Lugal Gráfica
Revistas
Folletos
Talonarios
Tarjetas
Impresiones Offset - Serigrafía
Informática - Equipos e Insumos
Mariano Molas 887 c/Yegros - Tel. 509 112 - 0981 132 924
e-mail:comercial@lugal.com.py - Zona Sur - Fdo. de la Mora - Paraguay

Timbrado N° 14540199
Válido 21/12/2020 hasta 31/12/2021
R.U.C.: 80064165-5

REMISIÓN

N° 001-001-0000472

Fecha de Expedición: 29/10/2021

DESTINATARIO Nombre o Razón Social: POLICIA NACIONAL - GASTOS - SANIDAD POLICIAL — RUC o C.I. del Destinatario: 80016197-1

Domicilio: Avda. Mcal. López 1806 e/ Kubitschek

DATOS DEL TRASLADO

Motivo del traslado: Venta — Comprobante de Venta — N° — N° de Timbrado:

Fecha de Expedición: 29/10/2021 — Fecha de inicio del trasl.: 29/10/2021 — Fecha estimada término del trasl.: 29/10/2021

Dirección del punto de partida: Mariano Molas N° 887 c/ Usher Rios — Ciudad: Fernando de la Mora — Departamento: Central

Dirección del punto de llegada: Avda. Mcal. López 1806 e/ Kubitschek - Hospital de Policia — Ciudad: Asunción — Departamento: Central

Kilómetros estimados de recorrido: — Cambio de fecha de término del traslado y/o punto de llegada:

Motivo:

DATOS DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE

Marca del vehículo: — N° de Reg. Único Automotor (RUA): — N° de Reg. Único Automotor (RUA) de Remolque/Tracto/Semiremolque:

DATOS CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

Nombre o Razón Social: Jorge Galeano — RUC/C.I.: 659.300 — Domicilio:

DATOS DE LA MERCADERÍA

Cantidad	Descripción de la Mercadería
50.-	Impresión de Formularios para estadísticas - Servicio de Nutrición, en hoja obra primera, 70mg x m2, blanco, impreso en una cara, tinta colores, 216mm x 330mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 6.-
100.-	Impresión de Formularios - Registro de Controles diarios de Diabetología, en hoja obra primera, 70mg, blanco, impreso en ambas caras, tinta negra, 216mm x 330mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 26.-
4.-	Impresión de Formularios - Evaluación del Estado Nutricional para niños - Ficha para Pacientes para menores de 2 años, Tamaño Oficio, impreso en ambas caras, tinta negra. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 27.-
4.-	Impresión de Formularios - Evaluación del Estado Nutricional para niños - Ficha para Pacientes para menores de 2 meses, Tamaño Oficio, impreso en ambas caras, tinta negra. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 28.-
4.-	Impresión de Formularios - Evaluación del Estado Nutricional para niños - Ficha para Pacientes para mayores de 2 años, Tamaño Oficio, impreso en ambas caras, tinta negra. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 29.-
50.-	Impresión de Formularios - Hoja de Fisioterapia y Rehabilitación, en hoja obra primera, 70mg x m2, blanco, impreso en una cara, tinta negra, 216mmx 330mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 31.-
120.-	Impresión de Formularios - Solicitud de Transfusión, en hoja obra primera, 70mg x m2, blanco, impreso en una cara, tinta negra, 216mmx 330mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 32.-
100.-	Impresión de Formularios para Registro del Servicio de Gineco Obstetricia, en hoja obra primera, 70mg x m2, blanco, impreso en una cara, tinta negra, 216mmx 330mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 37.-
200.-	Impresión de Formularios - Servicio de Ginecología y Obstetricia, en hoja obra primera, 70mg, blanco, impreso en una cara, tinta negra, 108mm x 165mm. Sin numeración. Sólo original. Cotizar en block con 100 hojas - Lote 4 - Item 38.-
1200.-	Rótulo de Control de Goteo para Internado, autoadhesivo, 70gr xm2, impreso en una cara, tinta negra, 5cm x 8,5cm c/u, en plancha x 12 unidades, Cotizar en Block de 100 hojas - Lote 4 - Item 39.-
4000.-	Impresión de Formularios - Rendición de Cuentas, en hoja tipo Oficio, en cartulina de 280 mg, color verde agua, 216mm x 330mm, impreso en una cara, tinta negra. - Lote 4 - Item 42.-
200.-	Impresión de Formularios - Procesos licitatorios, en hoja tipo Oficio, en cartulina de 280 mg, color rosado claro, 216mm x 330mm, impreso en una cara, tinta negra. - Lote 4 - Item 43.-

OC: 808.

