

ADQUISICIÓN DE CUESTIONARIO, FICHAS Y FORMATOS -VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL-PROGRAMA DE INCENTIVOS DE LA SUBGERENCIA DE SALUD, NUTRICION Y ULE DE LA GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN

I. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de fichas de tamizaje -violencia familiar y maltrato infantil

II. ÁREA USUARIA

Subgerencia de Salud, Nutrición y ULE

III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

La presente adquisición es para la obtención de fichas de tamizaje -violencia familiar y maltrato infantil destinados a la disminución de la violencia familiar y maltrato infantil

IV. ACTIVIDAD POI

Contribuir con el mejoramiento de salud mental de niños y jóvenes del distrito de San Sebastián

V. FINALIDAD PÚBLICA

La adquisición de fichas de tamizaje tiene la finalidad de proporcionar las herramientas adecuadas para prevenir, sancionar, erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar

VI. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL BIEN

Nº	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD
1	CUESTIONARIO AUDIT CON AUTOCOPIABLE	2 MILLARES
2	CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS CON AUTOCOPIABLE	2 MILLARES
3	FICHAS DE TAMIZAJE-VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL CON AUTOCOPIABLE	4 MILLARES
4	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER CON AUTOCOPIABLE	4 MILLARES
5	FORMATO DE LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-PSC) ADAPTACION PARA PADRES Y MADRES CON AUTOCOPIABLE	4 MILLARES
6	FORMATO DE LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-PSC) ADAPTACION PARA ADOLESCENTES CON AUTOCOPIABLE	4 MILLARES

FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Establecimiento: _____

Servicio: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Gineco/Obst. ☐ CRED ☐ Otros _____

Nombre y Apellido del usuario: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

LEA AL PACIENTE

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de Salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste estas preguntas:

PREGUNTE

Si es adulto (a): ¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? ☐ SI ☐ NO

Si es padre o madre de familia: ¿Su hijo (a) es muy desobediente? ☐ SI ☐ NO

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea? ☐ SI ☐ NO

MARKER CON UN ASPA (X), TODOS LOS INDICADORES DE MALTRATO QUE OBSERVE

FÍSICO

☐ Hematomas, contusiones inexplicables.

☐ Cicatrices, quemaduras.

☐ Fracturas inexplicables.

☐ Marca de mordeduras.

☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.

☐ Laceraciones en boca, mejilla, ojos, etc.

☐ Quejas crónicas sin causa física: cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).

☐ Problemas con el apetito. Enuresis secundaria (niños).

PSICOLÓGICO

☐ Extrema falta de confianza en sí mismo.

☐ Tristeza, depresión o angustia.

☐ Retraimiento.

☐ Llanto frecuente.

☐ Exagerada necesidad de jugar, sobre salir.

☐ Comportamientos excéntricos de atención.

☐ Mucha agresividad o pasividad frente a los otros niños.

☐ Tartamudeo.

☐ Temor a los padres o de llegar al hogar.

☐ Robo, mentiras, fuga, desobediencia, agresividad.

☐ Ausentismo escolar.

☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.

☐ Bajo rendimiento académico.

☐ Aislamiento de personas.

☐ Intento de suicidio.

☐ Uso de alcohol, drogas tranquilizantes o anagésicos.

SEXUALES

☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada niños/as y adolescentes.

☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en la zona genital.

☐ Embarazo precoz.

☐ Aborto o amenaza de enfermedad de transmisión sexual.

NECESARIA

☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.

☐ No vacunas o atención de salud.

☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes.

☐ Descuido en la higiene y aseo.

☐ Falta de estimulación del desarrollo.

☐ Fatiga, sueño y hambre.

FECHA: _____ DERIVADO POR: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO: _____



PERÚ Ministerio de Salud CUSCO

CUESTIONARIO AUDIT

(Test de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol)

Marque el número que se acerque más a la respuesta del paciente.

