

BASES ESTÁNDAR DE LICITACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Aprobado mediante Directiva N° 001-2019-OSCE/CD



SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA
ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

N°	Símbolo	Descripción
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.
3	<div>Importante</div> <div>• Abc</div>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
4	<div>Advertencia</div> <div>• Abc</div>	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
5	<div>Importante para la Entidad</div> <div>• Xyz</div>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

N°	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
5	Tamaño de Letra	16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 Posterior : 0
9	Subrayado	Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto

INSTRUCCIONES DE USO:

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

Elaboradas en enero de 2019
Modificadas en junio 2019, diciembre 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022

BASES ESTÁNDAR DE LICITACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

CONTRATACIÓN DE BIENES

**ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO
HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA)
EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN
LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA
LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º
2547828**

DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: www.mp.gob.pe.*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación "Guía para el registro de participantes electrónico" publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento.

Importante

No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada, aun cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente respecto a las características técnicas y/o requisitos de calificación y/o condiciones de ejecución.

BASES ADMINISTRATIVAS

Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en los numerales 72.4 y 72.5 del artículo 72 del Reglamento.

Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

1.6. ELEVACIÓN AL OSCE DEL PLIEGO DE ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

Los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones, así como a las bases integradas por supuestas vulneraciones a la normativa de contrataciones, a los principios que rigen la contratación pública u otra normativa que tenga relación con el objeto de la contratación, pueden ser elevados al OSCE de acuerdo a lo indicado en los numerales del 72.8 al 72.11 del artículo 72 del Reglamento.

La solicitud de elevación para emisión de Pronunciamiento se presenta ante la Entidad, la cual debe remitir al OSCE el expediente completo, de acuerdo a lo señalado en el artículo 124 del TUO de la Ley 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, al día hábil siguiente de recibida dicha solicitud.

Advertencia

La solicitud de elevación al OSCE de los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones, así como a las Bases integradas, se realiza de manera electrónica a través del SEACE, a partir de la oportunidad en que establezca el OSCE mediante comunicado.

Importante

Constituye infracción pasible de sanción según lo previsto en el literal n) del numeral 50.1 del artículo 50 de la Ley, presentar cuestionamientos maliciosos o manifiestamente infundados al pliego de absolución de consultas y/u observaciones.

1.7. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

¹ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

BASES ADMINISTRATIVAS

Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

1.8. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

Importante

Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.

En la apertura electrónica de la oferta, el comité de selección, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases, de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas, detalladas en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

1.9. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el artículo 74 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

1.10. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

1.11. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil.

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

1.12. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el comité de selección revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el comité de selección revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

1.13. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el comité de selección otorga la buena pro, mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación, rechazo y el otorgamiento de la buena pro.

1.14. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los ocho (8) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

Importante

Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.

CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el comité de selección, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el comité de selección.

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE.*

2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

CAPÍTULO III DEL CONTRATO

3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realizan conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorio, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados sea igual o menor a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías;

BASES ADMINISTRATIVAS

o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

Importante

Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.

Advertencia

Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:

1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).

2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.

3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.

4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.

En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.

De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).

Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

3.5. ADELANTOS

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto

BASES ADMINISTRATIVAS

del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

3.8. PAGOS

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

Advertencia

En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.

3.9. DISPOSICIONES FINALES

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

**CAPÍTULO I
GENERALIDADES****1.1. ENTIDAD CONVOCANTE**

Nombre : HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
RUC N° : 20437300705
Domicilio legal : AV. RAMÓN CASTILLA N.º 597 - LAMBAYEQUE
Teléfono: : S/N
Correo electrónico: : hbladquisiciones@gmail.com

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación de **ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828**

ÍTE M	DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTID AD
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	UNID AD	1
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	UNID AD	2
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	UNID AD	19
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	UNID AD	24
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	UNID AD	12
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	UNID AD	5
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	UNID AD	2
8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	UNID AD	2
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	UNID AD	1
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	UNID AD	6
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	UNID AD	76
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	UNID AD	1
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	UNID AD	2

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	UNID AD	1
15	COCHE DE PARO EQUIPADO	UNID AD	10
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	UNID AD	1
17	CUNA DE CALOR RADIANTE CON REANIMADOR	UNID AD	4
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	UNID AD	1
19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	UNID AD	7
20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	UNID AD	3
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	UNID AD	2
22	FACOEMULSIFICADOR	UNID AD	1
23	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO COMPLETO	UNID AD	2
24	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA DE USO GENERAL	UNID AD	1
25	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA TRAUMATOLÓGICA	UNID AD	1
26	MESA DE PARTOS	UNID AD	3
27	MONITORES FETALES	UNID AD	3
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	UNID AD	1
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	UNID AD	2

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **RESOLUCION DIRECTORAL N° 000272-2023-GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4244302-290]** el 09 de junio del 203.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS DETERMINADOS → 5-15: FONDO DE COMPENSACIÓN REGIONAL

Importante

La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de **SUMA ALZADA**, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

El presente procedimiento se rige por la modalidad de **LLAVE EN MANO**, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo

1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No aplica.

1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de:

ÍTE M	DESCRIPCIÓN	PLAZO DE ENTREGA
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	30 DÍAS CALENDARIO
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	45 DÍAS CALENDARIO
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	30 DÍAS CALENDARIO
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	30 DÍAS CALENDARIO
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	30 DÍAS CALENDARIO
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	30 DÍAS CALENDARIO
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	30 DÍAS CALENDARIO
8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	30 DÍAS CALENDARIO
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	45 DÍAS CALENDARIO
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	30 DÍAS CALENDARIO
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	30 DÍAS CALENDARIO
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	30 DÍAS CALENDARIO
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	30 DÍAS CALENDARIO
14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	30 DÍAS CALENDARIO

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

15	COCHE DE PARO EQUIPADO	50 DÍAS CALENDARIO
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	30 DÍAS CALENDARIO
17	CUNA DE CALOR RADIANTE CON REANIMADOR	45 DÍAS CALENDARIO
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	45 DÍAS CALENDARIO
19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	30 DÍAS CALENDARIO
20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	45 DÍAS CALENDARIO
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	30 DÍAS CALENDARIO
22	FACOEMULSIFICADOR	45 DÍAS CALENDARIO
23	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO COMPLETO	45 DÍAS CALENDARIO
24	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA DE USO GENERAL	45 DÍAS CALENDARIO
25	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA TRAUMATOLÓGICA	45 DÍAS CALENDARIO
26	MESA DE PARTOS	30 DÍAS CALENDARIO
27	MONITORES FETALES	30 DÍAS CALENDARIO
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	30 DÍAS CALENDARIO
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	45 DÍAS CALENDARIO

Contabilizados desde el día siguiente de suscrito el contrato y/o notificación de la orden de compra, el plazo de entrega de los bienes incluye: entrega, instalación y puesta en funcionamiento, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.10. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar:

Pagar en	:	– Caja de la Entidad, sito Av. Ramón Castilla N° 597 – Lambayeque
Recoger en	:	– Unidad de Logística, sito Av. Ramón Castilla N° 597 – Lambayeque
Costo de bases	:	– Impresa: S/ 5.00 (Cinco con 00/100 soles). – Digital: Gratuito

Importante

El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.

1.11. BASE LEGAL

- Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N.º 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 021-2019-JUS.
- Ley N.º 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y su modificación efectuada mediante

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

- Decreto Legislativo N.º 1341 y Decreto Legislativo N.º 1444.
- Ley N.º 31465, Ley que modifica la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
 - Ley N.º 31535, Ley que modifica la Ley 30225, Ley de contrataciones del Estado.
 - Ley N.º 31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
 - Ley N.º 31639, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
 - Ley N.º 31640, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
 - Decreto Supremo N.º 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
 - Decreto Supremo N.º 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30225, modificado por Decreto Supremo N.º 377-2019-EF, Decreto Supremo N.º 168-2020-EF, Decreto Supremo N.º 250-2020-EF, Decreto Supremo N.º 162-2021-EF, Decreto Supremo N.º 234-2022-EF y Decreto Supremo N.º 308-2022-EF.
 - Decreto Supremo N.º 217-2019-EF, que aprueba el Decreto Legislativo N.º 1439 del Sistema Nacional de Abastecimiento.
 - Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
 - Decreto Supremo N.º 082-2019-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 30225, Ley de Contrataciones del Estado.
 - Decreto Supremo N.º 250-2020-EF, establecen disposiciones en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 30225 Ley de Contrataciones del Estado y modifican el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

Importante

De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos², la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N.º 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE³ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N.º 2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N.º 3**)
- e) Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de Especificaciones Técnicas, los cuales

² La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

³ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

BASES ADMINISTRATIVAS

permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

– **FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".**

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N.º 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N.º 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son:

ÍTE M	DESCRIPCIÓN	ACREDITAR
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	B; C
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	A; B; C; D; E; F; G
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	B; C; D; E; F
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	B; C; D
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	B; C; D
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	B; C; D
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	A; B; C; D
8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	B; C; D
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	A; B; C; D; E; F; G
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	B; C; D; E
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	B
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	B; C; D; E
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	B; C
14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	B; C; D
15	COCHE DE PARO EQUIPADO	B; C; D
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	B; C; D; E; F
17	CUNA DE CALOR RADIANTE CON REANIMADOR	B; C; D; E
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	B; C; D; E
19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	B; C; D
20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	B; C; D
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	B; C; D
22	FACOEMULSIFICADOR	B; C; D; E; F
23	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO COMPLETO	B; C; D; E
24	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA DE USO GENERAL	B; C; D
25	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA TRAUMATOLÓGICA	B; C; D

BASES ADMINISTRATIVAS

26	MESA DE PARTOS	B; C; D
27	MONITORES FETALES	A; B; C; D; E
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	A; B; C; D
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	B; C; D

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- **Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-1S0 13485 Dispositivos médicos.**

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- **Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).**

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

- f) Declaración jurada de plazo de entrega. **(Anexo N.º 4)**⁴
- g) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio, así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N.º 5)**
- h) El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N.º 6**.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.
- i) Declaración jurada de entrega de equipo nuevo, cuya fabricación del equipo deberá ser mínimo 12 meses inferior a la fecha de emitida la orden de orden.
- j) Declaración jurada de disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de los equipos ofertados., en un periodo no menor de 5 años, contados a partir del día siguiente de suscrito el Acta de conformidad de recepción, instalación y prueba operativa de equipos.

Importante

El comité de selección verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

⁴ En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de entrega, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

2.2.2. Documentación de presentación facultativa

- a) Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “Factores de Evaluación” establecidos en el Capítulo IV de la presente sección de las bases, a efectos de obtener el puntaje previsto en dicho Capítulo para cada factor.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (Anexo N.º 10).

Para los Ítems N.º 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 16; 18; 19; 20; 21; 22; 26; 27; 28; 29

Advertencia

El comité de selección no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.

2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato.
- b) Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- c) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- d) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- e) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- f) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁵ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación⁶ (Anexo N.º 11).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁷.
- j) Copia de Ficha Ruc de la empresa.

Importante

⁵ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

⁶ En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

⁷ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

BASES ADMINISTRATIVAS

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*
- *En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados sea igual o menor a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya⁸.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Trámite Documentario sito en Av. Ramón Castilla N.º 597, Distrito, Provincia y Departamento de Lambayeque, en el horario de 07:30 a 13:00 y 14:00 a 16:30 horas.

Importante

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de compra, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00).

2.5. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en pago único, estableciendo lo siguiente.

PAGO N° 1: PRESTACIÓN PRINCIPAL: ENTREGA, INSTALACIÓN, PRUEBA OPERATIVA Y CAPACITACIÓN.

El pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

⁸ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

BASES ADMINISTRATIVAS

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante de Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa de los Bienes (Formato N° 02)
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra (Copia).
- Número de Cuenta Interbancaria CCI.
- Copia del contrato.

PAGO N° 2: PRESTACIÓN ACCESORIA: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DURANTE EL PERIODO DE GARANTÍA.

Se realizará un pago por cada año por mantenimiento preventivo. (de corresponder)

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de los equipos durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

Documentos para el pago:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

Dicha documentación se debe presentar en Trámite Documentario sito en Av. Ramón Castilla N.º 597, Distrito, Provincia y Departamento de Lambayeque, en el horario de 07:30 a 13:00 y 14:00 a 16:30 horas.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.

3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR AUTOMATIZADO PARA INMUNOBIOQUIMICA DE ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA – ÍTEM 01 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR AUTOMATIZADO PARA INMUNOBIOQUIMICA DE ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA – ÍTEM 01 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención medica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con el equipo médico objeto de adquisición, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR AUTOMATIZADO PARA INMUNOBIOQUIMICA DE ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA – ÍTEM 01 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar el equipo de laboratorio para el correcto diagnostico de pacientes.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL LAMBAYEQUE

Leonardo...
MEDICO CIRUJANO
REG. CIP. 231281

CARLOS HAZIL VILCA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 231281

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN ANALIZADOR AUTOMATIZADO PARA INMUNOBIOQUÍMICA DE ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO UTILIZADO PARA PROCESAMIENTO DE PRUEBAS DE TAMIZAJE DE UNIDADES DE SANGRE.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FRECUENCIA DE USO: 24 HORAS / 7 DÍAS A LA SEMANA.
B02	HASTA 100 DETERMINACIONES POR HORA.
B03	7 O MAS REACTIVOS A BORDO IDENTIFICADOR POR CÓDIGO DE BARRAS
B04	7 O MAS PRUEBAS DIFERENTES PROCESADAS EN SIMULTANEO POR CADA MUESTRA
B05	TUBOS PRIMARIOS DE MUESTRAS CON CÓDIGOS DE BARRAS
B06	LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS PARA LOS REACTIVOS Y TUBOS PRIMARIOS.
B07	DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS
MUESTRA	
B08	DILUCIÓN AUTOMÁTICA
B09	VOLUMEN DE MUESTRA DESDE 10 uL A 160 uL.
B10	CAPACIDAD PARA PROCESAR DIRECTAMENTE Y EN SIMULTÁNEO PLASMA
PROCESAMIENTO DE DATOS	
B11	PROCESAMIENTO DE CALIBRACIONES Y CONTROLES (SI LA METODOLOGÍA LO REQUIERE).
B12	RESULTADOS: CON CAPACIDAD DE ARCHIVO DE DATOS DE 30 DÍAS O MAS. IMPRESORA ADECUADA A LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL SERVICIO.
B13	INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO (PROCESAMIENTO DE CONTROLES Y RESULTADOS) CAPACIDAD DE PROCESO DE TRANSIBILIDAD DE TODA LA MUESTRA.
B14	EXTERNO: CONEXIÓN DE INTERFAZ AL SOFTWARE DE GESTIÓN DEL SERVICIO. (EL CUAL SE DEBERÁ REALIZAR POR CUENTA DEL CONTRATISTA CON LA FINALIDAD DE LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES Y ENVÍO DE RESULTADOS CON CAPACIDAD DE MANEJAR TODA LA INFORMACIÓN DEL LABORATORIO DE POR LO MÍNIMO (SOLICITUDES, RESULTADOS, RESULTADOS HISTÓRICOS, CONTROL DE CALIDAD, ESTADÍSTICA, ENTRE OTROS)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Manosaiva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27403 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



1192

CONSUMIBLES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS	
B15	25 REACTIVOS DE 100 DETERMINACIONES CADA UNA.
B16	CAPACIDAD DE CARGAR HASTA 65 MUESTRAS.
B17	REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE DE UNIDADES DE SANGRE.
B18	LA CANTIDAD DE LOS MISMOS SERA DEFINIDA POR EL USUARIO DE ACUERDO A NECESIDAD DE CADA PRUEBA A REALIZAR.
B19	CALIBRADORES: SI METODOLOGÍA LO REQUIERE PROPORCIONAR MATERIAL DE CALIBRACIÓN EN CANTIDAD SUFICIENTE QUE PERMITA LA REALIZACIÓN TOTAL DE LAS PRUEBAS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LA METODOLOGÍA ANALÍTICA.
B20	CONTROLES INTERNA: PROPORCIONAR MATERIAL DE CONTROL PARA TODO PERIODO DE COMPRA, EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE LA METODOLOGÍA.
B21	SOLUCIONES, COMPLEMENTOS DE LIMPIEZA Y OTROS: EN CANTIDAD SUFICIENTE QUE PERMITIRÁ LA REALIZACIÓN TOTAL DE LAS PRUEBAS EFECTIVAS SOLICITADAS, MAS LA PRUEBAS DE CALIBRACIONES Y CONTROL DE ACUERDO CON LA METODOLOGÍA DE TRABAJO.
B22	<p>AIRE ACONDICIONADO</p> <p>LA CAPACIDAD DEL AIRE ACONDICIONADO SERA DETERMINADA POR EL CONTRATISTA DE ACUERDO A LA RECOMENDACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO MEDICO, POR LO CUAL, TRAS LA FIRMA DEL CONTRATO, DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO PARA LA ENTREGA E INSTALACIÓN DEL EQUIPO, REALIZARA LA VISITA IN SITU DEL AMBIENTE FINAL DEL EQUIPO MEDICO.</p> <p>LA INSTALACIÓN DEL AIRE ACONDICIONADO CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA, PARA LO CUAL CONSIDERARA LAS HERRAMIENTAS, MATERIALES U OTROS COMPONENTES QUE SE REQUIERA PARA LA CORRECTA Y COMPLETA INSTALACIÓN DE UN AIRE ACONDICIONADO QUE ASEGURE LA TEMPERATURA RECOMENDADA DE TRABAJO DEL EQUIPO MEDICO.</p>
C. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
C01	<p>220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM.</p> <p>SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.</p>
C02	UPS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS COMO MÍNIMO: ON LINE DE DOBLE CONVERSIÓN AC/DC DC/AC y TRANSFORMADOR DE AISLAMIENTO INTERNO A LA SALIDA,, VOLTAJE DE ENTRADA: 220V +/-10% O MAYOR, VOLTAJE DE SALIDA: 220V +/- 3% O MENOR, CAPACIDAD DE POTENCIA EN SALIDA 25% O MÁS, SUPERIOR A LA POTENCIA DEL EQUIPO, AUTONOMÍA DE BATERÍA MÍNIMO 10 MINUTOS A CARGA MÁXIMA

