



# MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN

## GESTION 2023-2026

*"Cuna de Ayllus y Panakas Reales"*



### ANEXO No 01

SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS E IDENTIFICACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS PARA EL ACTOR SOCIAL - PROGRAMA DE INCENTIVOS DE LA SUBGERENCIA DE SALUD NUTRICIÓN Y ULE DE LA GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIÁN

#### I. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Servicio de impresión de los formatos e identificación para las visitas domiciliarias del actor social.

#### II. AREA USUARIA

Sub gerencia de Salud, Nutrición y ULE.

#### III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

El presente servicio tiene el objetivo de contratar una persona natural y/o jurídica para realizar el servicio de impresión de formatos e identificación para los actores sociales para las visitas domiciliarias para contribuir en la disminución de la desnutrición y la anemia infantil del distrito de San Sebastián.

#### IV. ACTIVIDAD POI

Contribuir con la calidad de visitas domiciliarias de los actores sociales en el distrito de San Sebastián.

#### V. FINALIDAD PÚBLICA

La presente contratación busca una persona natural y/o jurídica, que provea este tipo de servicios para las visitas domiciliarias del actor social a los hogares del distrito de San Sebastián.

#### VI. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO Y/O CONSULTORÍA

Se deberá coordinar con el área usuaria, Gerencia de Desarrollo Social y Humano, oficina de Desarrollo Infantil Temprano.

| Nro | SERVICIO                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                        | CANTIDAD    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1   | Credenciales para coordinadores y actores sociales                                | Impresión de credenciales para los coordinadores y actores sociales, según modelo. | 70 UNIDADES |
| 2   | Formato N° 2 visita domiciliaria por actor social a niños y niñas de 4 a 5 meses  | Impresión de libros para coordinadores y actores sociales, según modelo.           | 05 MILLARES |
| 3   | Formato N° 3 visita domiciliaria por actor social a niños y niñas de 6 a 12 meses | Impresión de libros para coordinadores y actores sociales, según modelo.           | 15 MILLARES |



# MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN

## GESTION 2023-2026

"Cuna de Ayllus y Panakas Reales"