N°	ITEMS	0	1	2	3	4
1	¿Con cuánta frecuencia toma Ud. Bebidas alcohólicas?	NUNCA	1 vez al mes	De 2 a 4 veces al día	De 2 a 3 veces a la semana	4 a más veces a la semana
2	¿Cuándo Ud. se encuentra tomando, ¿cuántos tragos bebe Ud.?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 8	10 ó más
3	¿Cuántas veces toma Ud. seis o más tragos?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
4	¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar al tomar una vez que había empezado?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
5	¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de Ud., debido a la bebida?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
6	¿Cuántas veces en el último año han necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
7	¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de: Culpa o remordimiento después de beber?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
8	¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo?	NUNCA	menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
9	¿Usted o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	NO	Si, pero no durante el año pasado (2)	Si, durante el año pasado (4)		
10	¿Algún familiar, amigo, médico u otras personas de salud, le ha preocupado que usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que debería dejar de beber?	NO	Si, pero no durante el año pasado (2)	Si, durante el año pasado (4)		

INSTRUCTIVO PARA EL CUESTIONARIO AUDIT

Es un Test para la atención de los transtornos por consumo de alcohol. Es un Instrumento de Tamizaje muy sensible y específico permite identificar al bebedor excesivo.

PUNTUACIÓN

La puntuación del cuestionario es de 0, 1, 2, 3 y 4 para cada uno de los Items.

INTERPRETACIÓN

- Una Puntuación de 8 ó superior se considera un caso positivo.
- Los puntajes altos en los Items en 1, 2, 3 junto a la ausencia elevada en otros Items se considera un consumo peligroso.
- Los Puntajes elevados en los Items 4 y 5 indica la presencia o emergencia de una dependencia al alcohol.
- Una puntuación alta en los Items 5, 7, 8, 9, 10 indica un consumo perjudicial de alcohol.

PAUTAS DE DIÁLOGOS SEGÚN ICD - 10

Las siguientes pautas nos ayudan a identificar un problema de alcoholismo.

- El deseo intenso de una vivencia, de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Tolerancia de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producen dosis bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes al placer o diversión a causa del consumo de las sustancias, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de su evidente consecuencia perjudicial como daños hepáticos, estado de ánimo o depresivo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS
S.Q.R. - 18

Fecha: Entrevistador:
Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:
Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: ☐ M ☐ F
Dirección:

Motivo de la Consulta:
.....
.....
.....

1 ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	☐ SI	☐ No
2 ¿Tiene mal apetito?	☐ SI	☐ No
3 ¿Duerme mal?	☐ SI	☐ No
4 ¿Se asusta con facilidad?	☐ SI	☐ No
5 ¿Sufre de temblor de manos?	☐ SI	☐ No
6 ¿Se siente nervioso o tenso?	☐ SI	☐ No
7 ¿Sufre de mala digestión?	☐ SI	☐ No
8 ¿Es incapaz de pensar con claridad?	☐ SI	☐ No
9 ¿Se siente triste?	☐ SI	☐ No
10 ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	☐ SI	☐ No
11 ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	☐ SI	☐ No
12 ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	☐ SI	☐ No
13 ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Su trabajo se ha afectado?).	☐ SI	☐ No
14 ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	☐ SI	☐ No
15 ¿Ha perdido el interés en las cosas?	☐ SI	☐ No
16 ¿Se siente aburrido?	☐ SI	☐ No
17 ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	☐ SI	☐ No
18 ¿Se siente cansado todo el tiempo?	☐ SI	☐ No

Puntualidad de las preguntas del 1 al 18



PERÚ **Ministerio de Salud**



CUSCO
¡Hagamos HISTORIA!





19 ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Si	No
20 ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	Si	No
21 ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	Si	No
22 ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	Si	No
23 ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas: con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?	Si	No
24 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos, su médico o a su sacerdote que Ud. está bebiendo demasiado?	Si	No
25 ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	Si	No
26 ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida? Como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	Si	No
27 ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	Si	No
28 ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	Si	No

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

El cuestionario tiene, varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por tanto se le considera un "CASO".

Las preguntas 19 al 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinan un "CASO".

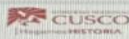
La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir en trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 y 28 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades o una combinación de tres, indica que efectivamente se trata de un "CASO".



PERÚ **Ministerio de Salud**



CUSCO
¡Hagamos HISTORIA!





FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

(LEY N° 28344 - "LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR")

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia en su entorno familiar. Esta lista de chequeo se realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias, así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la violencia puede estar presente de manera consciente o inconsciente en su vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato:

- ¿Cómo se siente usted misma?
- ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
- ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

Preguntas en caso de GESTANTE

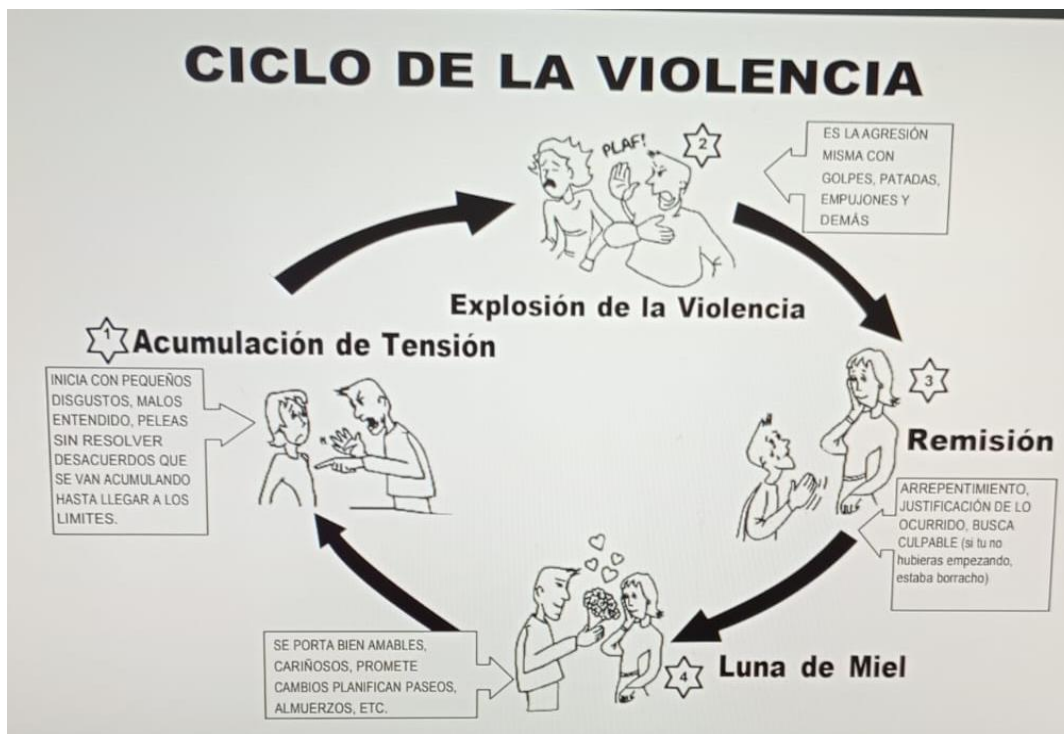
- ¿Su embarazo fue planificado?
- ¿Cómo reaccionó su familia/pareja ante la noticia?

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas: (Recurda la importancia de crear un clima de confianza, DEPENDE DE TI, la sinceridad de la usuaria para detectar y prevenir más violencia)

CUESTIONARIO		PUNTAJE
1	En general ¿Cómo describiría su relación con su familia?	
	Estresante (3 puntos) Un poco estresante (2 p) Nada estresante (1 p)	
2	En su familia los problemas se resuelven con:	
	Mucha dificultad (3p) Algo de dificultad (2p) Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones con alguien de su familia ¿Se siente decaída o mal con usted misma?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
4	Las discusiones en su familia terminan en golpes, patadas o empujones?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
5	Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de algún miembro de su familia?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
6	¿Recibe apoyo moral o económico de su familia?	
	Nunca (3p) A veces (2p) Muchas veces (1p)	
7	Alguien de su familia ¿la obliga a realizar trabajo en exceso?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
8	Alguien en su familia ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
9	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales por algún miembro de su familia en algún momento?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
10	¿Tienes donde vivir?	
	No (3p) A veces (2p) Si (1p)	
11	¿Te sientes segura junto a tu familia?	
	Nunca (3p) A veces (2p) Muchas veces (3p)	
12	¿Si tienes problemas en su familia tiene a dónde acudir?	
	No (3p) A veces (2p) Si (1p)	
13	Dentro de su hogar ¿Alguien le provoca miedo?	
	Muchas veces (3p) A veces (2p) Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL		

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	22	39
Tamizaje negativo	13	20
Si una o más preguntas 4 y 8 son (+), incluso aunque total fuera < de 18 (asegurada la comprensión de las preguntas)	Caso de violencia confirmado - Tamizaje positivo.	