OTROS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

L. García Manosalva
FISICO CIRUJANO
N° 27463 - R.N.E. A03622
APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MARTIN LÓPEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

D01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
D02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
D03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
D04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
D05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
D06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
E01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS VAN YLLA ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 297261



- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

Llave en mano.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MAN VILLALBA ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 277261



EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, una vez que sea requerido como resultado del

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosaiva
MEDICO CIRUJANO
M.P. 27463 - R.N.E. A03622
C.O. DIAGNOSTICO

CARLOS MAN VILLO ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 287281



1187

mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
C.E. 00000 DIAGNOSTICO

CARLOS MONTAÑANOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281



- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento

CARLOS IVAN VALCABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo Valcázar Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.O.P. 27463 - C.O.E. 404622
SERVICIOS APOYO DIAGNOSTICO

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

CARLOS MAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leónilda María Manosalva
INGENIERA CLINICA
CIP. 27453 - RNE. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo Daniel Manosalva
FOTOCOPIADO
C.M.S. 2303 - R.T.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonilda Velasco Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.P. 27463 - F.P.E. 403622
JEFE UNIDAD PPTO DIAGNOSTICO

CARLOS HUAN VICBALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Equipos médicos de laboratorio, banco de sangre y anatomía patológica en general.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii)</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo GARCÍA Maldonado
JEFE UNIDAD APOYO ADMINISTRATIVO

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



1179

	<p>comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación</p>
--	--

16

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo Silva Manosiva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 21403 - R.T.E. AN3052
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

	<p>sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

CARLOS ANTONIO ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonarda Cecilia Munguía
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 27953 - R.N.E. A03002
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

18

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27473 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° DE Orden de Compra Contrato N°

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Minosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 22163 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MARTIN LOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

20

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonilda García Alamosalva
CIP. 237281
JEFE DE SERVICIO APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS TITIVILLAS ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Mimosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 1463 - R.N.E. A03022
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VILLABROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
REG-CD CRUZADO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS FERNANDO CALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo G. Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27310 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MAN VILLACOROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS WALTER ALBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Macia Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARESS MAR VILLALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS RIVERA ALAMOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIR. 237281

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N° DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

31

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.P. 27463 - R.N.E. A03622
IEC - CENTRO DE DIAGNOSTICO

CARLOS NAVE ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS MANUEL ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C M P 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR BIOQUÍMICO AUTOMATIZADO – ÍTEM 02 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR BIOQUÍMICO AUTOMATIZADO – ÍTEM 02 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con ANALIZADOR BIOQUÍMICO AUTOMATIZADO, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR BIOQUÍMICO AUTOMATIZADO – ÍTEM 02 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para el correcto procesamiento de muestras con la finalidad del diagnóstico clínico certero.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE ANALIZADOR BIOQUÍMICO AUTOMATIZADO	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
A01	FUNCIÓN DEL SISTEMA: AUTOMÁTICO, DISCRETO, ALEATORIO CON MUESTREO DE PRIORIDAD STAT.
A02	PRUEBAS POR HORA HASTA 240.
A03	PRINCIPIOS DE MEDICIÓN ESPECTROFOTOMETRÍA.
A04	METODOLOGÍAS DE PUNTO FINAL, TIEMPO FIJO, CINÉTICO Y MUESTRAS DE BLANCO COMO MÍNIMO.
A06	PRINCIPIOS DE MEDICIÓN ESPECTROFOTOMETRÍA.
A07	SISTEMA ABIERTO Y SISTEMA CERRADO OPCIONAL.
MANEJO DE REACTIVOS / MUESTRAS	
A08	BANDEJA DE REACTIVOS / MUESTRA: REACTIVO MULTIFUNCIONAL Y CARRUSEL DE MUESTRAS CON POSICIONES FLEXIBLES; COMPARTIMENTO REFRIGERADO SIN PARAR LAS 24 HORAS (2-12°C).
A09	VOLUMEN DE CONTENEDOR DE REACTIVO: R1: 10 – 350 µL, R2: 10 – 200 µL, PASOS DE 1 µL.
A10	VOLUMEN DE REACTIVO: 20 ML Y 70 ML.
A11	VOLUMEN DE MUESTRA: 3 – 35 µL, PASOS DE 0.1 µL
A12	SONDA DE REACTIVO / MUESTRA: 1, CON DETECCIÓN DE NIVEL DEL LÍQUIDO.
COLISIÓN Y REVISIÓN DE INVENTARIO.	
A13	LIMPIEZA DE Sonda: LAVADO AUTOMÁTICO INTERIOR Y EXTERIOR, CONTINUO <0.1%.
A14	DILUCIÓN DE MUESTRA: PRE-DILUCIÓN Y POST-DILUCIÓN.
A15	RECIPIENTE DE DILUCIÓN: CUBETAS SEMIPERMANENTES DE PLÁSTICO UV.
B. SISTEMA DE REACCIÓN	
B01	CUBETA: DIÁMETRO ÓPTICO DE 6 MM.
B02	VOLUMEN DE REACCIÓN: 150-550 µL.
B03	TEMPERATURA DE REACCIÓN: 37 ± 0.1 °C.
B04	TEMPERATURA CONSTANTE DEL DISCO DE REACCIÓN: AGUA CIRCULANTE.
B05	MESCLADOR AGITADOR RECUBIERTO DE TEFLÓN CON MECANISMO DE TRIPLE VELOCIDAD
B06	SISTEMA DE LAVADO DE 8 PARADAS, 12 PASOS POR AUMENTO DE AGUA TIBIA

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



C. SISTEMA ÓPTICO	
C01	FUENTE DE LUZ: 12V/20W LÁMPARA HALÓGENA DE CUARZO CON SISTEMA DE REFRIGERACIÓN CON AGUA
C02	LONGITUD DE ONDA: 340NM, 380NM, 450NM, 480NM, 505NM, 570NM, 600NM, 660NM, 700NM, 750NM O 800 NM
C03	MONOCROMADOR FOTOMETRÍA DE REJILLA
C04	RANGO LINEAL: 0 – 3.3 ABS O MEJOR
C05	DETECTOR ARREGLO DE FOTO DIODO DE SILICIO
D. CALIBRACIÓN	
D01	MÉTODO DE CALIBRACIÓN: LINEAL (UN PUNTO, DOS PUNTOS, MULTIPUNTO) LOGIT-LOG 4P, LOGIC-LOG 5P, SPLIN, EXPONENCIAL, POLINOMIAL.
D02	REGLAS DE CONTROL DE LA PARÁBOLA: WESTGARD MULTI-RULE, K-J CHART E HARDWARE
E. SISTEMA	
E01	SISTEMA DE OPERACIÓN POR PC COMPATIBLE
E02	CONFIGURACIÓN DE PC DE ESCRITORIO PC PORTÁTIL CPU > 2.8 GHZ (PROCESADOR OCTAVA GENERACIÓN A MAS) MEMORIA RAM > 8 GB O MEJOR DISCO DURO SSD > 500 GB O MEJOR MONITOR DE 21" O MAS
E03	INTERFACE: TCP/IP CONEXIÓN NETWORK ESTÁNDAR RS-232 C Y USB
F. ACCESORIOS	
F01	IMPRESORA LASER BLANCO Y NEGRO
F02	KIT DE MANTENIMIENTO
F03	KIT DE HERRAMIENTAS.
F04	KIT DE BOTELLAS PARA REACTIVOS NECESARIAS
F05	KIT DE COPAS PARA MUESTRAS
F06	ENVASE PARA AGUA DESIONIZADA Y PARA DESECHOS, AMBOS CON SENSORES DE NIVEL
G. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
G01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
G02	UPS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS COMO MÍNIMO: ON LINE DE DOBLE CONVERSIÓN AC/DC DC/AC y TRANSFORMADOR DE AISLAMIENTO INTERNO A LA SALIDA,, VOLTAJE DE ENTRADA: 220V +/-10% O MAYOR,

	VOLTAJE DE SALIDA: 220V +/- 3% O MENOR, CAPACIDAD DE POTENCIA EN SALIDA 25% O MÁS, SUPERIOR A LA POTENCIA DEL EQUIPO, AUTONOMÍA DE BATERÍA MÍNIMO 10 MINUTOS A CARGA MÁXIMA
--	---

OTROS	
H01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
H02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
H03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
H04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
H05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO.
H06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
101	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO





1158

servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

Llave en mano.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

5

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del **Programa de Mantenimiento Preventivo** de los equipos y sus componentes periféricos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.

- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C M P 27463 - R N E 403622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO





- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonard García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo Gutierrez Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - b.2) Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.I.A.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO





La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: A, B, C, D, E, F, G.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p data-bbox="296 1281 555 1317">REPRESENTACIÓN</p> <p data-bbox="577 1281 730 1317"><u>Requisitos:</u></p> <ul data-bbox="577 1355 1410 1854" style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p data-bbox="619 1496 1410 1608">En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul data-bbox="577 1646 1410 1854" style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6)

¹ En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva 44
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



1148

		<p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN GENERAL.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



	<p>consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello Representante legal del
Contratista

18

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Leonardo García Manosalva
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces



FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

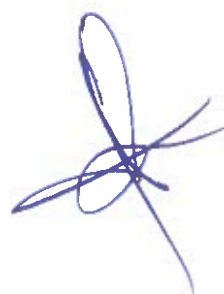
(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
 Leonardo García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:


En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:


NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.A.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.A.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del Instructor del
Contratista



FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:


En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Matosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 21463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



27

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

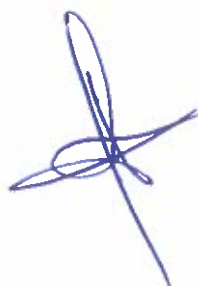
N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo M. Munosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27163 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

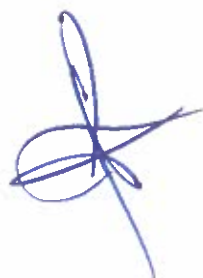
(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Leonardo García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO



FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 17453 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°

....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

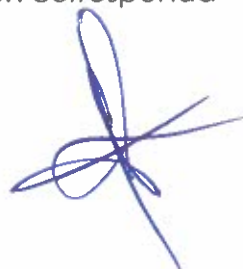
Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo G. Y. Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE ASPIRADOR DE SECRECIONES – ÍTEM 03 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ASPIRADOR DE SECRECIONES – ÍTEM 03 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con aspiradores de secreciones, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Esto teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ASPIRADOR DE SECRECIONES – ÍTEM 03 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

- **Objetivo Específico:**

- Instalar el equipo para la aspiración de secreciones en los diversos procedimientos médicos de las áreas asistenciales.
- Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 18922
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP: 41400 RNE: 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLES	
MARCA	: INDICAR.
MODELO	: INDICAR.
PROCEDENCIA:	INDICAR.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO MÓVIL DISEÑADO PARA ASPIRAR VOLÚMENES DE LÍQUIDOS, TEJIDOS Y/U OTROS DESECHOS DE UN PACIENTE, MEDIANTE LA SUCCIÓN DE VACÍO (PRESIÓN NEGATIVA), CONSTA DE UNA BOMBA DE ASPIRACIÓN, UN MANÓMETRO DE VACÍO O VACUÓMETRO, DOS FRASCOS RECOLECTORES, TUBOS DE PLÁSTICO QUE CONECTAN LOS COMPONENTES ENTRE SI, FILTROS ANTIBACTERIANOS E INSUMOS DE ASPIRACIÓN.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	RODABLE, CON SISTEMA DE FRENOS
B02	CON PEDAL DE ACTIVACIÓN.
B03	INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA.
B04	INTERRUPTOR MANUAL Y/O PEDAL DE ENCENDIDO / APAGADO
B05	SISTEMA DE VACÍO; CON PISTONES O DIAFRAGMA DE MEMBRANA
B06	PRESIÓN REGULABLE.
B07	SISTEMA DE SELECCIÓN DE FRASCO POR BOTONES O PERILLA. (OPCIONAL).
B08	CON FILTRO HIDROFÓBICO O BACTERICIDA.
B09	NIVEL MÁXIMO DE RUIDO A 1 METRO: 60 dB O MENOR
C. COMPONENTES	
PANEL DE CONTROL	
C01	INDICADOR DE PRESIÓN DE VACÍO
C02	CON BOTÓN O INTERRUPTOR DE APAGADO/ENCENDIDO
C03	PRESIÓN DE VACÍO REGULABLE.
SISTEMA DE VACÍO	
C04	RANGO DE PRESIÓN DE VACÍO: 0 A 670 mmHg O MAYOR
C05	FLUJO DE SUCCIÓN NO MENOR A 40L/min
FRASCO RECOLECTOR	
C06	DOS (02) FRASCOS CON CAPACIDAD TOTAL DE CINCO (05) LITROS O MÁS
C07	DE VIDRIO O PLASTICO (DE POLISULFONA O POLICARBONATO) TRANSPARENTE CON ESCALA DE MEDIDA INDELEBLE

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Inter
C.M.P. 13322
Jefe Departamento de Medicina

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morales
C.M.P. 13322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo López Ramos
C.M.P. 38123
DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS NAY VILLOBOGOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE: 25061
EMERGENCIA Y C.C.



1128

C08	ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE
C09	CON DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBRE FLUJO O SOBRELLENADO EN LA TAPA.
CONDUCTOS AUXILIARES	
C10	TUBOS Y CONDUCTOS DESDE BOMBA DE VACÍO HACIA FRASCOS (TRANSPARENTES).
C11	CON FILTRO HIDROFÓBICO O BACTERICIDA ENTRE FRASCO Y BOMBA DE VACÍO
D. ACCESORIOS	
PERIFÉRICOS / ADITAMENTOS	
D01	UN (01) FRASCO DE REPUESTO DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS.
D02	UN (01) PEDAL DE ACTIVACIÓN.
D03	BASE RODABLE CON FRENOS EN AL MENOS DOS RUEDAS.
INSUMOS / CONSUMIBLES	
D04	VEINTE (20) CÁNULAS DE SUCCIÓN TAMAÑO ADULTO, DESCARTABLES
D05	VEINTE (20) FILTROS HIDROFÓBICOS O BACTERICIDAS
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
F. OTROS	
F01	ENTREGA DE (01) MANUAL DE OPERACIÓN ORIGINAL EN CASTELLANO (FISICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (01) MANUAL DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FISICO Y DIGITAL).
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO
F06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
G. PLAZO DE ENTREGA	
G01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Matos Ramos
C.M.P. 39123
MÉDICO - GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELEN LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS MATOS RAMOS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23720

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 20961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.

La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico y documental doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Lita Ríos
C.R.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. [Firma]
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS ANTONIO ALBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP: 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C C

derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplaza el equipo con otro de similares características.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 38123
GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VIAL ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. OIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP. 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.O.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función de las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.

Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morales
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25561
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

- a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
- a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.

Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCIDENTE - BELÉN

Méd. Luis Ríos
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Ramos
C.M.P. 35123
JEFE OPTO - OMECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN MALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. OIR. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCIDENTE - BELÉN

Med. Edison Valdez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y C

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCIDENTE - BELÉN

Med. Mario Fernando Nieto
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE

- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.

Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morán
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Antonio Lopez Ramos
C.M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MARTIN ALBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y C.C.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

Empresa Natural o Jurídica.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD BELEN
Méd. Luis Ríos Morales
C.M.P. 15342
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Roberto Rojas
C.M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS ROBERTO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Méd. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

- Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Blas Martínez
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
FONO. 053 TETRICIA

CARLOS WALTER ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
CMP. 41400 RNE. 25951
FONO. 053 TETRICIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Mario Ferrer
C.M.P. 39123
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pío Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS ANTONIO TALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 R.N. 25961

- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- Para plazos mayores a sesenta (60) días: $F=0.25$

Para bienes, servicios en general y consultorías: $F=0.25$

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Paul Lopez Ramos
C.M.P. 35123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL ALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y C.C.

b.2) Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedida por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro López Ramos
C.M.P. 38123
GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLAGOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23721

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Marañón
CMP 41400 RNE 25561
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.