*"Cuna de Ayllus y Panakas Reales"*

**MINISTERIO DE SALUD**

**Ministerio de Salud**

**FORMATO N° 03: Ficha para la visita domiciliar por Actor Social a niñas y niños de 6 a 12 meses**

| DATOS DE LA MADRE, PADRE o APODERADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | DATOS DE LA NIÑA O NIÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TOR SOCIAL - PROMOTOR DE SALUD - AGENTE COMUNITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b> _____<br><b>Apellido:</b> _____<br><b>DNI:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Celular:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Dirección Actual:</b> _____<br><b>Dirección Alternativa:</b> _____<br><b>Establecimiento de Salud:</b> _____ <b>DIRESA/DORIS / GERESA:</b> _____ |       | <b>Nombre:</b> _____<br><b>Apellido:</b> _____<br><b>DNI:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Con Anemia</b> <input type="checkbox"/> <b>Sin Anemia</b> <input type="checkbox"/><br><b>Celular:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA ( 6 MESES )</b> _____ ( gr/dl )<br><b>FECHA:</b> / / <b>FECHA DE RECEPCION HIERRO:</b> / /<br><b>NIÑAS(OS) CON ANEMIA</b><br><b>1er CONTROL DE HEMOGLOBINA ( 30 DÍAS )</b> _____ (gr/dl)<br><b>FECHA:</b> / / <b>2do CONTROL DE HEMOGLOBINA (30 DÍAS)</b> _____ (gr/dl) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Nombre:</b> _____<br><b>Apellido:</b> _____<br><b>DNI:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Celular:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA ( 6 MESES )</b> _____ ( gr/dl )<br><b>FECHA:</b> / / <b>FECHA DE RECEPCION HIERRO:</b> / /<br><b>NIÑAS(OS) CON ANEMIA</b><br><b>1er CONTROL DE HEMOGLOBINA ( 30 DÍAS )</b> _____ (gr/dl)<br><b>FECHA:</b> / / <b>2do CONTROL DE HEMOGLOBINA (30 DÍAS)</b> _____ (gr/dl) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |
| N° VISITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA | EDAD DE LA NIÑA O NIÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONTROL DEL CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ¿EL ACTOR SOCIAL INDAGA/OBSERVA SOBRE EL CONSUMO ADECUADO DE GOTAS O JARABE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ¿PORQUÉ NO LE ESTÁ DANDO LAS GOTAS O JARABE DE HIERRO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REFORZANDO PRÁCTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | COMPROMISO Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR DE LA NIÑA O NIÑO                                                |
| (A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (D)   | (C)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Gotas / Jarabe / Microcentrígrafos (D)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (E)<br>Solo si respondió SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (F)<br>Solo si respondió NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (G)<br>Utilizar mensajes de 6 a 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | Mucho Compañero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>¿Está tomando?</b><br><input type="checkbox"/> Gotas<br><input type="checkbox"/> Jarabe<br><input type="checkbox"/> Microcentrígrafos<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br>(Me puede mostrar el envase/frasco?)<br><input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br>siempre se le avisa a que en la siguiente VD se administrará las gotas o jarabe correspondiente. | <input type="checkbox"/> Consumo en el mismo horario<br><input type="checkbox"/> Consumo 1 ó 2 horas después de las comidas<br><input type="checkbox"/> Consumo justo con jugos cítricos o agua hervida<br><input type="checkbox"/> Suspensa el consumo cuando toma medicamentos<br><input type="checkbox"/> Verifica el consumo<br><input type="checkbox"/> El frasco está almacenado en su lugar adecuado<br><input type="checkbox"/> Administra la dosis correspondiente<br><input type="checkbox"/> El frasco está etiquetado en esta lengua<br>Otros: _____                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1) Se olvidó<br><input type="checkbox"/> 2) Las disposiciones están más oscuras (negras)<br><input type="checkbox"/> 3) No me explicaron bien, no recuerdo<br><input type="checkbox"/> 4) Está estropeado<br><input type="checkbox"/> 5) Lo vomité<br><input type="checkbox"/> 6) Se lo ha robado el otro/año<br><input type="checkbox"/> 7) Se me secó<br><input type="checkbox"/> 8) Otros: _____ | <input type="checkbox"/> 1) Anemia, prevención y tratamiento<br><input type="checkbox"/> 2) Lactancia Materna<br><input type="checkbox"/> 3) Alimentación complementaria<br><input type="checkbox"/> 4) Lavado de manos<br><input type="checkbox"/> 5) Cumplido con las vacunas<br><input type="checkbox"/> 6) Control de crecimiento y desarrollo - CRE<br><input type="checkbox"/> 7) Apoyo psicosocial<br><input type="checkbox"/> 8) Coronavirus | No está visitado y resultó orientado para el niño/a<br><br><br><div style="text-align: right;"><b>FIRMA</b></div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>¿Está tomando?</b><br><input type="checkbox"/> Gotas<br><input type="checkbox"/> Jarabe<br><input type="checkbox"/> Microcentrígrafos                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Consumo en el mismo horario<br><input type="checkbox"/> Consumo 1 ó 2 horas después de las comidas<br><input type="checkbox"/> Consumo justo con jugos cítricos o agua hervida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1) Se olvidó<br><input type="checkbox"/> 2) Las disposiciones están más oscuras (negras)<br><input type="checkbox"/> 3) No me explicaron bien, no recuerdo                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1) Anemia, prevención y tratamiento<br><input type="checkbox"/> 2) Lactancia Materna<br><input type="checkbox"/> 3) Alimentación complementaria                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |

## VII. REGLAMENTOS TECNICOS, NORMAS METROLOGICAS Y/O SANITARIAS

NO APLICAR

## VIII. SEGUROS

NO APPLIC.

## IX. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACION PRINCIPAL

NO APLIC A

X. REQUISITOS MINIMOS DEL PROVEEDOR Y PERSONAL PROPUESTO (EN CASO DE SERVICIOS) O PERFIL DEL CONSULTOR (EN CASO DE CONSULTORÍA)

- Que cuente con RUC.
- Contar con CCI.
- No estar impedido de contratar con el estado
- Estar como habido en la consulta RUC
- Ser del rubro o actividad económica para la atención del mismo



**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN**  
**GESTION 2023-2026**

*"Cuna de Ayllus y Panakas Reales"*



**XI. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO**

El servicio será entregado en la Gerencia de Desarrollo Social y Humano de la Municipalidad Distrital de San Sebastián, Avenida Cusco, Perú.  
De 9:00 a 12:00 y de 14:00 a 16:00 horas de lunes a viernes.