PERÚ Ministerio de Salud CUSCO Hagamos HISTORIA

LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST -PSC) ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

Por favor, marca lo que mejor te describa

	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Te sientes triste	0	1	2
2 Te sientes pesimista/piensas que las cosas son difíciles y te van a salir mal	0	1	2
3 Te sientes mal contigo mismo(a)	0	1	2
4 Te preocupas mucho	0	1	2
5 Parece que te diviertes menos que antes/ Te aburres fácilmente	0	1	2
6 Te cuesta estar tranquilo(a)	0	1	2
7 Sueñas despierto(a)/ estás en su propio mundo	0	1	2
8 Te distraes fácilmente	0	1	2
9 Te cuesta concentrarse	0	1	2
10 Eres muy inquieto(a), tienes demasiada energía	0	1	2
11 Peleas con otros chicos(as) o adolescentes	0	1	2
12 No sigues las órdenes/reglas	0	1	2
13 No comprendes los sentimientos de los demás	0	1	2
14 Molestas o te burlas de los demás	0	1	2
15 Culpas a los demás de tus problemas	0	1	2
16 Te niegas a compartir	0	1	2
17 Coges cosas ajenas	0	1	2

¿Consideras que tienes algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesitas ayuda?

Si No

Puntuación:

- El puntaje va de 0 a 34 puntos.
- Punto de corte para PSC-17 es mayor o igual a 15 (tanto la adaptación para padres como para adolescentes):
 - Puntaje total ≥ 15 indica riesgo de afectación psicosocial
- El puntaje por encima del punto de corte sugiere la necesidad de realizar una evaluación más profunda por un profesional de la salud calificado. indica si el niño, niña o adolescente tiene riesgo de afectación psicosocial.

PERÚ Ministerio de Salud CUSCO

ADMINISTRACIÓN Y APLICACIÓN

Cuestionario es de fácil aplicación Es realizado por personal de salud capacitado (médico(a) enfermera(o), obstetra, abajadora social, técnico de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio respectivo.

- El cuestionario contiene 17 ítems y 3 escalas. Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente.
- La aplicación de este cuestionario será una vez al año en un tiempo aproximada de 15 minutos.

INTERPRETACIÓN:
Las dimensiones a evaluar son:

- ✓ Problemas internalizados (emociones, pensamientos, etc.)
 - Suma de puntos de pregunta 1 a la 5
 - Puntaje ≥ 5 indica riesgo de afectación con síntomas de por ejemplo ansiedad o depresión.
- ✓ Problemas de atención
 - Suma de puntos de pregunta 6 a la 10
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación de la atención.
- ✓ Problemas externalizados (conducta)
 - Suma de puntos de pregunta 11 a la 17.
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación con problemas de conducta

Es posible la ocurrencia de falsos positivos y falsos negativos. La ausencia de un puntaje positivo no significa que no existen problemas. Considerar si los padres deben o no ser los informantes, sobre todo en pacientes adolescentes, los cuales pueden ser ellos/ellas mismos(as) los mejores informantes dependiendo del caso.

RECOMENDACIONES:

- En caso de puntaje alto, explorar las razones de dicho puntaje con la madre/padre y/o adolescente.
- Si el puntaje total o de una de las dimensiones está por encima del punto de corte, guiar la entrevista por aquellos ítems marcados como "Frecuentemente" o preguntar por las áreas de funcionamiento general como la familia, la escuela, los amigos, etc., en las que dichos ítems puedan presentarse.
- Informar al padre/ madre que el PSC-17 no es una herramienta de diagnóstico por lo que no indica si es que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno. Simplemente ayuda a evaluar cómo es su funcionamiento en la casa, la escuela, con amigos y con la familia, o en otras actividades, en relación a sus emociones y conducta.
- Las respuestas brindadas para cada pregunta nos ayudan a explorar la salud mental del niño, niña o adolescente y si se necesita profundizar la evaluación.