1117

A	CAPACIDAD LEGAL	
A.1	REPRESENTACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edinson Vasquez Barahona
C.M.P. 153123
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
GINECOLOGIA

CARLOS TAN VILLALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edinson Vasquez Barahona
C.M.P. 153123
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C



1116

		<p>Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: Equipos Médicos de Soporte de vida en General.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 20112
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pablo Raúl López Ramos
C.M.P. 20123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 2072

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41490 RNE: 25061
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Morante
C.M.P. 10110
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



1115

ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 19312
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mar
C.M.P. N° 19350
JEFE DEPARTAMENTO DE

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl Lopez Ramos
C.M.P. 59123
JEFE DPTO. - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. OIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>
--	--

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Ramos
CIP 19829
JEFE DPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Med. Edison Vazquez Barahona
CMP: 41400 RNE 25951
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
.....
Med. Luis Ríos Morante
CIP 19829
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
.....
Med. Mario Fernando Soto Aburto
CMP 1119462
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 35912
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Edison Sánchez Barahona
CMP: 41400 RNE: 25971
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Raúl Raúl López Ramos
M.P. 39143
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS RAFAEL ALBOS ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237281

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializado en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada, El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Ferrer
C.M.P. 39123
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15312
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Dr. Carlos Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS RAÚL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Viquez Barahona
CMP- 41400 RNE- 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
 - 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
 - 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
 - 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
 - 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
 - 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.
- De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de la conformidad:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

[Firma]
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 14772
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

[Firma]
Med. Martín Pechayá
C.M.P. 14772
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

[Firma]
Dr. Pedro Luis López Ramos
C.M.P. 09123
JEFE DEPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS YAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

[Firma]
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Edwin Ramos
C.M.P. 35023
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VILLALBA ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 163/2
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario F. ...
C.M.P. ...
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Murillo
JEFE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Daniel López Ramos
JEFE OPTICO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS NANCY ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edisson Viquez Parahona
CMP: 41400 RNE: 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15372
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Carlos Manuel Vela Ramos
C.M.P. 15372
JEFE DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL VELA RAMOS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 R.N.E. 25501
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario F. ...
C.M.P. ...
JEFE DEPARTAMENTO DE ...

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practico dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usuariar
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16572
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro José Ramos
C.M.P. 9123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS NARVILLAS ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

24

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 1672
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Ríos López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CAREOS YAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 267261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Rosquez Huahua
C.M.P. 41400 RNE 13951
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Mario Romo
C.M.P. 11111
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y C.C.

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo		Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)				Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.				
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento.				
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.				
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.				
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.				
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.				
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.				
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.				
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.				
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.				
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.				
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.				
TOTAL DE HORA					

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Firma y sello del responsable del Área Técnica del Hospital

Firma y sello del Instructor del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD BELEN LAMBAYEQUE
Med. Lilia Ríos Murante
C.M.P. 16116
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Paulo Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Fernando Matro Abu
C.M.P. 16116
JEFE DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Luis Rivas Motapán
C.M.P. 18112
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

V. B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 24423
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Mario Fierro
C.M.P. 18112
JEFE DEPARTAMENTO DE CLASE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 H.N.E. 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y 27

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Luis Pío Morante
C.M.P. 162/2
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Luis López Ramos
C.M.P. 39/23
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP: 41400 RNE 20961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abur
C.M.P. N° 15462
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

Nº	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Marante
C.M.P. 1672
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Vº Bº del Vº Bº del Área de
mantenimiento del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Edison Vasquez Ramos
C.M.P. 41100
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS VASQUEZ ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41100 R.N.E. 25954
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
.....
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN DEL ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C



FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTATE BELEN
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Rios Morante
C.M.P. 17322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DEPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VENTURA ALBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Maria
C.M.P. 11
JEFE DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25 61
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Blas Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Poma
C.M.P. 14114
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN DE 02 CANALES – ÍTEM 05 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN DE 02 CANALES – ÍTEM 05 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con Bombas de infusión de dos canales, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-I, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva en los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN DE 02 CANALES – ÍTEM 05 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para la infusión de medicamentos como aporte al tratamiento en los procedimientos médicos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAR VILLENAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Blas Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1065

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BOMBAS DE INFUSIÓN DE DOS CANALES.	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DE INFUSIÓN DISEÑADO PARA SUMINISTRAR GRANDES Y/O PEQUEÑOS VOLÚMENES DE FLUIDOS DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS MEDIANTE UNA JERINGA CON ALTO GRADO DE EXACTITUD EN CUANTO VOLUMEN Y TIEMPO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	COMPACTO Y PORTÁTIL, CON PESO MENOR A 2 KG.
B02	DE DOS (02) CANALES O SISTEMA MODULAR.
B03	MODO DE OPERACIÓN CONTINUO
B04	SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LIBRE FLUJO (ANTI FLUJO LIBRE) O PROTECCIÓN DE INFILTRACIÓN.
B05	SISTEMA DE PURGA AUTOMÁTICO Y/O MANUAL
B06	PROGRAMACIÓN DE BOLOS, MANUAL, SEMIAUTOMÁTICO Y AUTOMÁTICO.
B07	PUERTOS DE TRANSMISIÓN DE DATOS USB O INALÁMBRICO.
B08	LIBRERÍA O LISTADO DE MEDICAMENTOS CON RANGOS DE PESOS Y LIMITE DE DOSIS CON 300 REGISTROS COMO MÍNIMO (CON CAPACIDAD PARA ALMACENAR AL MENOS 5000 FÁRMACOS, GRABAR Y REGISTRAR HASTA 2.000 O MAS EVENTOS HISTÓRICOS SEGÚN SOLICITUD Y NECESIDAD DE USUARIOS)
B09	SISTEMA DE REDUCCIÓN DE ERROR DE DOSIS.
B10	PANTALLA DIGITAL A COLOR DE TIPO LCD (IPS O TFT O LED) U OLED.
B11	VISUALIZACIÓN DIGITAL DE PARÁMETROS PROGRAMADOS COMO FLUJO, VOLUMEN, TIEMPO COMO MÍNIMO, EN IDIOMA ESPAÑOL.
B12	CON SISTEMA DE BLOQUEO DE PANTALLA Y AJUSTE DE BRILLO DE PANTALLA.
B13	MODO DE ESPERA (STAND-BY) O PAUSA
B14	INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA
B15	PURGA MANUAL Y AUTOMÁTICA
PARÁMETROS DE OPERACIÓN Y/O MEDICIÓN	
B16	FLUJO DE INFUSIÓN DE 0.1 mL/H O MENOS A 999 mL/H O MAS.
B17	EXACTITUD $\pm 3\%$ O MENOR
B18	VOLUMEN DE INFUSIÓN EN EL RANGO DE 0.1 mL A 9999 mL O MÁS AMPLIO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
C.M.P. 18123
1595 DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VIAN Y LOS RIOS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 26724-1

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 18322
1595 DPTO. DE MEDICINA



1064

B19	TIEMPO DE INFUSIÓN MÁXIMO DE 99:59:59 O MÁS.
B20	KVO DE 0.1 mL/H O MENOS A 3.0 mL/H O MÁS.
B21	VELOCIDAD DE PURGA 0,1 A 1200 ML/H O MAS.
ALARMAS	
B22	DE DETECCIÓN DE OCLUSIÓN EN LA LÍNEA
B23	DE INFUSIÓN COMPLETA O TERMINADA
B24	DE BATERÍA BAJA O SIN BATERÍA.
B25	DE MALFUNCIONAMIENTO O FALLA DEL EQUIPO
B26	SIN ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA, SIN SENSOR DE GOTEO, BURBUJA DE AIRE EN LA LÍNEA Y SOBRE FLUJO.
B27	SILENCIADOR DE ALARMAS
C. ACCESORIOS	
C01	UN (01) POSTE O PEDESTAL RODABLE PARA EL EQUIPO
C02	UN (01) GANCHO O DISPOSITIVO PARA MONTAJE EN PEDESTAL
C03	VEINTE (40) SETS DE INFUSIÓN INTRAVENOSO ADULTO.
C04	MANIJA O ASA PARA EL TRANSPORTE DE LA BOMBA.
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE, ENCHUFE Y TOLERANCIA SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD.
D02	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADAS CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE SEIS (06) HORAS.
OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL)
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) EL CUAL CONTENGA NUMERO DE PARTES DE ACCESORIOS, DIAGRAMA DE BLOQUES Y DIAGRAMA DE LOS CIRCUITOS.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO
E06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *[Firma]*
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS WILLY VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

3
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Rios Morante
C.P. 18322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ríos Morante Ramos
C.M.P. 16322
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS TRUJILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DECENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo Gómez Ramos
C.A. 3923
ATTE OPTO. GUSTAVO SUBTETRICIA

CARLOS MARCELO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

1061

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

[illegible]

CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE

[Handwritten signature]

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1060

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo López Ramos
C.M.P. 29123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1059

los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.

- g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ríos López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS HUAN VILLACABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL BELEN LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ramos
JEFE DEPARTAMENTO GINECO OBSTETRICIA

CARLOS IVARRA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1057

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. [Firma]
S.N. 15322
JEFE OPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. [Firma]
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
.....
Dra. Y. C. T. Ramos
C.M.P. 1412
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

.....
CARLOS IVAN VILLALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN"
LAMBAYEQUE
.....
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

Fx plazo en días

Donde F tiene los siguientes valores:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. P. P. Ramos
C.M.P. 19123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 19322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1054

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras: $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ruiz Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VALCABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DECENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1053

Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL	
A.1	REPRESENTACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
D^a Prá. y Cir. López Ramos
C.M.P. 39173
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237291

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1052

		<p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Equipos de soporte de vida en general.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ríos López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVÁN VILLACABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DESCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1051

	<p>contrataciones independientes, en cuyo caso sólo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del</p>
--	--

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Víctor Manuel Ramos
C.M.P. 15123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DONTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Lgt. Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1050

		<p>contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
D.T. [Signature] Ramos
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN DE ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Blas Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Firma y sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS NAY VILLACOROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro R. López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS NAYIB ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Mod. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Rimos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 03

Datos del Contratista	Nº contrato	Nº O/C	Fecha de recepción

[illegible]

GOBIERNO REGIONAL DE LA AMBA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LA AMBA
Dr. PEDRO RAMÍREZ RAMOS
C. M. 39123
JEFE DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS NAVILLABOS ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR "BELEN"
LAMBAYEQUE

[Signature]

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 11382

JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado - Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ramos
JEFE DEPT. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

CARLOS IVAN VIALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCT. BELEN LAMBAYEQUE
Méd. Luis Rios Morante
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Rosa López Ramos
19121
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 14422
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usuaría
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *[Firma]*
C.M.P. 24123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS NAYAN LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Med. Luis Blas Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



1042

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOLENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Rios Morante
C.M.P. 10022
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
D. P. R. L. R. Ramos
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLAROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. P. Ruiz López Ramos
C.M.S. 39123
JEFE OPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE BELEN
LAMBAYEQUE 26
Méd. Luis Rios Morante
C.M.S. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Medico Raul Lopez Ramos
C.M. 7 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M. 7 10122
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl Ramos
C.M.P. 3177
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE CHICLA "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro R. M. López Ramos
C.E.P. 39123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Blas Morante
C.E.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Ramos
JEFE DEPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS RAMOS VILLALBA
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Blas Morante
C.O.P. 122
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *[Firma]* Ramos
C.O.P. 15322
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE ENFERMERIA "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Rios Morante
C.O.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N° Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Raúl López Ramos
C.O.P. 123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL VILLALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
.....
Med. Luis Rios Morante
C.O.P. 123
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL – ÍTEM 06 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL – ÍTEM 06 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con bomba de infusión pediátrica, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL – ÍTEM 06 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar el equipo para el correcto suministro de medicamentos en dosis y tiempo adecuados.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE-33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DE INFUSIÓN DISEÑADO PARA SUMINISTRAR PEQUEÑOS VOLUMENES DE FLUIDOS DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS MEDIANTE UNA JERINGA CON ALTO GRADO DE EXACTITUD EN CUANTO VOLUMEN Y TIEMPO CUENTA CON UN PANEL DE CONTROL PARA VISUALIZAR Y PROGRAMAR PARÁMETROS, BATERÍAS RECARGABLES Y SISTEMA DE ALARMAS.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	EQUIPO PORTÁTIL, CON PESO MENOR A 5 KG.
B02	DE DOS CANALES DE INFUSIÓN O SISTEMA MODULAR
B03	PROGRAMACIÓN Y MONITOREO DIGITAL CONTROLADO POR MICROCONTROLADOR, MECANISMO DE BOMBEO PERISTÁLTICO O VOLUMÉTRICO O SISTEMA ALTERNO (CONDICIONADO A LA NECESIDAD DEL USUARIO).
B04	VISUALIZACIÓN DIGITAL DE PARÁMETROS PROGRAMADOS Y MONITOREADOS (VOLUMEN DE INFUSIÓN, FLUJO DE INFUSIÓN)
B05	VOLUMEN REGULABLE Y OPCION DE SILENCIO DE ALARMAS
B06	USO DE LINEAS INTRAVENOSAS DE LA MARCA DEL EQUIPO U OTRAS MARCAS
B07	SISTEMA MODULABLE (APILABLE HORIZONTAL) O INTEGRADO
B08	SISTEMA DE DETECCIÓN DE BURBUJAS DE AIRE
B09	SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LIBRE FLUJO (ANTIFLUJO LIBRE)
B10	CON SENSOR O CÁMARA DE GOTEO
B11	SISTEMA DE PURGA MANUAL Y/O AUTOMÁTICO
B12	PROGRAMACIÓN DE BOLOS
B13	SISTEMA ELECTRÓNICO DE PROTECCIÓN DE FLUJO LIBRE
B14	PUERTOS DE TRANSMISIÓN DE DATOS (USB COMO MÍNIMO).
B15	SISTEMA ELECTRÓNICO DE CIERRE DE EMBOLO
B16	LIBRERÍA O LISTADO DE MEDICAMENTOS CON RANGOS DE PESOS Y LIMITE DE DOSIS CON 300 REGISTROS COMO MÍNIMO (CON CAPACIDAD DE INCLUIR O MODIFICAR MEDICAMENTOS SEGÚN SOLICITUD Y NECESIDAD DE USUARIOS)
B17	SISTEMA DE REDUCCIÓN DE ERROR DE DOSIS
B18	MEMORIA DE ALMACENAMIENTO DE EVENTOS CON 1000 REGISTROS COMO MÍNIMO.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE SERVICIO PEDIATRIA



B19	PERMITE LA CONFIGURACIÓN CONVENIENTE DEL RANGO DE FLUJO: CONFIGURACIÓN MICRO, MODO DE DOPAJE, MODO DE CONFIGURACIÓN DE TIEMPO, MODO DE CONFIGURACIÓN GTT (GOTEO/MIN.)
PANEL DE CONTROL	
B20	PANTALLA DIGITAL DE TIPO LCD (IPS O TFT O LED) U OLED
B21	TECLADO: DIGITAL CON RETRO ILUMINACIÓN O MEJOR TIPO DE ILUMINACIÓN DE TECLADO.
B22	VISUALIZACIÓN DE PARÁMETROS PROGRAMADOS COMO FLUJO, VOLUMEN Y TIEMPO COMO MÍNIMO, EN IDIOMA ESPAÑOL.
B23	BLOQUEO DE PANEL DE CONTROL.
B24	MODO DE ESPERA (STAND-BY) O PAUSA (PROGRAMABLE).
B25	AJUSTE DE BRILLO DE PANTALLA
B26	INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA.
B27	AJUSTE DE VOLUMEN DE ALARMA.
PARÁMETROS DE MEDICIÓN	
B28	VOLUMEN DE INFUSIÓN MÁXIMO DE 500 ML Ó MAS
B29	FLUJO DE INFUSIÓN DE 0.5 ML/H Ó MENOS A 999 ML/H Ó MAS
B30	KVO DE 0.1 A 2 ML/HR O RANGO MÁS AMPLIO
B31	EXACTITUD DEL FLUJO $\pm 5\%$ O MENOR.
ALARMAS AUDIOVISUALES	
B35	DE DETECCIÓN DE OCLUSIÓN EN LA LÍNEA Y EL PACIENTE
B36	DE AIRE EN LA LÍNEA
B37	DE INFUSIÓN COMPLETA O TERMINADA
B38	DE LÍNEA MAL INSTALADA O FALLA AL INICIO DE INFUSIÓN O DEFECTO DE PUERTA.
B39	DE BATERÍA BAJA.
B40	DE MAL FUNCIONAMIENTO O FALLA DEL EQUIPO.
B41	ERROR DE FLUJO
B42	ALARMAS PARA MÚLTIPLES PRESIONES EN NIVELES MENORES O IGUALES A 18 PSI
B43	OPCIÓN DE SILENCIAR ALARMAS.
C. ACCESORIOS	
PERIFÉRICOS/ADITAMENTOS	
C01	UN (01) GANCHO O DISPOSITIVO PARA MONTAJE EN PEDESTAL.
C02	UN (01) POSTE O PEDESTAL RODABLE Y ESTABLE (CONDICIONAMIENTO A LA NECESIDAD DEL USUARIO)

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE PTO. PEDIATRIA

C03	ABRAZADERA DEL SOPORTE DE INFUSIÓN
CONSUMIBLES	
C04	CUARENTA (40) SETS DE INFUSIÓN INTRAVENOSA PEDIÁTRICA
C05	CUARENTA (40) SETS DE INFUSIÓN INTRAVENOSO NEONATAL.
C06	SENSOR DE GOTEÓ
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
D02	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADAS CON AUTONOMIA MÍNIMA DE TRES (03) HORAS.
E. OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
E03	ENTREGA DE DOS (02) VIDEOS DE CAPACITACIÓN, (01) PARA EL PERSONAL USUARIO Y (01) PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
E04	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E05	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E06	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
E07	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO. PEDIATRIA



funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el tránsito y almacenaje con el

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE. 33984
JEFE DE DIV. DE ATENCION

debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

CARLOS IVAN VALCABO ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

Dra. ANITA
C.M.P. 10014 7
JEFE DE DPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

1028



b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

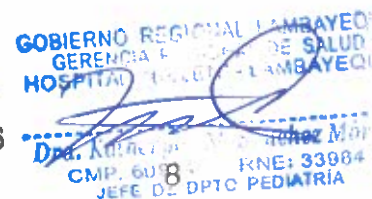
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katerine V. Sanchez Morán
CMP. 6098 RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

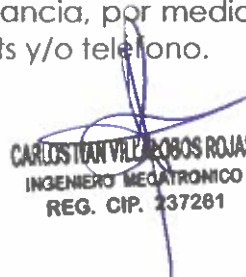
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

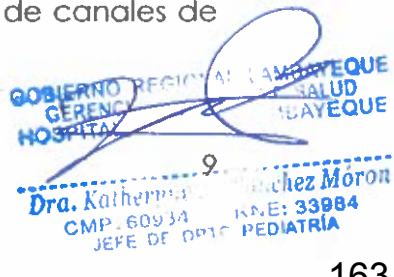
MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.