Lic. LOURDES ...
Suboficial Inspector Sa...
Jefa de Adquisiciones

OC: 808.

Lic. VERONICA CARDOZO
Suboficial Inspector
Auditora

.....
Recibido por (Firma y aclaración)

..... C.I. N° : .....
Lugar y Fecha de Recepción

21,60 cm

ITEM 6

POLICÍA NACIONAL

GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

Dirección Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS

FECHA:

Jerarq.	Sala	Nombre y Apellido	Sopa de Verduras		Menú liviano		Media mañana	Merienda
			C/ sal	S/ sal	C/ sal	S/ sal		
		Total pacientes:						
		Normal:						
		Sopa:						
		Yogur						
		Merienda:						

33,00 cm

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

ITEM 26

33,00 cm

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

SERVICIO DE DIABETOLOGÍA

REGISTRE SUS CONTROLES DIARIOS DE PRUEBAS DE **GLUCOSA CAPILAR Y LOS ALIMENTOS** CONSUMIDOS EN EL HORARIO DE LA PRUEBA.
ESTO PERMITIRÁ SABER SI EL TRATAMIENTO ESTÁ FUNCIONANDO

DÍA	MOMENTO DEL DÍA		GLUCEMIA CAPILAR	¿QUÉ CONSUMIÓ?
	DESAYUNO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	ALMUERZO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	CENA HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	DESAYUNO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	ALMUERZO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	CENA HORA:	Antes:		
		2 hs. después		

DÍA	MOMENTO DEL DÍA		GLUCEMIA CAPILAR	¿QUÉ CONSUMIÓ?
	DESAYUNO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	ALMUERZO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	CENA HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	DESAYUNO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	ALMUERZO HORA:	Antes:		
		2 hs. después		
	CENA HORA:	Antes:		
		2 hs. después		

21,60 cm

ITEM 27

(Frente) 21,60 cm

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

SERVICIO DE NUTRICIÓN

NUMERO DE FICHA:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

(Niños mayores de 2 años)

NOMBRE Y APELLIDO:
Fecha de nacimiento:
Edad (año/meses):
Peso actual:
Talla actual:

Peso de nacimiento: ☐ Talla de nacimiento: ☐ Complicaciones: si ☐ no ☐

Obs: ☐

Parto Normal: ☐ **Parto Cesárea:** ☐

Fecha	Edad	Peso kg	Talla cm	T/E DE	P/T DE	P/E DE	OBSERVACIONES

Diagnóstico médico:

Diagnóstico nutricional:

- **Anamnesis Alimentaria**

Ha recibido el niño	Desde	Hasta	Continua	Comentario
Lactancia Materna Exclusiva				
Lactancia Mixta				
Leche artificial Tipo de Fórmula ☐				Concentrada ☐ Diluida ☐ Taza ☐ Biberón ☐
Alimentación Complementaria				Tiene su propio plato si ☐ no ☐

33,00 cm

ITEM 27

(DORSO).