PERÚ Ministerio de Salud CUSCO

LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST -PSC)
ADAPTACIÓN PARA PADRES Y MADRES

Por favor, indique lo que mejor describa a su hijo(a):

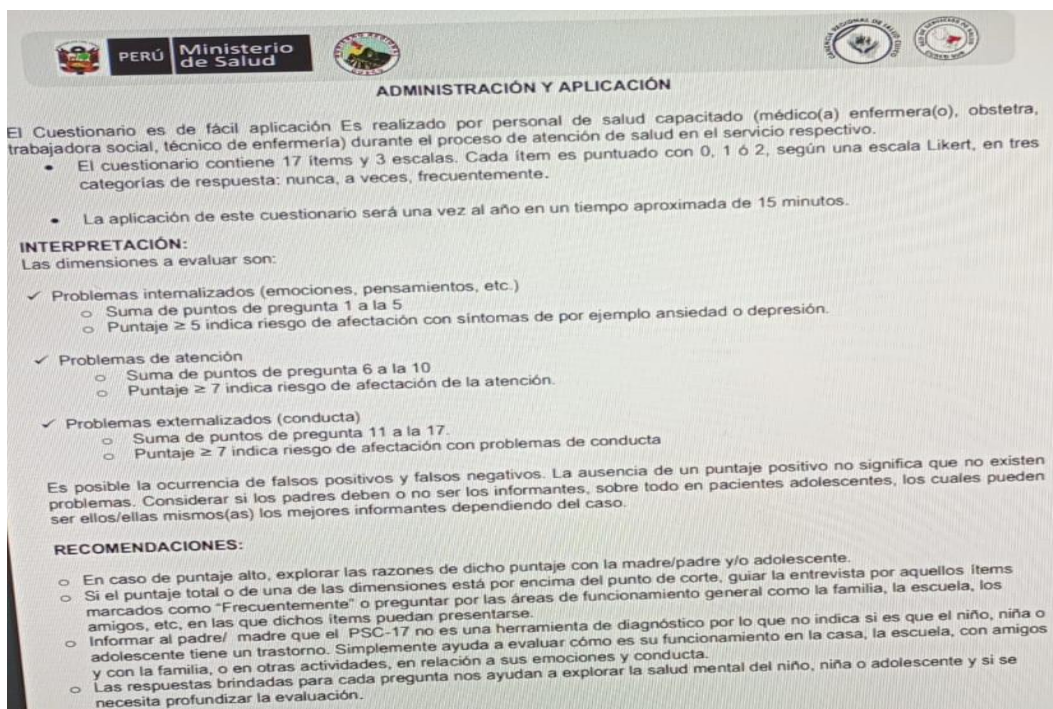
	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Se siente triste	0	1	2
2 Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal	0	1	2
3 Se siente mal consigo mismo	0	1	2
4 Se preocupa mucho	0	1	2
5 Se aburre fácilmente	0	1	2
6 Le cuesta estar tranquilo(a)	0	1	2
7 Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo	0	1	2
8 Se distrae fácilmente	0	1	2
9 Le cuesta concentrarse	0	1	2
10 Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía	0	1	2
11 Pelea con otros niños(as) o adolescentes	0	1	2
12 No sigue las órdenes/reglas	0	1	2
13 No comprende los sentimientos de los demás	0	1	2
14 Molesta o se burla de los demás	0	1	2
15 Culpa a los demás de sus problemas	0	1	2
16 Se niega a compartir	0	1	2
17 Coge cosas ajenas	0	1	2

¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?

Si No

Puntuación:

- El puntaje va de 0 a 34 puntos.
- Punto de corte para PSC-17 es mayor o igual a 15 (tanto la adaptación para padres como para adolescentes):
 - Puntaje total ≥ 15 indica riesgo de afectación psicosocial
- El puntaje por encima del punto de corte sugiere la necesidad de realizar una evaluación más profunda por un profesional de la salud calificado, indica si el niño, niña o adolescente tiene riesgo de afectación psicosocial.