CARLOS TAN VELA ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine
CMP. 60934
JEFE DE OPT. PEDIATRIA
RNE: 33984
RNE: 33984



Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.


 CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dra. Karla MORALES
 CMP. 68000
 JEFE DE DTO. PEDIATRIA
 10 de Mayo 2018

- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL
Dra. Kathia Moron
CMF 66934 RNE 3984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
 DISTRITO : LAMBAYEQUE.
 DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.


 CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281
 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
 Dra. Kathia
 CMP. 60974 RNE: 33984
 JEFE DE DPTO PEDIATRÍA
 12



- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesoría: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - Para obras, F: 0.15

CARLOSTHAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. F. [Firma]
13/08/2024
CMT. DE SALUD DE UNO LAMBAYEQUE



6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

CARLOS VAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morán
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33584
JEFE DE OPTO PEDIATRIA



7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	<p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Rutheryn G. ...
CMP. 60934 - DPTO. ...
JEFE DE DPTO. ...



		<p>Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	--

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>

CARLOS RIVERA VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
16
DIRECCION DE GESTION DE SERVICIOS
REG. 33984
2019-04-01 DPTO PEDIATRIA

	<p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y</p>
--	---

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Karla J. Sanchez Moron
C.M. - G.O. - RNE: 33984
JEFE DEL DPTO PEDIATRIA

	presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


CARLOS IVÁN VALALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		Nº FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
19
Dr. Katherine M. VILLALBA
CMP. 60054 - RNE. 33084
JEFE DE DTO. PEDIATRIA

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS IVAN DEL ALBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIR. 2372-1

20

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

21

CARLOS WAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

M. SANTANA
RINI
DPTO PE

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN PABLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS NAWA ALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. *[Firma]* Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS VAN VLENOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 • RNE: 33964
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "Belen" LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL
Dra. Katherine
CMP. 60934
JEFE DE OFICINA

27

FORMATO N° 09

**Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento**

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33928
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 10


Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Maron
 CMP. 60934 - RNEC 53864
 JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Bta. KATHLEEN J. ...
CMP. 60934 - 30 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS WILLY ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "F. B. B." - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine Noron
CMP. 60951
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Mórco
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS IVAN DELA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60014 RNE: 33984
JEFE DE DTO. PEDAGOGICA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TIPO JERINGA – ÍTEM 07 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TIPO JERINGA – ÍTEM 07 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con bomba de infusión tipo jeringa, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TIPO JERINGA – ÍTEM 07 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para la infusión de medicamentos como aporte al tratamiento en los procedimientos médicos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO DE LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Ing. Katherine M. Sánchez Morón
CUI: 40904 - RNE: 33984
Jefe de DPTO PEDIATRÍA

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DE INFUSIÓN DE UN CANAL DISEÑADO PARA SUMINISTRAR GRANDES Y/O PEQUEÑOS VOLÚMENES DE FLUIDOS, HEMODERIVADOS, MEDICAMENTOS, NUTRICIONES PARENTALES E INFUSIONES EN MACRODOSIS Y MICRODOSIS, TÍPICAMENTE POR VÍA INTRAVENOSA, EPIDURAL, ARTERIAL Y/O SUBCUTÁNEA A TASA DE FLUJO Y TIEMPO DETERMINADO: CUENTA CON BATERÍA INCORPORADAS Y SISTEMA DE ALARMAS.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	EQUIPO PORTÁTIL, CON PESO MENOR A 2KG.
B02	CON UN CANAL DE INFUSIÓN.
B03	BOMBEO PERISTÁLTICO O VOLUMÉTRICO O SISTEMA ALTERNO (CONDICIONADO A LA NECESIDAD DEL USUARIO).
B04	SISTEMA DE DETECCIÓN DE BURBUJAS DE AIRE.
B05	SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LIBRE FLUJO (ANTI FLUJO LIBRE).
B06	CON SENSOR O CÁMARA DE GOTEO.
B07	SISTEMA ELECTRÓNICO DE CIERRE DE EMBOLO
B08	SISTEMA DE PURGA MANUAL Y/O AUTOMÁTICO.
B09	PROGRAMABLES HASTA APROX. 1800 ML/HR
B10	PUERTOS DE TRANSMISIÓN DE DATOS (USB O INALÁMBRICO COMO MÍNIMO) LIBRERÍA O LISTADO DE MEDICAMENTOS CON RANGOS DE PESOS Y LÍMITES DE DOSIS.
B11	REGISTROS COMO MÍNIMO (CON CAPACIDAD DE INCLUIR O MODIFICAR MEDICAMENTOS SEGÚN SOLICITUD Y NECESIDADES DE USUARIOS).
B12	SISTEMA DE REDUCCIÓN DE ERROR DE DOSIS.
B13	MEMORIA DE ALMACENAMIENTO DE EVENTOS CON 1000 REGISTROS COMO MÍNIMO.
B14	POSIBILIDAD DE USO DE MÓDULO DE CONTROL DE GLUCOSA.
B15	SISTEMA MODULAR QUE PERMITE EL APILAMIENTO ENTRE SÍ DE BOMBAS CON EL USO DE UN SOLO CABLE DE ALIMENTACIÓN A RED ELÉCTRICA
B16	FUNCIÓN DE CÁLCULO DE DOSIS
B17	OPCIÓN DE PROGRAMACIÓN DE LA INFUSIÓN: MODO RAMPA Y DESCENSO GRADUAL, MODO PROGRAMA, MODO INTERMITENTE.
B18	SISTEMA ANTI-BOLUS ACCIDENTAL.

CARLOS VIANI VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



PANEL DE CONTROL	
B19	PANTALLA DIGITAL DE TIPO LCD (IPS O TFT O LED) U OLED.
B20	TECLADO: DIGITAL CON RETRO ILUMINACIÓN O MEJOR TIPO DE ILUMINACIÓN DE TECLADO O PANTALLA TOUCH.
B21	VISUALIZACIÓN DE PARÁMETROS PROGRAMADOS COMO FLUJO, VOLUMEN Y TIEMPO COMO MÍNIMO, EN IDIOMA ESPAÑOL.
B22	BLOQUEO DE PANEL DE CONTROL.
B23	MODO DE ESPERA (STAND-BY) O PAUSA (PROGRAMABLE).
B24	AJUSTE DE BRILLO DE PANTALLA.
B25	INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA.
B26	AJUSTE DE VOLUMEN DE ALARMA.
PARÁMETROS DE MEDICIÓN	
B27	VOLUMEN DE INFUSIÓN EN EL RANGO DE 0.1 ML A 9999 ML O MÁS AMPLIO EN INCREMENTOS DE 0.01 ml
B28	FLUJO DE INFUSIÓN EN EL RANGO DE 0.1 ML/H A 999.9 ML/H O MÁS AMPLIO.
B29	FLUJO MVA (MANTENIMIENTO DE VENA ABIERTA) O KVO EN EL RANGO DE 0.1 ML/H A 3 ML/H O MÁS AMPLIO.
B30	EXACTITUD DE FLUJO $\pm 2\%$ O MENOR.
ALARMAS AUDIOVISUALES	
B31	DE DETECCIÓN DE OCLUSIÓN EN LA LÍNEA Y EL PACIENTE, PROGRAMABLE EN APROX. 9 NIVELES.
B32	DE AIRE EN LA LÍNEA.
B33	DE INFUSIÓN COMPLETA O TERMINADA.
B34	DE LÍNEA MAL INSTALADA O FALLA AL INICIO DE INFUSIÓN O DEFECTO DE PUERTA.
B35	DE BATERÍA BAJA.
B36	DE MAL FUNCIONAMIENTO O FALLA DEL EQUIPO.
B37	VOLUMEN TOTAL PROGRAMADO FINALIZADO.
B38	JERINGA VACÍA.
B39	VOLUMEN PROGRAMADO CASI AL FINAL.
C. ACCESORIOS	
PERIFÉRICOS/ADITAMENTOS	
C01	GANCHO O DISPOSITIVO PARA MONTAJE EN PEDESTAL.
C02	POSTE O PEDESTAL RODABLE Y ESTABLE (CONDICIONAMIENTO A LA NECESIDAD DEL USUARIO)
C03	SISTEMA DE APILAMIENTO DE BOMBAS O MEJOR

CARLOS IVÁN YILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katheryne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

INSUMOS/CONSUMIBLES	
C04	CINCUENTA (50) SETS DE INFUSIÓN INTRAVENOSA.
C05	INSUMOS: DOSCIENTOS (200) SET DE JERINGA PERFUSORA + LÍNEA DE EXTENSIÓN (JERINGA 5 ML. + LÍNEA DE EXTENSIÓN 150 CC; JERINGA 10 ML. + LÍNEA DE EXTENSIÓN 150 CC; JERINGA 20 ML. + LÍNEA DE EXTENSIÓN 150 CC, Y JERINGA 50 ML. + LÍNEA DE EXTENSIÓN OPACA).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
D02	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADAS CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 06 HORAS.
E. OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
E03	ENTREGA DE DOS (02) VIDEOS DE CAPACITACIÓN, (01) PARA EL PERSONAL USUARIO Y (01) PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
E04	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E05	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E06	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
E07	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones

CARLOS ANTONIO VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

CARLOS HERNANDEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dr. Katherine M. Caceres Moron
CMP. 60934 - RNEL 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

EL CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.

CARLOS HUAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherinne M. Sánchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
- a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:

CARLOS IVAN VILLACOROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

CARLOS IVAN VILLACABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Kathyryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Kathyryne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - b.2) Para obras, F: 0.15


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
13
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	REPRESENTACIÓN <u>Requisitos:</u>

CARLOS MAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Miro
CMP. 60934 - RNE: 339
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



		<ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VILLASBOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Márquez
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



		corresponda. Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.
--	--	--

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Equipos de soporte de vida en general.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades</p>

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

	<p>correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

CARLOS IVAN VIEIRA ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

CARLOS HERNÁNDEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE


Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	


En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

Firma y sello Representante legal del
Contratista

19


CARLOS IVAN VILCA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Latheryne M. Sánchez Morán
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katheryne M. Sánchez Móron

CMP. 60934 - RNE. 33984

JEFE DE OPTO PEDIATRÍA

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS WILLY LOBOS ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Paredes Mórón
CMP. 60934 - C.O.P. 33884
JEFE DE DP10 PEDIATRÍA

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VALCABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23721

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILA ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
CMP. 80934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS NAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372-1

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Móron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katheryne M. Sánchez Alón
CMP. 60934 - RNE: 33904
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES

1. **ÁREA USUARIA**
DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO-SERVICIO DE LABORATORIO DEL HOSPITAL
BELÉN LAMBAYEQUE.

2. **OBJETO DE LA CONTRATACIÓN**
ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL DEPARTAMENTO DE AYUDA AL
DIAGNÓSTICO, SERVICIO DE LABORATORIO; EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA
LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE

3. **FINALIDAD PÚBLICA**
Mejorar el servicio de salud y atención mejorando el diagnostico de diferentes patologías y además se
realizan estudios para establecer el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente, al igual que
el seguimiento del mismo, atendiendo a pacientes referenciados de otras unidades de salud y de la
población en general. Reducir la mortalidad por emergencias y urgencias médicas referentes, como
parte de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

Efectuar la Reposición y/o optimización de nuevo equipamiento en el marco de la IOARR, para el
establecimiento de salud de la jurisdicción, con la finalidad de garantizar las condiciones óptimas para
asistencia de pacientes en estado crítico y pacientes con posibles indicios de COVID-19, que pongan
en riesgo su vida.

4. **ANTECEDENTES**
El Hospital Belén de Lambayeque es un establecimiento de salud de nivel II-1 que constituye centro de
referencia de los Puestos y Centros de Salud de los doce (12) distritos de la Provincia de Lambayeque
y que luego de las atenciones pertinentes en las especialidades médicas con que cuenta, referencia
pacientes en estado crítico a establecimientos de salud de mayor capacidad de resolución, tanto de la
Región Lambayeque como de la Capital de la República, a fin de que reciban tratamiento especializado
y definitivo.

Los pacientes del Establecimiento de Salud de acuerdo a los tratamientos que han requerido las
diferentes especialidades médicas, necesitan ser atendidos en óptimas condiciones de atención
médica, para que los personales asistenciales puedan realizar la expulsión de secreciones del tracto
respiratorio de los pacientes y población en general.

El Hospital Belén Lambayeque cuenta con equipos que ya cumplieron su vida útil, presentando
constantes fallas técnicas, que no cumplen con los objetivos de atenciones mensuales a los pacientes
que requieren ser atendidas por el equipo, dicha situación genera brecha de atención en pacientes que
tienen que ser atendidos, por lo cual mediante las Inversiones de Optimización, Ampliación Marginal,
Reposición y Rehabilitación (IOARR) se prioriza la adquisición de EQUIPOS BIOMÉDICOS.

5. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CONTRATACIÓN**
Contar con EQUIPOS BIOMÉDICOS. para a través de ellos se pueda realizar el servicio de salud y
atención para lograr diagnosticar diferentes patologías y además se realizan estudios para establecer el
tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente, al igual que el seguimiento del mismo;
atendiendo además a pacientes referenciados de otras unidades de salud y de la población en general;
Reduciendo la mortalidad por emergencias y urgencias médicas referentes a la mujer, como parte de la
Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, con síntomas de COVID-19 que lleguen a ser
atendidos en las instalaciones del Hospital Belén de Lambayeque
- Contar con equipos con tecnología de vanguardia para brindar atención de calidad a los pacientes
en el menor tiempo posible, en el Hospital Belén Lambayeque.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Euclides Bazalla Vega
TECNÓLOGO MÉDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

6. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR

6.1. DESCRIPCIÓN Y CANTIDAD DE BIENES

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
ITEM 01	Cabina de seguridad Biológica Clase II	UNIDAD	02

6.2. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

➤ ANEXO 01: Especificaciones Técnicas Cabina de seguridad Biológica Clase II

6.3. REQUISITOS SEGÚN LEYES, REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS, REGLAMENTOS Y DEMÁS NORMAS

- Copia simple (Vigente y Legible) del registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor o de terceros, que describa el producto ofertado. En caso que el producto no se encuentre en el Listado de Productos de la Clasificación de Insumos, Instrumental y Equipo de uso Médico, Quirúrgico u Odontológico, contenida en el Decreto Supremo 016-2011-SA, el postor deberá presentar copia simple de la Certificación de DIGEMID realizada a través de la web, que sustente que no requiere de registro sanitario y donde se describa al producto o dispositivo con una denominación que no debe inducir a error en cuanto a la composición, indicaciones o propiedades que posee el producto o dispositivo, tanto sobre sí mismo como respecto de otros productos o dispositivos. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento verificara la vigencia a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.
- Copia simple (Vigente y Legible) del Certificado de Buenas Practica de Almacenamiento (CBPA)
- Copia simple (Vigente y Legible) del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o ISO 13485 o CE.
- Copia simple u original (Vigente y Legible) de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochures u otro documento del fabricante de la marca y modelo en Idioma Español o con su respectivo Traducción.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: todos los ITEM solicitados en las presentes EETT del equipo a adquirir.

6.4. CONDICIONES GENERALES DE OPERACIÓN

Los equipos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso), fabricados con materiales y partes originales, totalmente ensamblados en fabrica y con perfecto estado de conservación; cumpliendo con las especificaciones técnicas proporcionadas por la Entidad. Los bienes propuestos no serán prototipos ni será repotenciadas.

- La fabricación de los bienes deberá tener no mayor a un (01) año a la presentación de la oferta del equipo.
- El proveedor deberá dejar correctamente instalado y operativo el equipo.

6.5. EMBALAJE Y ROTULADO

Para la entrega de los bienes, el Contratista deberá embalar con los materiales más adecuados para protegerlos durante el tránsito y con todo el debido cuidado y de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo con el tipo y las cantidades de las mercancías.

Los bienes serán embalados y marcados de una manera apropiada de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable o por los transportadores y los fabricantes de las mercancías.

Durante el tránsito, el embalaje deberá ser suficiente para soportar, sin limitaciones, el manejo brusco y la exposición a temperaturas extremas, precipitaciones y almacenaje al aire libre.

El Contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

El contratista deberá colocar en el equipo una placa metálica u otro material recomendado que no dañe al equipo, tamaño recomendado en A7, donde irá grabado en bajo relieve de acuerdo a la siguiente imagen:

UNIDAD O SERVICIO:	_____
TIPO DE PROCESO:	_____
CONTRATO (U ORDEN) N°:	_____
NOMBRE DEL BIEN:	_____
RAZÓN SOCIAL:	_____
TELÉFONO:	_____
FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA (DÍA, MES, AÑO):	_____
TIEMPO DE GARANTÍA (EN MESES):	_____

La placa deberá estar fijada o adosada de manera firme en un lugar visible, sin obstruir las inscripciones, indicaciones, u otros similares que tenga el bien. Se solicitará solo para los bienes, no se aplican en instrumentales, accesorios y dispositivos.

6.6. **SISTEMA DE CONTRATACIÓN**

Suma Alzada.

6.7. **MODALIDAD DE EJECUCIÓN**

Llave en mano, el contratista deberá instalar el equipo y entregarlo funcionando.