21,60 cm

Autorizado p/ impresión

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

- **Alergia Alimentaria**

Si ☐ **No** ☐ **Obs:** _____

Datos de la madre:

Antecedentes de Alergias e Intolerancia Alimentaria:
Sí ☐ **No** ☐

Obs: _____

Diagnóstico en embarazo: **Médico:** _____ **HTA** ☐ **Diabetes Gestacional** ☐

Nutricional: _____ **Bajo peso** ☐ **Peso Normal** ☐ **Sobrepeso** ☐
Obs: _____

33,00 cm

ITEM 28

21,60 cm

FRENTE

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

SERVICIO DE NUTRICIÓN

NUMERO DE FICHA:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

(Niños menores de 2 meses)

NOMBRE Y APELLIDO:
Fecha de nacimiento:
Edad (año/meses):
Peso actual:
Talla actual:

Peso de nacimiento: ____ Talla de nacimiento: ____ Complicaciones: si ____ no ____

Apego precoz: sí ____ no ____ Obs: ____

Parto Normal: ____ **Parto Cesárea:** ____

Fecha	Edad	Peso kg	Talla cm	T/E DE	P/T DE	P/E DE	OBSERVACIONES

Diagnóstico médico:

Diagnóstico nutricional:

Suplemento Vitamínico: sí ____ no ____

33,00 cm

ITEM 28

(DORSO)

21,60 cm

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

Ha recibido el niño	Desde	Hasta	Continua	Comentario
Lactancia Materna Exclusiva				
Lactancia Mixta				
Leche artificial Tipo de Fórmula				Concentrada ☐ Diluida ☐ Taza ☐ Biberón ☐
Alimentación Complementaria				Tiene su propio plato si ☐ no ☐

- **Alergia Alimentaria**

Si ☐ **No** ☐ **Obs:** _____

Datos de la madre:

Antecedentes de Alergias e Intolerancia Alimentaria:
Sí ☐ **No** ☐

Obs: _____

Diagnóstico en embarazo: **Médico:** _____ **HTA** ☐ **Diabetes Gestacional** ☐

Nutricional: _____ **Bajo peso** ☐ **Peso Normal** ☐ **Sobrepeso** ☐
Obs: _____

Suplemento Vitamínico: sí ☐ no ☐

Obs: _____

33,00 cm

21,59 cm

(FRENTE) ITEM 29 Autorizado p/imprimir

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

NUMERO DE FICHA:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL
(Niños menores de 2 años)

NOMBRE Y APELLIDO:
Fecha de nacimiento:
Edad (año/meses):
Peso actual:
Talla actual:
Número de Teléfono (padre o madre):

Parámetros e indicadores antropométricos:

Peso de nacimiento: Talla de nacimiento: Complicaciones: si no

Obs:

Fecha	Edad	Peso kg	Talla cm	T/E DE	P/T DE	P/E DE	OBSERVACIONES

Diagnóstico médico:

Diagnóstico nutricional:

- **Alergia Alimentaria**

Ha recibido el niño	Desde	Hasta	Continua	Comentario
Lactancia Materna Exclusiva				
Lactancia Mixta				
Leche artificial Tipo de Fórmula				Concentrada Diluida Taza Biberón
Alimentación Complementaria				Tiene su propio plato si no

33,00 cm

21,59 cm

(DORSO) ITEM 29 Autorizado p/imprimir

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Servicio de Nutrición

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

- **Alergia Alimentaria**

Si ☐ No ☐ Obs: _____

Datos de la madre:

Antecedentes de Alergias e Intolerancia Alimentaria:

Sí ☐ No ☐

Obs: _____

Diagnóstico en embarazo: Médico: _____ HTA ☐ Diabetes Gestacional ☐

Nutricional: _____ Bajo peso ☐ Peso Normal ☐ Sobrepeso ☐

Obs: _____

Parto Normal: ☐ Parto Cesárea: ☐

33,00 cm

21,60 cm

ITEM 31

Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Servicio de Fisioterapia

HOJA DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

SERVICIO:.....

PACIENTE:..... SALA:.....

FECHA	TURNO Y HORA	TIPO DE FISIOTERAPIA	LICENCIADO RESPONSABLE

33,00 cm

Autorizado p/ imprimir

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador

28/10/2021

21,60 cm

ITEM 32

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Dirección General de Sanidad Policial
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
Banco de Sangre

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

UMT: .....

PACIENTE: ..... SALA: .....
CAMA: .....

GRUPO ABO: ..... RH: .....
FECHA NAC.: ..... EDAD: .....
PESO: ..... SEXO: .....
ENFERMEDAD DE BASE: .....
ENFERMEDAD ACTUAL: .....
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: .....