ADMINISTRACIÓN Y APLICACIÓN

El Cuestionario es de fácil aplicación. Es realizado por personal de salud capacitado (médico(a), enfermera(o), obstetra, trabajadora social, técnico de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio respectivo.

- El cuestionario contiene 17 ítems y 3 escalas. Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente.
- La aplicación de este cuestionario será una vez al año en un tiempo aproximada de 15 minutos.

INTERPRETACIÓN:
Las dimensiones a evaluar son:

- ✓ Problemas internalizados (emociones, pensamientos, etc.)
 - Suma de puntos de pregunta 1 a la 5
 - Puntaje ≥ 5 indica riesgo de afectación con síntomas de por ejemplo ansiedad o depresión.
- ✓ Problemas de atención
 - Suma de puntos de pregunta 6 a la 10
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación de la atención.
- ✓ Problemas externalizados (conducta)
 - Suma de puntos de pregunta 11 a la 17.
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación con problemas de conducta.

Es posible la ocurrencia de falsos positivos y falsos negativos. La ausencia de un puntaje positivo no significa que no existen problemas. Considerar si los padres deben o no ser los informantes, sobre todo en pacientes adolescentes, los cuales pueden ser ellos/ellas mismos(as) los mejores informantes dependiendo del caso.

RECOMENDACIONES:

- En caso de puntaje alto, explorar las razones de dicho puntaje con la madre/padre y/o adolescente.
- Si el puntaje total o de una de las dimensiones está por encima del punto de corte, guiar la entrevista por aquellos ítems marcados como "Frecuentemente" o preguntar por las áreas de funcionamiento general como la familia, la escuela, los amigos, etc., en las que dichos ítems puedan presentarse.
- Informar al padre/ madre que el PSC-17 no es una herramienta de diagnóstico por lo que no indica si es que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno. Simplemente ayuda a evaluar cómo es su funcionamiento en la casa, la escuela, con amigos y con la familia, o en otras actividades, en relación a sus emociones y conducta.
- Las respuestas brindadas para cada pregunta nos ayudan a explorar la salud mental del niño, niña o adolescente y si se necesita profundizar la evaluación.

VII. REGLAMENTOS TECNICOS, NORMAS METROLOGICAS Y/O SANITARIAS

No corresponde

VIII. SEGUROS

No corresponde.

IX. GARANTÍAS

No corresponde.

X. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

No corresponde.

XI. REQUISITOS MINIMOS DEL PROVEEDOR

- 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
- Contar con RPN

XII. LUGAR DE ENTREGA DEL BIEN

El bien será entregado en Almacén Central de la Municipalidad distrital de San Sebastián

XIII. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL BIEN

Sera entregado a los 07 días calendarios contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra.

XIV. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

No corresponde.

XV. CONFORMIDAD

La conformidad será otorgada por el responsable del área usuaria a la entrega del bien, previa conformidad de recepción por la Gerencia de Desarrollo Social y Humano.

XVI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La forma de pago se realizará en PAGO UNICO, previo informe de conformidad por parte de la Gerencia de Desarrollo Social y Humano, recepción de almacén.

Los pagos se efectuarán en soles y el pago las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los treinta (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.

XVII. PENALIDADES

Penalidad por mora en la ejecución de adquisición de bienes.

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 formula:

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

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.

XVIII. OTRAS PENALIDADES

NO APLICA.

XIX. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR Y/O CONSULTOR

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

XX. 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 bien o vinculado con la ejecución del mismo, puedan ser conocidos a través del contratista.

XXI. 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.

XXII. 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.

El proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se somete a la resolución del 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 Compra de las especificaciones técnicas forman parte integrante.



XXIII. CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE EMERGENCIA SANITARIA CONTRA EL COVID- 19

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

XXIV. 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 compra que no sea imputable a las partes.
- e) Asimismo, puede resolver de forma total o parcial la orden de compra y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria.

XXV. 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