6.8. **TRANSPORTE**

El Contratista será responsable de realizar todos los arreglos para el transporte y para el pago de los costos de la carga y del seguro para el envío y la entrega del equipo.

El Contratista se asegurará de que la Entidad reciba todos los documentos de transporte necesarios de manera oportuna para permitir a la Entidad recepcionar la entrega de los bienes de acuerdo con los requisitos del contrato.

6.9. **SEGUROS**

Es responsabilidad del Contratista contratar un seguro "contra todo riesgo" que cubra cualquier siniestro durante el transporte hasta el destino final, las pruebas técnicas, así como durante la instalación y puesta en marcha del equipo.

6.10. **GARANTÍA COMERCIAL**

- Garantía de tres (03) años, contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, en las condiciones imperantes en el Hospital Belén Lambayeque, iniciándose a partir de la firma del acta de conformidad.
- Carta de compromiso de suministro e instalación de repuestos "nuevos y originales" sin costo adicional durante el periodo de garantía que requieran ser reemplazados por desgaste y/o desperfectos de fábrica para restablecer el buen funcionamiento del equipo.
- El postor se compromete en el caso de que el equipo falle durante el periodo de garantía por defecto de fábrica a proceder con el cambio del equipo por uno completamente nuevo en un plazo no mayor al determinado como plazo de entrega del equipo ofertado.
- El postor entregará un documento **emitido por el fabricante** donde especifique la **fecha** de fabricación del equipo de acuerdo a su correspondiente número de serie, la misma que debe ser menor a un año contado a partir de la fecha de la oferta.
- El contratista queda obligado a extender el plazo de vigencia de la garantía del equipo, cuantas veces sea necesario, por un plazo similar al que el equipo se encuentre inoperativo por causas atribuibles al contratista.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
TECNÓLOGO MÉDICO
CÓMP. 5402
H.F. DE SERVICIO DE LABORATORIO

- Es responsabilidad del contratista el correcto funcionamiento del equipo bajo su cobertura durante el periodo de garantía. Las fallas que presente el equipo por no haberse sustituido oportunamente los repuestos indicados por el fabricante en su manual de servicio técnico y en el programa de mantenimiento aprobado por un representante del hospital, será responsabilidad del contratista y serán asumidas por este, salvo que se demuestre que la inoperatividad del equipo se ha ocasionado por el usuario.
- El proveedor, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional para la entidad, se compromete a realizar la instalación y actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y periféricos de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva actualización.
- El equipo tendrá una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, en las condiciones imperantes en cada punto de destino. En caso de correcciones que plantee el fabricante por alguna deficiencia de diseño o mejora del mismo, deberá ser asumida por el contratista como parte de la garantía. Los gastos en que incurrirá el contratista correrán por su cuenta.
- El proveedor durante el periodo de garantía, sin costo alguno para la Entidad, deberá de brindar mantenimiento preventivo, proporcionando la mano de obra calificada, los fungibles, los insumos y accesorios necesarios para mantener el equipo en condiciones de operatividad conforme indique sus manuales e información técnica del fabricante.
- De presentarse algún desperfecto en el bien adquirido o por incumplimiento de las obligaciones del contratista, o imposibilidad del mismo para reponer el equipo adquirido, o por haberse encontrado una o más deficiencias en dicho bien el Hospital, podrá adquirirlo directamente con cargo al contratista.
- Durante el periodo de garantía el postor tendrá como tiempo de respuesta máximo de 06 horas para la atención de las fallas o imprevistos presentados por el equipo luego de haber sido comunicado vía teléfono, celular, correo electrónico, u otros medios.

6.11. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS
Carta de compromiso de suministro de repuestos y accesorios "nuevos y originales" durante el periodo de vida útil del equipo.

6.11.1. MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El mantenimiento del equipo con sus componentes y accesorios, será efectuado en el lugar en que se encuentren instalado (entidad) en forma coordinada con la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces, conjuntamente, con el área usuaria para su autorización y disponibilidad de los equipos; debiendo asegurar el correcto funcionamiento de los mismos.
- Entrega de procedimientos y cronograma de mantenimiento de acuerdo al manual del fabricante, aprobado por el área de mantenimiento del hospital.
- El Contratista efectuará el mantenimiento preventivo en la fecha prevista, según la frecuencia señalada en el Programa de Mantenimiento. Para la ejecución del mantenimiento preventivo tendrá las siguientes consideraciones:
- Coordinará con la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, quien a su vez coordinará con el jefe del servicio usuario, el inicio de la ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa la labor del servicio usuario.
- Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos apropiados para dichas actividades especializadas.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
TECNOLOGO MEDICO
C.M.P. 5402
JEFE DEL SERVICIO DE LABORATORIO

- Concluido el trabajo, demostrará al usuario y la Unidad de Mantenimiento, la eficiencia del mantenimiento ejecutado, solicitando al jefe del servicio usuario la conformidad en la orden de trabajo de mantenimiento.
- La conformidad del mantenimiento preventivo realizado será dada por la Unidad de Mantenimiento, o quien haga sus veces.

6.11.2. MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Es responsabilidad del Contratista, el correcto funcionamiento del equipo bajo su cobertura durante la vigencia del contrato. Las fallas que presente el equipo serán de responsabilidad del Contratista y serán asumidas por éste, salvo que demuestre que han sido ocasionados por el usuario.
- El Contratista correrá con los gastos que se ocasionen por el suministro e instalación de los repuestos "nuevos y originales" que requieran reemplazar por desgaste y/o desperfectos de fábrica para restablecer el buen funcionamiento del equipo.

PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO.

Para la reparación de los bienes con sus componentes y accesorios durante el periodo de garantía, el Contratista tendrá en consideración las siguientes condiciones:

- a. Inicialmente el Proveedor tendrá el plazo de cinco (05) días calendario contados a partir de la recepción de la notificación para la reparación del equipo en la Entidad, sin necesidad de retirarlo o reemplazarlo con otro de similares características o contratar los servicios de un tercero.
- b. Si el equipo no ha sido reparado durante el plazo inicial de cinco (05) días calendarios establecidos a partir de la notificación, a) el Proveedor tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendarios para reemplazarlo por otro equipo nuevo con las mismas o mejores características.
- c. La aplicación de la garantía en una determinada ocasión, no exime al contratista de continuar con las demás obligaciones establecidas durante el periodo total de la Garantía.
- d. La aplicación de la sanción no exime al adjudicatario de ninguna de las obligaciones establecidas para el periodo de Garantía Técnica.

6.11.3. CAPACITACIÓN

- El proveedor en un plazo máximo de **diez (10) días calendarios** de instalado el bien, deberá brindar:
 - **Capacitación al personal del servicio técnico**, para mantenimiento del equipo, donde participaran como mínimo cinco (05) personas, por un tiempo mínimo de 5 horas.
 - **Capacitación a los usuarios directos del servicio** para el manejo, operación funcional, cuidado y conservación del equipo, donde participaran como mínimo cinco (05) personas, por un tiempo mínimo de 5 horas.
- Cabe precisar que, al culminar con el total de horas de las capacitaciones, el proveedor deberá otorgar el respectivo certificado de capacitación a todo el personal asistente.
- Asimismo, el contratista deberá entregar dos (2) juegos de manuales originales a color de usuario y servicio técnico (en idioma español), en medio físico y digital; y dos (2) juegos de video (cada juego compuesto por un (1) video de capacitación de servicio técnico para mantenimiento del equipo y un (1) video de capacitación para manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo), en formato DVD como mínimo.

6.12. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

6.12.1. LUGAR

Los bienes objeto de la contratación se entregarán en el Almacén General del Hospital Belén Lambayeque sito en Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque.

6.12.2. PLAZO DE ENTREGA

El plazo de entrega e instalación 30 días calendarios para la entrega e instalación y puesta en funcionamiento, el mismo que se computa desde el día siguiente de la suscripción del contrato y/o notificación de la orden de compra.

7. REQUISITOS Y RECURSOS DEL PROVEEDOR

7.1. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con RNP vigente.
- Contar con RUC vigente (habido y activo) en la actividad económica correspondiente a la naturaleza de la contratación.

7.2. RECURSOS A SER PROVISTOS POR EL PROVEEDOR

- Materiales, accesorios y equipos necesarios para la instalación y puesta en marcha del equipo en el Servicio de Emergencia.
- Personal especializado para la instalación del equipo, 01 (un) Ingeniero Electrónico o Biomédico ó Ing. electromecánico ó Ing. mecánico eléctrico con experiencia mínima de 03 años en mantenimiento y reparación de equipos biomédicos y/o electromecánicos.

8. OTRAS OBLIGACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

8.1 Otras Obligaciones del Contratista

- Los postores y/o participantes podrán realizar una visita técnica (**opcional**) al ambiente designado por la Entidad, con la finalidad de evaluar en caso del equipo materia del presente proceso de adquisición requieran condiciones de preinstalación e instalación para su correcta instalación y operatividad del bien. Este requisito no condiciona la presentación de ofertas.
- El postor asumirá los costos que demanden los trabajos y materiales que requiera para la instalación e implementación y/o adecuación del ambiente designado por la Entidad; y otros trabajos adicionales relacionados al respecto, deberán estar incluidos en la valorización del bien ofertado.
- Durante la etapa de ejecución contractual, es de exclusiva responsabilidad del adjudicado que fuese favorecido con la buena pro, entregar correctamente instalados, operativos y en perfecto estado de funcionamiento del bien ofertado.
- El postor deberá coordinar con el área usuaria y la unidad de equipos biomédicos para realizar la instalación del equipo.

8.2 Otras Obligaciones de la Entidad

La entidad y el área usuaria brindarán las facilidades para el ingreso e instalación del equipo.

9. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

9.1. CONFORMIDAD DEL BIEN

1.1.1 Área que Recepcionará y Brindará la Conformidad

- El acta de conformidad de recepción, instalación y prueba operativa de los bienes según (FORMATO N° 01), deberán ser suscritas por las siguientes representantes):

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacaña Vega
TECNÓLOGO MÉDICO
CTMP. 5402
Jefe de Servicio de Laboratorio

- a. Un representante (Área usuaria) de la Entidad.
- b. Representantes de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento del Hospital Belén de Lambayeque.
- c. Un representante autorizado (técnico y/o comercial y/o legal) del contratista de los equipos, debidamente acreditados.

El acta de conformidad de recepción, instalación y prueba operativa de los bienes, no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, inadecuación de las especificaciones técnicas u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes.

1.1.2 Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes

La conformidad de Acta de Conformidad de recepción, Instalación y prueba operativa de los bienes (**FORMATO N° 01**) de recepción de los equipos estará sujeta al cumplimiento de los siguientes aspectos:

1. Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas según la propuesta técnica del proveedor ganador de la buena pro; Bases, así como la orden de compra y/o contrato, según (**FORMATO N° 02**).
2. Ficha Técnica (**FORMATO N° 03**) de la verificación de la integridad física, estado de conservación óptimo y de la correcta instalación del equipamiento.
3. Presentación de (**FORMATO N° 04**) de la verificación de funcionamiento del equipamiento mediante la realización del "protocolo de pruebas", según.
4. Entrega del Programa y procedimiento del mantenimiento preventivo correspondiente durante el periodo de garantía, según (**FORMATO N° 05**).
5. Acta de Capacitación al Usuario y Técnico en el correcto manejo, operación, funcional, cuidado y conservación básica y mantenimiento del equipo, (El acta de capacitación del **Formato N° 06**, adjuntando los **Formatos N° 07-A y Formato N° 07-B**) en cumplimiento a las capacitaciones, entrega de certificados y 2 juegos de DVD de capacitación.
6. Entrega de la carta de garantía con la vigencia estipulada en las Bases.
7. Entrega de Carta de Compromiso, en la que el contratista manifiesta que tendrá disponibilidad de ofertar a la Entidad el (los) stock(s) de insumos, repuestos y accesorios de los equipos adjudicados y que se mantendrá dicha disponibilidad por un periodo no menor a cinco (5) años, el mismo que se contabilizará a partir de la firma del Acta de Recepción y Conformidad, según (**FORMATO N° 08**).
8. Entrega de una relación de los componentes, consumibles, fungibles, accesorios de más alta rotación, así como su frecuencia de reemplazo durante el periodo de garantía técnica ofertada, indicando sus costos unitarios incluidos el IGV, según (**FORMATO N° 09**).

1.1.3 Prueba de Puesta en Funcionamiento para la Conformidad de los Bienes

El Postor deberá realizar la instalación completa de los equipos ofertados en el área designada por la Entidad, previa preinstalación y/o mejoramiento u acondicionamiento, llevando a cabo protocolo de pruebas, instalación, capacitación y servicio post venta de los mismos durante el periodo de garantía. Estos resultados serán supervisados por un encargado de la Unidad de Equipos Biomédicos.

9.2. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **PAGO UNICO**.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén del Hospital Belén de Lambayeque
- Informe del funcionario responsable del Área Usuaria y del miembro de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento del Hospital Belén de Lambayeque, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNICO MEDICO
CTMP: 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

- Copia del expediente conteniendo copias de todos los formatos solicitados para la conformidad del Bien
- Copia de la Declaración Aduanera de Mercancías.
- Carta de Garantía.

Dicha documentación se debe presentar en mesa de partes, sito en Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque, con atención a la oficina de Logística del Hospital Belén de Lambayeque.

Responsabilidad por Vicios Ocultos

El postor será el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del equipo ofertado, por un periodo igual al periodo de garantía.

9.3. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

N°	Incumplimiento	Procedimiento	Penalidad
1	Incumplimiento de la fecha del mantenimiento preventivo, según el calendario propuesto en el Plan de Mantenimiento presentado por el proveedor.	La Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento informará si la empresa no cumplió con la fecha pactada del mantenimiento preventivo.	10% UIT
2	Si el contratista no repara o reemplaza el equipo con errores de fábrica cubiertos por la garantía en los 10 días hábiles siguientes de notificado el suceso.	La Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento informará si la empresa no cumplió con el plazo.	30% UIT
3	Si pasado los treinta (30) días hábiles adicionales a los mencionados en el Ítem II del Num. 5.9.2 del requerimiento, el Contratista no entrega el equipo reparado	La Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento informará si la empresa no cumplió con el plazo.	1 UIT

2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

2.1 CAPACIDAD LEGAL

Requisitos

El postor debe contar con:

- **Autorización Sanitaria de Funcionamiento:** De acuerdo a la Ley N°029459 y el Reglamento de Establecimientos farmacéuticos D.S. N°014-2011-SA, los participantes deberán contar con el citado documento emitido por la DIGEMID.

Acreditación:

- Copia simple de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento emitido por la DIGEMID vigente.

2.2 EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Requisitos

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a:

ITEM	DESCRIPCIÓN	MONTO FACTURADO
ITEM 01	Cabina de seguridad Biológica Clase II	110,000.00

por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computaran desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda por ÍTEM. En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia DE 25% DEL VALOR ESTIMADO, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Euclides Becalla Vega
TECNÓLOGO MEDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.
Se considera bienes similares a los siguientes:

ITEM	DESCRIPCIÓN
ITEM 01	Cabinas de seguridad

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

2.3 CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

2.3.1 EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

Requisitos:

- Un 01 (un) Ingeniero Electrónico o Biomédico ó Ing. electromecánico ó Ing. mecánico eléctrico por ITEM, pudiendo ser el mismo personal para diferentes ITEM, sin que ello afecte el cronograma de entrega de los equipos en mención

Experiencia: Tres (03) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o mantenimiento de los equipos ofertados.

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante.

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad, o (ii) constancias, o (iii) certificados, o (iv) cualquier otra documentación que de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
TECNÓLOGO MEDICO
C.M.P. 5402
UFFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

ANEXO 01: Especificaciones Técnicas Cabina de seguridad Biológica Clase II

DEFINICION FUNCIONAL

Equipo biomédico utilizado para la protección de la muestra. Personal y medio ambiente de posible contaminación durante la manipulación de agentes patógenos diversos típicamente utiliza flujo de aire laminar y filtro de aire de alta eficiencia para partículas y microorganismos contaminantes.

REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS

A GENERALES

- A01 Seguridad biológica clase II tipo A2
- A02 Cambio del 30% o más del aire circulante en la cabina (recirculación del 70% aprox.)
- A03 Cumplimiento del standard NSF/ANSI 49 o 6n12469
- A04 Ancho nominal (longitud frontal de trabajo) de 4 pies (120 cm Aprox.) aproximadamente.
- A05 Nivel de ruido no mayor a 65db
- A06 Sistema de compensación del flujo de aire por saturación del filtro
- A07 Medidor de presión en el filtro o sistema alternativo para determinar la saturación del filtro
- A08 Ventana cristal de alta resistencia o de vidrio templado o laminado de apertura por medio de sistema contrabalanceada u otro mecanismo
- A09 Filtros tipo HEPA o ULPA con eficiencia de 99.99% o superior
- A10 Calidad del aire en el área de trabajo según ISO 14544-1. correspondiente a la clase 5 o superior (3 - 4)
- A11 Material exterior de acero con cubierta de pintura epóxica o antimicrobiana o superior cabina o área de trabajo
- A12 Ventana reusable de cristal de alta resistencia o vidrio templado o laminado
- A13 Abertura de la ventana entre 8 y 10 pulgadas
- A14 Superficie de trabajo removible de acero inoxidable sin divisiones ni costuras
- A15 Sistema de iluminación fluorescente o LED seguridad.
- A16 Protección contra escapes de aire al exterior de la cabina (presión negativa)
- A17 Digital o controlado electrónicamente
- A18 Flujo de aire mayor o igual a 105 FPM (0.53 NV)
- A19 Con monitoreo o indicador de alarma de bajo flujo de aire

B COMPONENTES

- B01 Dos (02) filtros. uno principal y otro de extracción
- B02 Una (01) lámpara para iluminación del área de trabajo
- B03 Una (01) lámpara ultravioleta
- B04 Un (01) tomacorriente interno para 220V.50HZ
- B05 Una (01) toma y válvula de servicio para gases o agua

C ACCESORIOS

PERIFERICOS/ADITAMENTOS

- CO1 Un (01) soporte metálico para el equipo recubierto con pintura epóxica o antimicrobiana o superior con ruedas y frenos
- C02 Un (01) reposa pies para ser usado en salas limpias
- C03 Una (01) silla ergonómica (con respaldo y posabrazos) para ser usadas en salas limpias

D REQUERIMIENTO DE ENERGÍA

- D01 220 V / 60 HZ (Tolerancia según el código nacional de electricidad)
- D02 CONTAR CON CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO DE CABINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNOLOGO MEDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 01
ACTA DE RECEPCION Y CONFORMIDAD

Siendo las..... horas del día....., la Empresa.....hizo efectivo el acto de conformidad de la recepción, Instalación y prueba operativa en la Entidad del Servicio o Departamento....., el equipo que a continuación se detalla :

DESCRIPCION	ÍTEM	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Orden de Compra:.....

