 1 a 2 refrigerios al día y tu niño o niña crecerá con mucha energía"



# Puré especial



Para niños y niñas de 6 a 8 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



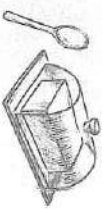
• 2 cucharadas de sangrecita sancochada



• 1/2 unidad de papa



• 1/8 unidad mediana de zanahoria



• 1 cucharadita de aceite vegetal o mantequilla



• 6 cucharadas de caldo o agua hervida

## Preparación:

1. Sancocha la papa y la zanahoria.
2. Cuando estén cocidas, aplástalas bien con un tenedor y agrega la sangrecita sancochada.
3. Luego, añade 6 cucharadas de caldo o agua hervida.
4. Añade una cucharadita de aceite o mantequilla y mezcla todo hasta formar un puré suave.

"La sangrecita es un alimento con hierro de fácil absorción en nuestro cuerpo y ayuda a prevenir la anemia"





# Hígado primavera



Para niños y niñas de 9 a 11 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



• 1 unidad de hígado de pollo



• 1 unidad chíca de papa



• ¼ unidad de zanahoria



• ¼ unidad de cebolla



• 2 cucharaditas de aceite vegetal



• Una rama de hierbabuena



• ½ taza de agua



• Arroz granneado

## Preparación:

1. Haz un aderezo con el aceite y la cebolla
2. Agrega la papa y la zanahoria en cuadraditos. Agrega el agua y déjala que cocine.
3. Añade el hígado cortado en cuadraditos.
4. Al final, agrega una rama de hierbabuena.
5. Mezcla con arroz granneado y sirve.



# Aji de pescado



Para niños y niñas de 9 a 11 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



• 2 cucharadas de pescado desmenuzado



• ¼ unidad de zanahoria



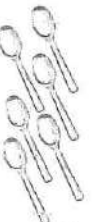
• ¼ de pan



• 1 rodaja de cebolla



• 1 cucharadita de aceite vegetal



• 6 cucharadas de caldo



• ¼ unidad de papa sancochada

## Preparación:

1. Sancocha el pescado, retira las espinas y desmenuza. Guarda el caldo.
2. Licua la zanahoria y el pan, con el caldo.
3. En una olla, fríe la cebolla picada en cuadraditos, agrega el licuado y el pescado desmenuzado.
4. Remueve hasta que tenga una consistencia espesa.
5. Sirve el aji de pescado acompañado de la papa sancochada picada en cuadraditos.





# Chaufa de sangrecita



Para niños y niñas de 12 a 23 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



• 2 cucharadas de sangrecita sancochada



• 5 cucharadas de arroz granneado



• 1 huevo



• 1 cabeza de cebolla china



• 2 cucharadas de aceite vegetal

## Preparación:

1. Granea el arroz.
2. Bate el huevo, agrega una pizca de sal, fríe y pica en cuadraditos.
3. Fríe en una sartén la sangrecita sancochada picada en cuadraditos y agrega la cebolla china picada.
4. Mezcla el arroz granneado con la preparación anterior y el huevo picado, luego sirve.

“No olvides lavarte las manos antes de preparar los alimentos.”



# Mix de verduras



Para niños y niñas de 12 a 13 meses

(1 ración)

## Ingredientes:



• 2 cucharadas de carne picada



• ¼ unidad de chocho



• Un puñado de arveja fresca



• ¼ unidad de zanahoria chica



• 2 cucharadas de pan molido (fallado)



• ¼ cebolla de cabeza chica



• Ajos



• Una pizca de sal yodada



• 2 cucharadas de aceite vegetal



• 1 taza con agua



• Pasas (opcional)



• 4 cucharadas de arroz

## Preparación:

1. Haz un aderezo con el aceite, el ajo, la cebolla picada en cuadraditos y una pizca de sal.
2. Agrega la carne picada, la zanahoria picada en cuadraditos, las arvejas, el chocho desgranado y el agua.
3. Una vez cocinado, añade el pan molido hasta que esté espeso.
4. Si deseas, en el último hervor agregar las pasas.
5. Sirve el mix de verduras acompañado con arroz granneado.