TRANSFUSIÓN ANTERIOR SI ☐ NO ☐ FECHA: ...../...../.....

ANTECEDENTES DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL SI ☐ NO ☐

Tipo de reacción: .....

DATOS DE LABORATORIO CON FECHA: ...../...../.....

HTO/HB: ..... PLAQUETAS: ..... T.P.: ..... T T P A: .....

HEMORRAGIA SI ☐ NO ☐

COMPONENTES SOLICITADO/S	CANTIDAD ml/unid.	IRRADIADO	LEUCORREDUCIDO
☐ CONCENTRADO GLOBULAR	.....	☐	☐
☐ CONCENTRADO PLAQUETARIO	.....	☐	☐
☐ PLASMA FRESCO CONGELADO	.....		
☐ CRIOPRECIPITADO	.....		
☐ OTROS	.....		

CARÁCTER DE LA TRANSFUSIÓN

☐ PROGRAMADA PARA EL DÍA: ..... HORA: ..... LUGAR: .....

☐ PROGRAMADA, A REALIZAR DENTRO DE LAS 12 HS.

☐ URGENTE, A REALIZAR DENTRO DE LAS 2 HS.

☐ EXTREMA URGENCIA SIN TIEMPO PARA COMPATIBILIZAR.

DEJO CONSTANCIA DEL PRESENTE PEDIDO EN LA HISTORIA CLÍNICA.

33,00 cm

Autorizado p/imprimir

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

21,60 cm

ITEM 37

33,00 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"
SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA

Fecha: .....

Nombre y Apellido: ..... Jerarquia: .....

Unidad: ..... Estado Civil: ..... Edad: .....

Nacionalidad: ..... Profesión: .....

Motivo de ingreso: .....

Antecedentes patológicos familiares: .....

.....

Antecedentes patológicos personales: .....

.....

Antecedentes Gineco-Obstétricos; Memarca: ..... R. Mensual: .....

Gestación: ..... Abortos: ..... Partos: .....

Cesáreas: ..... F.U.M.: ..... F.P.P.: .....

Enfermedad actual: .....

.....

.....

Examen Físico

Aparato cardiovascular: Corazón .....

P.A. Máxima: ..... Mínima: ..... Edemas: .....

Aparato Respiratorio: .....

.....

Examen Ginecológico: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

Plan:

.....

.....

.....

.....

Autorizado p/ imprimir

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

10,80 cm ITEM 38

16,50 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE Y APELLIDO: .....

..... EDAD: ..... AÑOS.

JERARQUIA: .....

UNIDAD: .....

DIAGNÓSTICO: .....

.....

.....

C.I.N°: ..... FICHA N°: .....

FECHA DE INGRESO: ...../...../.....

Autorizado p/imprimir

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

21,60 cm

ITEM 39

33,00 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre: .....
Solución: .....
Goteo: .....
Inicio: ..... Term: .....
Turno: .....
Fecha: ...../...../.....

Autorizado p/ imprimir

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

21,60 cm

ITEM 42

RENDICIÓN

DE

CUENTAS

MES:

LEGAJO N°		
FECHA		
ENTIDAD	**12 03**	**MINISTERIO DEL INTERIOR**
REPARTICIÓN	**ACT. 07**	**ATENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL POLICIAL**
		DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

RESPONSABLES

FOJAS N°

ASUNCIÓN - PARAGUAY

33,00 cm

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021

21,60 cm

ITEM 43

33,00 cm

PROCESOS

LICITATORIOS

ID:		
DESCRIPCIÓN DEL LLAMADO		
NIVEL:		
AÑO:		
ENTIDAD	**12 03**	**MINISTERIO DEL INTERIOR**
REPARTICIÓN	**ACT. 07**	**ASISTENCIA INTEGRAL AL PERSONAL POLICIAL**
		DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

RESPONSABLES

FOJAS N°

ASUNCIÓN - PARAGUAY

Autorizado p/impresión

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador
27/10/2021