N° Contrato:.....

Dicho acto contó con la presencia de:

- a. Un representante (Área usuaria) de la Entidad.
 - b. Miembro de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento del Hospital Belén de Lambayeque
 - c. Un representante autorizado (técnico y/o comercial y/o legal) del contratista de los equipos, debidamente acreditados.
1. Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas según la propuesta técnica del proveedor ganador de la buena pro; Bases, así como la orden de compra y/o contrato, según (FORMATO N° 02) ()
 2. Ficha Técnica (FORMATO N° 03) de la verificación de la integridad física, estado de conservación óptimo y de la Correcta instalación del equipamiento. ()
 3. Verificación de funcionamiento del equipamiento mediante la realización del "protocolo de pruebas", según (FORMATO N° 04). ()
 4. Entrega del Programa y procedimiento del mantenimiento preventivo correspondiente durante el periodo de garantía, según (FORMATO N° 05). ()
 5. Acta de Capacitación al Usuario y Técnico en el correcto manejo, operación, funcional, cuidado y conservación básica y Mantenimiento del equipo, (El acta de capacitación del FORMATO N° 06 adjuntando los FORMATO N° 07-A y FORMATO N° 07-B) en cumplimiento a las capacitaciones, entrega de certificados y 2 juegos de DVD de capacitación. ()
 6. Entrega de la carta de garantía con la vigencia estipulada en las Bases. ()
 7. Entrega de Carta de Compromiso, en la que el contratista manifiesta que tendrá disponibilidad de ofertar a la Entidad el(los) stock(s) de insumos, repuestos y accesorios de los equipos adjudicados y que se mantendrá dicha disponibilidad por un periodo no menor a cinco (5) años, el mismo que se contabilizará a partir de la firma del Acta de Recepción y Conformidad, según (FORMATO N° 08). ()
 8. Entrega de una relación de los componentes, consumibles, fungibles, accesorios de más alta rotación, así como su frecuencia de reemplazo durante el periodo de garantía técnica ofertada, indicando sus costos unitarios incluidos el IGV, según (FORMATO N° 09) ()

Acto seguido se llevó a cabo la suscripción de la presente ACTA en señal de conformidad.
Firman dando fe de lo anterior:

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del Área Usuaria)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del área de Servicios
Generales y Mantenimiento del HBL)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNOLOGO MEDICO
C.M.P. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 02

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas

Señores:

(nombre de la entidad)

Presente.-

En calidad de contratista y en cumplimiento de mi oferta del y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características indicadas en la ficha

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS TECNICAS				
DENOMINACION DEL EQUIPO:				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR:				
PROCEDENCIA:				
AÑO DE FABRICACION:				
MARCA:				
MODELO:				
	PROCEDIMIENTOS	Equipo ofertado cumple con Requerimiento Técnico Mínimo		N° FOLIO y/o Comentario
	CARACTERISTICAS TECNICAS (copia uno a uno los requerimientos técnicos mínimos)	SI	NO	
A	CARACTERISTICAS GENERALES			
A01				
B				
B01				
B02				
.....				

En ese sentido, comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.
Cuidad,..... de.....de.....

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

Nota: consignar el número de folio de sustento de las características técnica, deberá presentar un formato por cada ítem del bien y/o equipo ofertado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Euclides Baedilla Vega
TECNÓLOGO MEDICO
CTMP. 5402
Jefe de Servicio de Laboratorio

FORMATO N° 03

FICHA TECNICA

DESCRIPCION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	N° SERIE	N° O/C

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	N° SERIE

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del Área Usaria)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del área de Servicios
Generales y Mantenimiento del HBL)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNOLOGO MEDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 04

RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS

PROCESO DE SELECCION : N°.....
 ITEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :
 SERIE :

N°	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS, INSUMOS Y/O MEDIOS FÍSICOS A EMPLEAR (*)	TIEMPO	RESULTADOS

Importante:
 El proveedor deberá suministrar (a todo costo) los consumibles, fungibles, insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesario.

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
 (Representante Técnico y/o Comercial
 y/o legal de la Empresa)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
 (Representante del área de Servicios
 Generales y Mantenimiento del HBL)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

 Euclides Bacalla Vega
 TECNÓLOGO MEDICO
 CTMP. 5402
 Jefe de Servicio de Laboratorio

FORMATO N° 05

PROGRAMA Y PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DESCRIPCION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	N° SERIE	N° O/C

N°	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD (Año.....)	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO POR EL TIEMPO DE GARANTÍA PROPUESTO (En meses)												
		01	02	03	04	05	06	07	22	23	24

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del área de Servicios
Generales y Mantenimiento del HBL)c

Importante:

Las actividades de mantenimiento deberán ser concordadas con los manuales de operación y servicio técnico, debiendo considerar todos los consumibles, fungibles, los insumos y mano de obra especializada.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "REYES" LAMBAYEQUE

Euclides Pacalla Vega
TECNÓLOGO MÉDICO
CTMP. 5402
Jefe de Servicio de Laboratorio

FORMATO N° 06

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA CAPACITACION

Siendo las..... horas del día....., la Empresa.....hizo efectivo el acto de conformidad del Capacitación en la Entidad del Servicio o Departamento....., el equipo que a continuación se detalla :

DESCRIPCION	ÍTEM	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Orden de Compra:.....

N° Contrato:.....

Dicho acto contó con la presencia del representante de la Entidad, y representante de la empresa contratista, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar:

1. Cumplimiento del programa de capacitación del usuario en el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo.
2. Cumplimiento del programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo.
3. Entrega de certificados de capacitación a cada uno de los participantes.

Acto seguido se llevó a cabo la suscripción de la presente ACTA en señal de conformidad.

Firman dando fe de lo anterior:

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del Área Usuaría)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del área de Servicios
Generales y Mantenimiento del HBL)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNICO MEDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 7-A

CAPACITACION DE MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL. CUIDADO Y CONSERVACION DE LOS BIENES Y EQUIPAMIENTO

EQUIPO	MARCA	MODELO	PROVEEDOR
NOMBRE DEL EXPERTO		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO		DIAS - HORARIO
N°	TEMATICA DE LA CAPACITACION	HORAS	
TOTAL DE HORAS			

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante del Área Usuaria)

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
TECNOLOGO MEDICO
CTMP. 5402
JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 7-B

**DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACION ESPECIALIZADA EN SERVICIO TECNICO DE
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPOS**

EQUIPO	MARCA	MODELO	PROVEEDOR
NOMBRE DEL EXPERTO		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO		DIAS - HORARIO
N°	TEMATICA DE LA CAPACITACION	HORAS	
TOTAL DE HORAS			

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
 TECNÓLOGO MÉDICO
 C.T.M.P. 5402
 JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 8

COMPROMISO DE SUMINISTRO DE INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS

Señores

**UNIDAD DE LOGÍSTICA HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE /
LICITACIÓN PÚBLICA N°**

Presente.-

De nuestra consideración,
El que suscribe, don..... identificado con D.N.I. N°....., Representante Legal de
....., con R.U.C. N°....., DECLARO BAJO JURAMENTO, disponibilidad inmediata
en stock de insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
(INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del
Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

LAMBAYEQUE,dedel.....

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)**

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Euclides Bacalla Vega
TECNÓLOGO MEDICO
CTMP. 5402
IFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

FORMATO N° 9

**FORMATO DE VALORIZACION DE COMPONENTES, CONSUMIBLES, FUNGIBLES, ACCESORIOS E INSUMOS
DE MAS ALTA ROTACION**

ITEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

Nº	DENOMINACION	CODIGO DE PARTE	CARACTERISTICAS	PRECIO (NUEVO SOLES INC. IGV)	OBSERVACIONES (INDICAR CRONOGRAMA DE REEMPLAZO)
COMPONENTES					
CONSUMIBLES					
FUNGIBLES					
ACCESORIOS					
INSUMOS					

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA
(Representante Técnico y/o Comercial
y/o legal de la Empresa)


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
Euclides Bacalla Vega
 TECNÓLOGO MÉDICO
 CTMP. 5402
 JEFE DE SERVICIO DE LABORATORIO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CAMA TIPO UCI – ÍTEM 08 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CAMA TIPO UCI – ÍTEM 08 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un CAMAS TIPO UCI, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos que aporten de manera positiva en el cuidado y la atención de los pacientes, a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CAMA TIPO UCI – ÍTEM 08 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar camas como parte de los equipos mínimos necesarios para el tratamiento y atención de pacientes que requieran de recuperación , hospitalización y realización de procedimientos médicos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

CARLOS VAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372º1

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE CAMAS CAMILLA MULTIPROPÓSITO TIPO UCI	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA	: INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DISEÑADO PARA FACILITAR EL TRASLADO Y SOPORTE DE LOS PACIENTES, EN ÁREAS HOSPITALARIAS CRÍTICAS, UVI, UCI, UCIN. PARA ESTE EFECTO DEBE CONTAR CON CARACTERÍSTICAS DE FACILIDAD DE MANIOBRABILIDAD, ELEVACIÓN Y DESCENSO. ASÍ COMO ADOPTAR DIFERENTES POSICIONES QUE FACILITEN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES. TAMBIÉN DEBE DE CONTAR CON TODOS LOS ACCESORIOS QUE GARANTICEN LA OPTIMA OPERACIÓN DE LA CAMA CAMILLA.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FÁCIL DESPLAZAMIENTO EN TODAS LAS DIRECCIONES
B02	DOS (02) SOPORTES (COLUMNAS) CON BORDES REDONDEADOS O BRAZOS ARTICULADOS, DE ESTRUCTURA SÓLIDA.
B03	DEBE SOPORTAR UN PESO MÍNIMO DE 220 kg.
B04	BARANDAS LATERALES PLEGABLES.
B05	DEBE CONTAR CON PARACHOQUES EN TODAS LAS ESQUINAS.
B06	CON ORIFICIOS EN LAS CUATRO ESQUINAS PARA COLOCAR PORTA SUEROS.
B07	PLATAFORMA ARTICULADA EN CUATRO (04) SECCIONES COMO MÍNIMO.
B08	LA CABECERA Y PIECERA DEBE SER DESMONTABLE
B09	CON CONTROLES DIGITALES PARA DISTINTOS MOVIMIENTOS DEL PACIENTE. CONTROLES INTEGRADOS A LAS BARANDAS, CON PEDAL MECÁNICO O FUNCIÓN DEL MANDO QUE PERMITA LLEVAR LA CAMILLA A UNA POSICIÓN PLANA. CON OPCIÓN A PASAR DE CONTROL MANUAL DEL MOVIMIENTO DEL RESPALDAR, CASOS DE EMERGENCIA.
B10	CON PLATAFORMA RADIOTRASPARENTE A LOS RAYOS X (MÍNIMO DEL CUELLO A LA PELVIS).
DIMENSIONES	
B11	ANCHO TOTAL DE 95 - 110 cm (BARANDAS LATERALES ARRIBA).
B12	LARGO TOTAL DE 210 cm O MAS HASTA 220 cm COMO MÁXIMO.
B13	ALTURA DESDE LOS 53 cm HASTA 74 cm O RANGO MAYOR.
MOVIMIENTOS	
B14	DEBE PODER DESPLAZARSE VERTICALMENTE.

CARLOS IVAN YLLANOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2 1

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
EMP. 60934 - DNE: 33000
JEFE DE OPTO REGIONAL



B15	POSICIÓN TRENDELENBURG Y TRENDELENBURG INVERSO. ÁNGULO MAYOR O IGUAL A $\pm 12^\circ$.
B16	POSICIÓN DE SILLA CARDIACA
B17	ÁNGULO DEL RESPALDAR (FOWLER) DE 0° A 70° O MÁS
B18	ÁNGULO DE LA ZONA DE LA RODILLA (GATCH/BREAK ELEVATION): MAYOR O IGUAL A 30° .
B19	POSICIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP).
RUEDAS	
B20	RUEDAS OMNIDIRECCIONALES, CON AL MENOS DOS SISTEMAS DE FRENOS DE COMANDO CENTRAL.
B21	DE GRADO HOSPITALARIO CON DIÁMETRO DE 15 cm O MAS
B22	CON AL MENOS DOS SISTEMAS DE FRENOS DE COMANDO CENTRAL, UNO EN LA CABECERA Y OTRO EN LA PIECERA DE LA CAMILLA O EN LOS LATERALES DE LA CAMA.
C. ACCESORIOS	
C01	UN (01) COLCHÓN DE POLIURETANO, DE ALTA DENSIDAD, PERFILADO ANTI ESCARAS Y ANTIESTÁTICO, CON CUBIERTA O FORRO RESISTENTE A FLUIDOS, DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN IMPERMEABLE Y RADIOTRANSARENTE A LOS RAYOS X, DE ESPESOR NO MENOR A 13 cm, REMOVIBLE, APTO PARA PACIENTES DE ALTA ESTANCIA.
C02	UN (01) SOPORTE VERTICAL Y HORIZONTAL PARA EL BALÓN DE OXÍGENO.
C03	UN (01) BALÓN DE OXÍGENO TIPO E CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANÓMETRO Y CAUDALÍMETRO (FLUJÓMETRO).
C04	UN (01) PORTA SUERO.
C04	UNA (01) PLATAFORMA PORTA MONITOR Y/O VENTILADOR DE TRANSPORTE QUE PUEDA SER MONTADO EN LA PIECERA DESMONTABLE O INTEGRADO A ESTA (PLEGABLE).
C05	UNA (01) BALANZA INTEGRADA A LA CAMILLA, LA BALANZA DEBE CONTAR CON SENSIBILIDAD DE 500 GRAMOS O MENOR.
C06	DOS (02) FAJAS CON HEBILLA DE 5 CM O MAS DE ANCHO, INTEGRADAS A LA PLATAFORMA, PARA SUJETAR PACIENTES.
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
D02	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADA(S) CON INDICADOR.
OTROS	
E01	ENTREGA DE (01) MANUAL DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO EN FÍSICO Y DIGITAL.

CARLOS RIVERO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

3.
Dra. Katherlyne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 3398
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

E02	ENTREGA DE (01) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO EN FÍSICO Y DIGITAL.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN.
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
E06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.

CARLOS TINIVELA LOBOS ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morán
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren

CARLOS RAMIREZ ROSAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237781

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Kathyne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontarán los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Katherlyne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - FNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*,
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60904 - RNE: 23984
MEE DE OPTO PEDIATRIA

- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNC: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

CARLOS HERNÁNDEZ ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE OPTO PEDIATRÍA

- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento

CARLOS MANUEL ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Catherine M. Sanchez
CMP. 80934 - R.T. 89084
JEFE DE OFICINA



- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

CARLOS HUAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2872°1

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. 12 Sanchez Moron
CMP. 60934 - RPE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA



- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

CARLOS NAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CNP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA



Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VILLARDO ROSAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
C.M.P. 609344 RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N ° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N ° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
------------	---------------------	---

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Camas eléctricas, Camas Multipropósitos, Mobiliario clínico.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo.</p>

CARLOS MANUEL VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Mór
RNE. 60934
PEDIATRIA



	<p>comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria,</p>
--	---

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moran
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



	<p>debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

Carlos Naranjo Rojas
CARLOS NARANJO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine Sánchez Morón
Dra. Katherine Sánchez Morón
CMP. 80934 - PNE. 63004
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Carlos Iván Vela Lobos Rojas
C.M.P. 50044 - P.O.B. 30004
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVÁN VELA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

18

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS IVAN VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60534 - RGE: 30864
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.


De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista


CARLOS VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 • R.N.E. 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Kathyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sánchez Róton
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33884
JEFE DE OPTO PERIATRIA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 30984
JEFE DE CPTO. MEDICINA

24



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - R.M.E. 33964
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS VARGAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine J. Sanchez
CMP. 60934 - RNE 23864
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS RAMIRO ALBOS ROMAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIR. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 20884
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sánchez Márton
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

Sello y firma del representante legal del Contratista

CARLOS YANILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre


(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista


CARLOS MANTILLO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
29
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO. PEDIATRIA

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS TRIVELINO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°
.....