**XII. PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN O SERVICIO**

Será entregado a los 10 días calendario contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra.

**XIII. ENTREGABLES**

El proveedor deberá presentar su carta de cumplimiento adjuntando su comprobante de pago (boleta o factura).

**XIV. LUGAR DE ENTREGA**

El proveedor deberá presentar su carta de cumplimiento por mesa de Partes de la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIÁN.

**XV. SISTEMA DE CONTRATACIÓN**

No corresponde

**XVI. CONFORMIDAD**

La conformidad será otorgada por el Gerente de Desarrollo Social y Humano.

**XVII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

La forma de pago se realizará de **PAGO UNICO**, previo informe de conformidad por parte del área usuaria, Gerencia de Desarrollo Social y Humano.

Los pagos se efectuarán en soles y el pago las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato o contrato perfeccionado mediante la orden de compra.

**XVIII. PENALIDADES**

Penalidad por mora en la ejecución de la prestación del servicio:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o, de ser el caso del ítem que debió ejecutarse. Esta penalidad será deducida de los pagos a realizarse.

La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente



form ula:

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{Monto vigente} \\ F \times \text{Plazo vigente en días}$$

Donde F tendrá los siguientes valores:

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

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda al monto vigente del contrato o ítem que debió ejecutarse o, en caso que estos involucren obligaciones de ejecución periódica o entregas parciales, a la presentación individual que fuera materia de retraso.

#### **XIX. OTRAS PENALIDADES**

NO APLICA.

#### **XX. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR Y/O CONSULTOR**

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los servicios ofertados por un plazo no menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

#### **XXI. DISPOSICIONES DE CONFIDENCIALIDAD**

El contratista se obliga a mantener y guardar estricta reserva y absoluta confidencialidad de todos los documentos e información que tenga acceso o sea proporcionada por la entidad.

Se entiende que la obligación asumida por el proveedor está referida no solo a los documentos e informaciones señalados como "confidenciales" si no a todos los documentos e informaciones que en razón del presente servicio o vinculado con la ejecución del mismo, puedan ser conocidos a través del contratista.



## XXII. CLAUSULA DE ANTICORRUPCION

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en El Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

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

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

## XXIII. NORMAS ANTISOBORNO

El proveedor, no debe ofrecer, negociar o efectuar cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que pueden constituir un incumplimiento a la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia a lo establecido en el artículo 11 de Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225, sus modificaciones.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participantes, integrantes órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones.

De la misma forma, el proveedor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento; así también, en adoptar medidas técnicas, prácticas, a través de canales dispuestos por la MDSS.



**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN**  
**GESTION 2023-2026**

*"Cuna de Ayllus y Panakas Reales"*



El proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se somete a la resolución del servicio o bien contratado y a las acciones civiles y/o penales que el Programa pueda accionar, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Servicio de la que estos términos de referencia forman parte integrante.

**XXIV. CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE EMERGENCIA SANITARIA CONTRA EL COVID - 19**

Deberá dar cumplimiento a la directiva Institucional que regula los protocolos COVID - 19.

**XXV. RESOLUCIÓN DE CONTRATO**

La MDSS puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por el incumplimiento injustificado de las obligaciones contractuales, legales o reglamentarias a su cargo, pese a haber sido requerido para ello.
- b) Por la acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- c) Por la paralización o reducción injustificada de la ejecución de las prestaciones, pese a haber sido requerido para corregir tal situación.
- d) Por caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad de la ejecución, amparado en un hecho o evento extraordinario, imprevisible e irresistible; o por un hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, orden servicio que no sea imputable a las partes.
- e) Asimismo, puede resolver de forma total o parcial la orden de servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria.

**XXVI. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación son resueltos mediante trato directo, conciliación y/o acción judicial.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL SUPERVISOR  
/INSPECTOR o JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
V°B° GERENTE LINEA