Representante Legal de, con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - PNEI 35984
JEFE DE UNO PEDIATRIA

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-


De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS YAN VALEROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Móren
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL – ÍTEM 38 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL – ÍTEM 38 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con una cámara angiográfica retinal, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL – ÍTEM 38 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar el equipo para el oportuno diagnóstico a los pacientes con patologías oculares.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N.º 19772
Jefe Departamento de Cirugía



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. GENERALES	
A01	CÁMARA ANGIOGRÁFICA NO MIDRIÁTICA.
A02	MAGNIFICACIONES Y COMPENSACIONES MÍNIMAS. PROGRAMACIÓN 0: -10 A +15 DIOPTRÍAS. PROGRAMACIÓN +: +11 A +33 DIOPTRÍAS. PROGRAMACIÓN -: -31 A -7 DIOPTRÍAS. 0 AJUSTE CONTINUO DE COMPENSACIÓN EN EL RANGO MÍNIMO DE -31 A +33 DIOPTRÍAS.
A03	DIÁMETRO DE PUPILA: DESDE 3,5 MM O MENOS.
A04	DISTANCIA DE TRABAJO: 35 MM COMO MÍNIMO.
A05	SENSOR DE IMAGEN CCD O CMOS DE 5.0 MEGAPÍXELES O MAYOR.
A06	BASE DE DATOS QUE ALMACENE IMÁGENES CON DATOS DE FECHA, NOMBRE, ÁNGULO, FILTRO, POSICIÓN (DERECHO-IZQUIERDO).
A07	INTERFACES USB, RJ-45 (ETHERNET).
A08	FORMATOS DE IMAGEN: DICOM, BITMAP, JPEG.
A09	LECTOR GRABADOR DE DVD/ CD.
A10	PARA ANGIOGRAFÍAS CON FLUORESCEINA (FA) Y AUTOFLUORESCENCIA DEL FONDO DE OJO (FAF).
A11	ESTIMULO O FIJACIÓN INTERNA LED.
A12	ESTIMULO O FIJACIÓN EXTERNA BASADA EN LUZ LEO CON BRAZO DE FÁCIL POSICIONAMIENTO.
A13	DOCUMENTACIÓN Y MANEJO DE ENFERMEDADES TALES COMO RETINOPATÍA DIABÉTICA Y DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD.
A14	SISTEMA QUE PERMITA REALIZAR AUTOENFOQUE.
A15	CON GUÍA DE CENTRADO DE IMAGEN EN PANTALLA DEL EQUIPO.
A16	SISTEMA DE VISUALIZACIÓN QUE PERMITA EDICIÓN DE CONTRASTE, BRILLO, MONTAJE AUTOMÁTICO DE IMÁGENES, SIMULACIÓN DE FILTROS RGB DE UNA RETINOGRFÍA COLOR Y MAGNIFICACIÓN.
A17	SISTEMA QUE PERMITA CAPTURAR IMÁGENES ESTÉREO.
A18	SISTEMA DE ARCHIVO DE DATOS DE FÁCIL BÚSQUEDA DE PACIENTES
A19	MENTONERA DE ALTURA REGULABLE.

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



B. CAPTURA	
B01	CAPTURA DE IMAGEN EN ÁNGULOS ENTRE 20° Y 60°.
B02	CAPTURA DE IMÁGENES DE FONDO DE OJO A COLOR.
B03	TIPOS DE CAPTURA: EN COLOR, LIBRE DE ROJOS Y SEGMENTO ANTERIOR, ASÍ COMO ANGIOGRAFÍAS CON FLUORESCÉINA, AUTO FLUORESCENCIA Y OPCIONALMENTE ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA.
C. FLASH	
C01	FLASH AUTOMÁTICO SIN NECESIDAD DE AJUSTE MANUAL DE FLASH.
C02	FLASH DE XENÓN CON SELECCIÓN DE INTENSIDAD. EN NUEVE (09) NIVELES COMO MÍNIMO, AUTOMÁTICO O MANUAL.
D. SISTEMA DE CÓMPUTO	
D01	SISTEMA OPERATIVO EN AMBIENTE WINDOWS, PROCESADOR DE ÚLTIMA GENERACIÓN.
D02	CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE 500 GB SSD COMO MÍNIMO.
D03	PANTALLA LCD (TFT) DE 19 PULGADAS (MÍNIMO), CON RESOLUCIÓN DE 1280 X 1024 COMO MÍNIMO.
E. PROGRAMAS	
E01	BASADOS EN AMBIENTE PARA WINDOWS.
E02	SOFTWARE COMPLETO PARA ANÁLISIS ANGIOGRÁFICOS.
F. ACCESORIOS	
F01	DISCO DURO EXTERNO 2 TB PARA RESPALDO DE BASE DE DATOS O DISCO DURO INTERNO DE 2 TB ADICIONALES EN CASO EL SISTEMA DE CÓMPUTO NO SEA INTEGRADO AL EQUIPO.
F02	IMPRESORA LÁSER A COLOR + UN (01) JUEGO COMPLETO DE TÓNER.
F03	VIDEO IMPRESORA TÉRMICA A COLOR O SISTEMA DE IMPRESIÓN PARA IMÁGENES DE ALTA DEFINICIÓN EN PAPEL FOTOGRÁFICO, EN FORMATO A5 COMPATIBLE CON EL EQUIPO Y CON DOSCIENTAS (200) HOJAS DE IMPRESIÓN (PAPEL DE IMPRESIÓN).
F04	MESA DE ACCIONAMIENTO HIDRÁULICO O ELÉCTRICO APTA PARA CONTENER EL EQUIPO (DE FÁBRICA) Y EL SISTEMA DE CÓMPUTO QUE PERMITA EL EXAMEN DE PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS.
F05	UN (01) TABURETE GIRATORIO RODADLE CON RESPALDO PARA OPERADOR/ PACIENTE.
F06	UN (01) UPS CON SISTEMA AC/DC/DC/AC (RECTIFICADOR / CHOPPER-BATERÍA / INVERSOR) Y TRANSFORMADOR DE BAJA IMPEDANCIA EN LA SALIDA, VOLTAJE DE ENTRADA: 220 V± 25%, VOLTAJE DE SALIDA: 220 V± 5%. CAPACIDAD EN LA SALIDA: MAYOR O IGUAL AL 120% DE LA POTENCIA NOMINAL TOTAL DEL EQUIPO.
G. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DECENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía



G01	220 V / 60 Hz (CON TOLERANCIA SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).
-----	--

OTROS	
H01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
H02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
H03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
H04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
H05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO.
H06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
I01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje, instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de

CARLOS IVAN TALABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mater
C.M.P. N° 12302
4
Jefe Departamento de C



operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19365
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS VALDELOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

5



EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de

CARLOS TAVAREZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
SECRETARIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P.N. 12302
Jefe Departamento de Cirugía



diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.

- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

CARLOS HAN PUELOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19342
Jefe Departamento de Cirugía



5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y

CARLOS MARTIN ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Med. Mario Fernando Mateo Al
8 C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.

CARLOS IVAN P. LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DEPARTAMENTO - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19382
Jefe Departamento de Cirugía



- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.

CARLOS MANUEL REYES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.N.E. N° 19162
Jefe Departamento de Cirugía



- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

CARLOS VANDERBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OLCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Maseo Aburto
C.M.P. N° 14362
Jefe Departamento de Cirugía



RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Maceo Aburto
C.M.P. N° 10382
Jefe Departamento de Cirugía

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - b.2) Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "CENTE" - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Andrés Maceo Aburto
C.F.P. N° 14362
Jefe Departamento de Cirugía



correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: A, B, C, D, E, F Y G.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL	
A.1	REPRESENTACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL JOSE P. ABURTO - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



		<p>dichas obligaciones. (Anexo N° 6)</p> <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p>

CARLOS IVAN PALAFOX ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Aburto
C.M.E. N° 15012
Jefe Departamento de Cirujía



Se considerarán bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL.

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las

CARLOS HERNÁNDEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Abaito
C.M.P. 11111111
Jefe Departamento de Cirugía



	<p>Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


 CARLOS ALAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261
 GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
 Med. María Fernanda Mateo
 C.M.S. N° 1007
 Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –


En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN PERALTA
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Dr. Mario C. M. F. N. 18000
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N ° 02

- Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS IVAN VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "CENTRO" BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alarco Aburto
C.M.P. N.º 14317
Jefe Departamento de Cirugía

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
20
Med. Mark Fernando Mateo Abur
C.M.E. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía
CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS WANDERLAC ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL JOSE C. BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N. 19360
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ESCUELA DE INGENIERIA - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario ...
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término	Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS MADRIGAL ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIA DEUCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19262
Jefe Departamento de Cirujia

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS MATILDA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 15362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS MANUEL TOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.O.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

CARLOS MATEO ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 10302
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Alvarado
C. 29111
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS MARTIN ALOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "Belen"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

30

FORMATO N° 13

- Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS VILLOTA ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DONTE - CUSCO
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS VARGAS ALVARO ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abanto
C.M.P. 19702
Jefe Departamento de Cirugía

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CAMA ELÉCTRICA HOSPITALARIA – ÍTEM 10 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CAMA ELÉCTRICA HOSPITALARIA – ÍTEM 10 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención medica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un cama electrica, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CAMA ELÉCTRICA HOSPITALARIA – ÍTEM 10 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar camas como parte de los equipos mínimos necesarios para el tratamiento y atención de pacientes que requieran de recuperación, hospitalización y realización de procedimientos médicos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
Méd. Luis Ríos Morante
JEFE DEPTO. M.P. 35322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS VILALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN CAMA ELÉCTRICA HOSPITALARIA	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DISEÑO PARA FACILITAR EL TRASLADO Y SOPORTE DE LOS PACIENTES, EN ÁREAS HOSPITALARIAS CRÍTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD, PARA ESTE EFECTO, DEBE CONTAR CON CARACTERÍSTICAS DE FACILIDAD DE MANIOBRA, ELEVACIÓN Y DESCENSO. ASÍ COMO, ADOPTAR DIFERENTES POSICIONES QUE FACILITEN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES, TAMBIÉN DEBE DE CONTAR CON TODOS LOS ACCESORIOS QUE GARANTICEN LA ÓPTIMA OPERACIÓN DE LA CAMA.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	BARANDAS LATERALES MOVIBLES PERMITE MANIOBRAR (INTERIOR Y EXTERIOR; Y/O ARRIBA/ABAJO) QUE PERMITAN MANTENER EL ANCHO DE LA CAMA PARA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE, EN POLÍMERO RESISTENTE DE ALTO IMPACTO, CON ASAS CON SISTEMAS ANTICAÍDAS Y DIVIDIDA EN SECCIONES.
B02	DEBE CONTAR CON PARACHOQUES O AMORTIGUADORES PARA GOLPES EN LAS CUATRO ESQUINAS DE LA CAMA.
B03	CON ORIFICIOS EN LAS CUATRO ESQUINAS PARA COLOCAR PORTA SUEROS.
B04	FÁCIL DESPLAZAMIENTO EN TODAS LAS DIRECCIONES SOBRE CUATRO (04) RUEDAS, CON SISTEMA DE FRENOS.
B05	DOS (02) SOPORTES (COLUMNAS) CON BORDES REDONDEADOS O BRAZOS ARTICULADOS, DE ESTRUCTURA SÓLIDA PARA CONTROLAR SISTEMA DE ALTURA MÍNIMA Y MÁXIMA. MEDIANTE SISTEMA HIDRÁULICO Y/O ELÉCTRICO.
B06	CON CABECERA Y PIECERA DESMONTABLES Y /O ABATIBLES.
B07	CON CONTROLES DIGITALES PARA MOVIMIENTO DE PACIENTE Y PARA LLAMADA DE ENFERMERA, INTEGRADAS A LAS BARANDAS, CON CONTROL MECÁNICO DEL MOVIMIENTO DEL RESPALDAR, PARA CASOS DE EMERGENCIA.
C. COMPONENTES	
PLATAFORMA DE PACIENTE	
C01	PLATAFORMA ARTICULADA EN CUATRO (04) SECCIÓN COMO MÍNIMO.
C02	PLATAFORMA RADIOTRASPARENTE A LOS RAYOS X (POR LO MENOS DEL CUELLO A LA PELVIS).
C03	CAPACIDAD DE SOPORTE DE PESO: MAYOR O IGUAL A 220 kg.
C04	DOS (02) SISTEMAS DE MANGOS O AGARRADERAS PARA DIRIGIR Y MANIOBRAR LA CAMILLA DURANTE SU TRANSPORTE UBICADO EN LA PARTE DE LA CABECERA DEL PACIENTE Ó CABECERA Y PIECERA CON ESPACIOS DISEÑADOS PARA MANIOBRAR LA CAMA PARA SU TRANSPORTE.

GÓBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
CIP. 18022
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



RUEDAS	
C5	DIÁMETRO: MAYOR O IGUALA 15 cm.
C6	LAS CUATRO (04) RUEDAS DEBERÁN GIRAR EN TODAS LAS DIRECCIONES (OMNIDIRECCIONALES).
C7	CON AL MENOS DOS (02) SISTEMAS DE FRENOS DE COMANDO CENTRAL, UNO EN LA CABECERA Y OTRO EN LA PIECERA DE LA CAMILLA O EN LOS LATERALES DE LA CAMA. SI EL SISTEMA DE FRENOS FUERA ELÉCTRICO O ELECTRÓNICO, DEBE CONTAR ADICIONALMENTE CON UN SISTEMA DE BLOQUEO DE RUEDAS DE TIPO MECÁNICO.
DIMENSIONES APROXIMADAS	
C8	ANCHO TOTAL ENTRE 95 A 110cm
C9	LARGO TOTAL ENTRE 200 A 227 cm
C10	ALTURA DESDE 46 cm O MENOS HASTA 75 cm APROX.
MOVIMIENTOS	
C11	DESPLAZAMIENTO VERTICAL HIDRÁULICO Y/O ELÉCTRICO DE ALTURA (SUBIR/BAJAR). CON AJUSTE REGULABLE ENTRE 46 CM O MENOS A 75 CM APROX.
C12	CON POSICIÓN TRENDELENBURG Y TRENDELENBURG INVERSO DE MÍNIMO 12 °
C13	ANGULO DE ESPALDAR DE: 0° A 60° O MAYOR
C14	ANGULO DE REPOSA PIERNAS: 0° A 25° O MAYOR
C15	POSICIÓN DE SILLA CARDIACA.
C16	POSICIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) DE MANERA ELÉCTRICA O MANUAL
D. ACCESORIOS	
PERIFÉRICOS/ADITAMENTOS	
D01	UN (01) COLCHON DE POLIURETANO, DE ALTA DENSIDAD, VISCOELÁSTICO Y ANTIESTÁTICO, CON CUBIERTA O FORRO RESISTENTE A FLUIDOS, DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN IMPERMEABLE Y RADIOTRANSARENTE A LOS RAYOS X, DE ESPESOR NO MENOR A 10 cm. REMOVIBLE, APTA PARA TRABAJO CON PACIENTES DE ALTA ESTANCIA.
D02	DOS (02) FAJAS CON HEBILLA DE 05 cm O MÁS DE ANCHO, INTEGRADAS A LA PLATAFORMA, PARA SUJETAR PACIENTES.
D03	DOS (02) PORTA SUERO DE ACERO INOXIDABLE
D04	UN (01) BALÓN DE OXÍGENO TIPO E CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANOMETRO Y CAUDALÍMETRO (FLUJÓMETRO).
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "CENTRO BELEN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Blas Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

	RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
E02	BATERIA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADA(S) COM AUTONOMIA DE POR LO MENOS 2 HORAS.
F. OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FISICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
	ENTREGA DE DOS (02) VIDEOS DE CAPACITACIÓN, (01) PARA EL PERSONAL USUARIO Y (01) PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
F06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "DIEGO" BELEN
LAMBAYEQUE
[Firma]
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOSIVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.

- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 18222
COLEGIO DE MEDICINA

CARLOS HERNANDEZ ALVARO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS WALTER CEBALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237281



- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DUCENDE "BELEN"
LAMBAYEQUE
200403
V. Rios Morante
C.M.P. 10922
DEPARTAMENTO DE M...

CARLOS VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días**

GÓBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Pina Alvarado
C.M. 51552
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

[Firma]
CARLOS MANUEL ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

313



pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

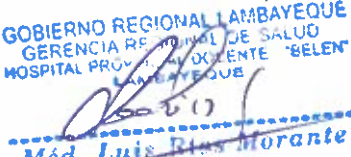
El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.


Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "BELEN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Blas Morante
C.M.F. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.


- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".


El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados son A, B, C, D y E.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 17982
DEPARTAMENTO DE MEDICINA


CARLOS YAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 207261



Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p data-bbox="268 1025 539 1059">REPRESENTACIÓN</p> <p data-bbox="555 1025 707 1059"><u>Requisitos:</u></p> <ul data-bbox="563 1093 1391 1193" style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p data-bbox="595 1238 1391 1339">En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul data-bbox="563 1384 1391 1597" style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p data-bbox="595 1630 1391 1709">La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p data-bbox="555 1742 754 1776"><u>Acreditación:</u></p> <ul data-bbox="563 1809 1391 1910" style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas.

¹ En caso de presentación en consorcio

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 13382
DIRECCIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

		<ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Camas eléctricas, Camas Multipropósitos, Mobiliario clínico.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "CALLE BELEN"
LAMBAYEQUE

[Firma]
Mauricio
C.M.F. 4422
CENTRO DE MEDICINA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLANUBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



	<p>respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, ordenes de compra o</p>
--	---

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.F. 15422
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLANOVAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

		<p>comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE
[Firma]
Méd. Luis Morante
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

[Firma]
CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237241

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOZENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15022
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "Belen"
LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
Médico DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 03


Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA


CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
2018-11-11
Méd. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 14322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS HERNANDEZ ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término	Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LA ENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Rios Morante
C.M.P. 10000
I.E.P.E. DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS MANTUEN ROJAS
INGENIERO-MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Méd. Luis Ríos Morante
C.R.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOSTHAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
200641
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 13322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Méd. Luis Rios Morante
C.M. 13326
ICFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS HERNANDEZ LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
200200
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR "BELEN"
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Blas Morante
C.M.P. 14322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VIES LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

[Firma]
CARLOS IVAN RIOS LOBOS ROJAS
INGENIERO-MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Módulo de Medicina
M. Luis Rios Morante
C. 15. 15324
CENTRO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

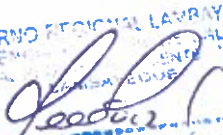
Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
CIP. 237261
MÉDICO DE MEDICINA


CARLOS IVAN YALCUS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIAS – ÍTEM 11 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIAS – ÍTEM 11 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un camas multipropósito hospitalarias, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N.º 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos que aporten de manera positiva en el cuidado y la atención en los pacientes, a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición, a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIAS – ÍTEM 11 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar camas multipropósito como parte de los equipos mínimos necesarios para el tratamiento y atención de pacientes que requieran de recuperación u hospitalización.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
Dr. Francisco José del Nave
C.M.P. N.º 19302
Jefe Departamento de Medicina y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
Dr. Francisco José del Nave
C.M.P. N.º 19302
Jefe Departamento de Medicina y C.O.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
Med. Mario Fernando Mateo
C.M.P. N.º 19302
Jefe Departamento de Medicina y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
Med. Edison Vazquez Barahona
C.M.P. 41490
Jefe Departamento de Emergencia y C.C.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE CAMA - MULTIPROPÓSITO	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA	: INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO MECÁNICO QUE SE UTILIZA PARA EL DESCANSO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACIÓN U OTROS SERVICIOS, CON FACILIDADES PARA EL ABORDAJE DE LOS ESPECIALISTAS MÉDICOS. CON SISTEMA DE REGULACIÓN DE MOVIMIENTOS BÁSICOS A TRAVÉS DE 02 MANIVELAS. DE ALTURA FIJA.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FÁCIL DESPLAZAMIENTO EN TODAS LAS DIRECCIONES.
B02	ESTRUCTURA PRINCIPAL, TIPO BASTIDOR, FABRICADA EN ACERO LAMINADO AL FRÍO(LAF) TUBULAR DE SECCIÓN CUADRADA DE 38 mm (1 1/ 2") X 2.0 mm DE ESPESOR COMO MÍNIMO Y DE SECCIÓN RECTANGULAR DE 40 mm X 80 mm X 1.5 mm DE ESPESOR COMO MÍNIMO. CON (04) SOPORTES QUE SIRVEN PARA LA COLOCACIÓN DE VARILLA PORTA SUERO. CON DISPOSITIVOS PARA EL MONTAJE DE CABECERA Y PIECERA FABRICADOS CON PLANCHA DE ACERO LAMINADO AL CALIENTE (LAC) DE 3 mm DE ESPESOR COMO MÍNIMO Y 02 PINES. PATAS FABRICADAS DE TUBO DE ACERO LAMINADO AL FRÍO (LAF) DE SECCIÓN CUADRADA DE 38 MM (1 1/ 2") X 2.0 MM DE ESPESOR Y 19 MM (3/4") X 1.5 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO. CADA ESQUINA DE LA CAMA LLEVA UN PROTECTOR CIRCULAR QUE ACTÚA COMO PARACHOQUES.
B03	CABECERA Y PIECERA, DESMONTABLES SIN PERDER SU CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO, FABRICADAS DE PLÁSTICO ABS, CON PROTECTOR TIPO ESQUINERO EN LA PARTE INFERIOR.
B04	PLATAFORMA DE PACIENTE CON SOMIER RÍGIDO, ARTICULADO EN 4 SECCIONES, 3 MÓVILES (ESPALDAR DE UNA SOLA PIEZA, PIERNERA Y POSA PIES) Y UN CENTRAL FIJO(ASIENTO). CADA SECCIÓN FABRICADA EN UNA ESTRUCTURA DE TUBO DE ACERO LAMINADO AL FRÍO (LAF) DE SECCIÓN CUADRADA DE 19 MM X1.5 MM COMO MÍNIMO Y DE 25 MM X 2.0 MM COMO MÍNIMO, CON PLANCHA DE ACERO LAMINADO AL FRÍO (LAF) DE 1.2 MM (1/20") DE ESPESOR COMO MÍNIMO, LLEVA PERFORACIONES Y ES ACONDICIONADA PARA QUE GARANTICE UNA SUPERFICIE RÍGIDA.
B05	BARANDAS FABRICADAS DE PLÁSTICO ABS COMO MÍNIMO, QUE SE INSTALAN A LA ALTURA DEL ESPALDAR Y DE LA EXTENSIÓN DE PIERNAS. INCLUYE SOPORTES DE BARANDAS FABRICADOS EN PLÁSTICO ABS COMO MÍNIMO.
B06	MOVIMIENTOS DE REGULACIÓN DE LAS SECCIONES DEL SOMIER MEDIANTE 02 MANIVELAS EN ACERO INOXIDABLE AISI 304. 28,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Nieto Muñoz
C.M.P. 17992
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barrios
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS NIVILLANOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

	SITUADAS A LOS PIES DE LA CAMA, BASADA EN UN SISTEMA MECÁNICO PROTEGIDO PARA EVITAR CORROSIÓN Y CUERPOS EXTRAÑOS. MOVIMIENTOS REGULABLES DE ESPALDAR HASTA 80° O MÁS Y DE EXTENSIÓN REGULABLE DE PIERNAS HASTA 35° O MÁS.
B07	COLCHÓN HOSPITALARIO DE 150 mm DE ESPESOR, CON ESPUMA DE POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD PARA SOPORTAR UN PESO DE 25 KG/M3 COMO MÍNIMO, RESISTENTE A LA DEFORMACIÓN. APTO PARA REALIZAR MOVIMIENTOS SEGÚN FLEXIBILIDAD DE LA CAMA, DIMENSIONES DE ACUERDO AL SOMIER DE LA CAMA, FORRADA CON TAPIZ PLASTIFICADO SUAVE, DE COLOR INSTITUCIONAL, IMPERMEABLE, DE FÁCIL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, HIPO ALÉRGICO, ANTI BACTERIAL, ANTI GÉRMEENES Y ANTIHONGOS. DE USO HOSPITALARIO.
B08	VARILLA PORTA SUERO TELESCÓPICA EN ACERO INOXIDABLE AISI304-28 DE 1100 mm DE LARGO, CON CUATRO GANCHOS CON BARRA DE 8 MM (5/16") DE DIÁMETRO.
B09	GARRUCHAS METÁLICAS DE GRADO HOSPITALARIO, CON ESPIGA ROSCADA DE ½ "DE DIÁMETRO COMO MÍNIMO, OMNIDIRECCIONALES DE ALTO TRANSITO, CON RUEDA DE POLIURETANO DE 125 MM DE DIÁMETRO, GIRATORIAS 360°. ESTAS DEBEN PERMITIR EL DESPLAZAMIENTO SILENCIOSO DE LA CAMA CON SISTEMA DE FRENOS EN LAS 4 RUEDAS. LA UNIDAD DEBE SOPORTAR COMO MÍNIMO PACIENTES DE 150 KG DE PESO.
DIMENSIONES	
B10	ANCHO TOTAL EN EL RANGO DE 85 - 95 cm (BARANDAS LATERALES ARRIBA).
B11	LARGO TOTAL EN EL RANGO DE 200 a 210cm.
B12	ALTURA EN EL RANGO DE LOS 50 cm HASTA 70 cm.
OTROS	
C01	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
D01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.

Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE teniendo en cuenta las condiciones

ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documental doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

3.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontarán los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazar por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

CARLOS IVAN VILALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
"BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario F. ...
Jefe Departamento de Medicina

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

Reprogramación: El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la institución, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas.

CARLOS MARIANO ROSAS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.

- a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.

- c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.

- d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.

- e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.

- f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.

- g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.

- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:

- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.

- b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De pensarse en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Lima Neyra Muñoz
C.M.P. N° 15902
JEFE DEPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Nelson Vasquez Barahona
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD
Med. Pedro Raúl López Ramos

CARLOS IVAN VILLARDO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abu
C.M.P. N° 14162
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
Med. Luis Rps Morante
C.M.P. 13322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Javier...
JEFE DEPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis...
C.M.P. 41400
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE - BELEN
Med. Luis...
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación, puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional, garantizando la calidad del bien a adquirir.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Amador M. M. M.
C.M.P. 17992
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Caspuez Barahona
C.M.P. 41400 R.N. 25761
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 19352
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VIALLOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 19352
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

DIRECCIÓN

Av. Ramón Castilla N° 597.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barchona
C.M.P. 41400 RNE 25961
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.G.

CARLOS IVAN VASQUEZ RUIZ
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Moran
C.M.P. 16022
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DISTRITO : LAMBAYEQUE.

DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Méd. Mario Fernando Mateo Abur
C.M.P. 19362
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15822
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS NANCY LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Méd. Edilberto Viquez Barahona
C.M.P. 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Javier Nolasco
C.M.P. 17992
JEFE DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los

CARLOS RAMIRO TORRES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	REPRESENTACIÓN <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por los socios.</p>

En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edson Vasquez Barahona
C.M.P. 171902
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: CAMAS TIPO UCL, CAMILLARIO MEDICO, CAMILLAS QUÍNICAS,</p>



CAMILLAS DE TRANSPORTE.

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis J. J. J. J. J.
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Francisco Ismael Noya
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA T.C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edwin V. V. V. V. V.
CMP 41400
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Carlos W. W. W. W. W.
CMP 41400
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

CARLOS W. W. W. W. W.
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario M. M. M. M. M.
C.M.P. 17982
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD

	<p>consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
C.M.
Jefe Departamento de Medicina
Med. Lftr.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
C.M.
Jefe Opto. Anestesiología y C.M.
Med. Lftr.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
C.M.
Jefe Departamento de Emergencia y C.C.
Med. Lftr. RNE 25961
CMP. 41400
Jefe Departamento de Emergencia y C.C.
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
C.M.
Jefe Departamento de Emergencia y C.C.
Med. Lftr. RNE 25961
CMP. 41400
Jefe Departamento de Emergencia y C.C.

CARLOS NAY VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL MORENTE - BR
LAMBAYEQUE
C.M.
Jefe Departamento de Medicina
Med. Lftr.

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y Sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Manuel Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Ivan Villos Lobos Rojas
C.M.P. 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARDIVAN VILLOS LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Edison V. Barahona
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Med. Edison V. Barahona
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

CARLOS IVAN ALVARO ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
"BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. FRANCISCO MUÑOZ
C.M.P. 17982
Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
"BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Mario Tena
C.M.P. 17982
Jefe Departamento de Grupos

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 27281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 17982
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 2595
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Fernando Muñoz Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 47400 R.N. 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Manriquez Ramos
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS MANRIQUEZ RAMOS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. 10447
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE ESTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando C.M.P. 16322
Jefe Departamento de Medicina

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco M. M. Neyto Muñoz
C.M.P. 16322
JEFE OPTOMETRIA Y C.O.
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Vasquez Barahona
CMP 41600 RNE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CC
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos

CARLOS IVAN VIALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE ESTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Luis Morante
C.M.P. 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 D.N.E. 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

Dr. Pedro Ramos
C.M.P. 39123
FISIOTERAPISTA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237284

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE BELEN LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE BELEN LAMBAYEQUE

Med. Mario Ferrer
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alarcon Alvarado
C.M.P. N° 19475
Jefe Departamento de Cirugía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Estrella Nieto
C.M.P. N° 15802
JEFE OPTICA Y ANESTESIOLOGIA

Med. Edilson Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 - AINE 25961
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Med. Lopez Ramos
39123
ANESTESIOLOGIA

CARLOS IVAN VIALCABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Abur
C.M.P. N° 13562
Jefe Departamento de Cirugía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Lindel Nejaña Muñoz
C.M.P. N° 17902
JEFE DEPTO. ANESTESIOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. N° 41400 RNE 25961
JEFE DEPTO. DE EMERGENCIA Y C.C.

CARLOS IVAN VIALLOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIF. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. N° 16322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo		Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario	
Nº	Temática mínima del curso (*)				Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.				
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento.				
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.				
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.				
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.				
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.				
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.				
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.				
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.				
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.				
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.				
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.				
TOTAL DE HORA					

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Arango A.
C.M.P. 11 19812
Jefe Departamento de Cirugía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Parahona
C.M.P. 41100 R.N. 25961
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Rados

CHRISTIAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16122
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Alvarado
C.M.P. N° 15322
Jefe Departamento de Medicina

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Simón Neyra
C.M.P. N° 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP 41400 RNE 25961
REPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Raúl López Ramos

CARLOS IVAN VILLABO BOSTROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Hino Morante
C.M.P. N° 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Mario Fernando Mateo /
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Ci

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Méd. Luis Ríos Morante
C.M.P. 15322
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

Med Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 R.F. 25961
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abu
S.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirujía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
CMP: 41400 AFE: 75961
Jefe Depto. Anestesiología y C.C.
Med. Pedro Raúl López Ramos

CARLOS IVAN VILLOBOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. N° 19362
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Luis Ríos Morante
C.M.P. N° 15122
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°

....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Negrón Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25981
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25981
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLASOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Luis Rios Morante
C.M.P. 16332
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19382
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

CARLOS IVAN PINO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Edison Vasquez Balamona
CMP 41400 RNE 15361
JEFE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Abel Neyra Muñoz
C.M.P. 17952
JEFE OPTO. AUSTRALIA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Luis Elio Morante
C.M.P. 11122
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. ...
C.M.P. 31123
JEFE GINECO-OBSTETRICIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO – ÍTEM 12 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO – ÍTEM 12 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un campímetro computarizado, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO – ÍTEM 12 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para el correcto diagnóstico paciente de patologías de los globos oculares.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C. 10113
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO COMPUTARIZADO, UTILIZADO EN OFTALMOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL CAMPO VISUAL CENTRAL PERIFÉRICO Y DE UTILIDAD EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE EFECTOS DE OFTALMOPATÍAS.
B. COMPONENTES	
B01	MEDIDA Y PROCESAMIENTO DE DATOS MEDIANTE SISTEMA COMPUTARIZADO.
CÚPULA Y SISTEMA DE COMPUTO.	
B02	MODELO COMPACTO DE ULTIMA GENERACIÓN (HARDWARE Y SOFTWARE).
B03	SISTEMA COMPUTARIZADO CON ALMACENAMIENTO DE DATOS MEDIANTE DISCO DURO INTERNO (200 GB O MAS) O ALMACENAMIENTO EXTERNO DE 1 TERABYTE O MAS.
B04	IMPRESORA LASER PARA IMPRESIÓN DE RESULTADOS.
B06	SOFTWARE COMPLETO PARA ANÁLISIS DE EXÁMENES DE PERIMETRÍA. CAMPO PERIFÉRICO Y CAMPO CENTRAL DE TODO TIPO DE PACIENTES CON PAQUETES ESTADÍSTICOS COMPLETOS.
B07	ESTÁNDARES DE GOLDMANN: TAMAÑO I, II, III, IV Y V, CON NIVELES DE INTENSIDAD DE ESTIMULO AI MENOS DESDE 1a HASTA 4e.
B08	DURACIÓN DEL ESTIMULO DE 200 ms COMO MÍNIMO.
B09	ILUMINACIÓN DE FONDO: AI MENOS ESTÁNDAR DE GOLDMANN (31.5 ASB APROX).
B10	SISTEMA DE CONTROL AUTOMÁTICO DE FIJACIÓN DE PACIENTE.
B11	MANEJO SIMPLIFICADO.
B12	SOFTWARE DE ANÁLISIS PROGRESIVO DE GLAUCOMA (GPA) O EQUIVALENTE.
B13	SISTEMA DE SEGUIDOR DE MIRADA.
B14	MEDIDOR DE PUPILA AUTOMÁTICO.
EXÁMENES	
B15	PARA TODO TIPO DE EXÁMENES DE CAMPO VISUAL PERIMÉTRICO Y CENTRAL
B16	PERMITIR PRUEBAS DE CAMPO VISUAL 90° SEXAGESIMALES O MAYOR, MEDIDO DESDE EI CENTRO EN EI PLANO HORIZONTAL.
B17	CON SISTEMA DE EXÁMENES ESTÁTICOS Y CINÉTICOS COMPLETOS.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Mario
Jefe de
D. M. P. N. de
D. M. P. N. de

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

B18	EXÁMENES PARA DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA, ENFERMEDADES RETÍNALES, NEUROLÓGICOS, PÉRDIDA DE VISIÓN CENTRAL, PÉRDIDA DE VISIÓN PERIFÉRICA MACULOPATÍAS Y OTROS TEST.
B19	EXAMEN BLANCO / BLANCO, AZUL /AMARILLO.
B20	ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA EXÁMENES RÁPIDOS Y EXÁMENES COMPLETOS DE UMBRAL.
B21	DATOS ANALIZADOS EN FUNCIÓN DE EDAD, UMBRAL, ÁREA DE CAMPO VISUAL Y CUANTIFICACIÓN DEL DEFECTO.
B22	EXÁMENES: 24-2, 30-2, 10-2 MACULA 60-4 O EQUIVALENTE.
B23	VALORES ESTADÍSTICOS GHT, MD, PSD, GPA O EQUIVALENTES.
B24	CON SISTEMAS DE EXÁMENES ESTÁTICO, GHT, MD, GPA SITA-SWAP O EQUIVALENTES.
SISTEMA DE PRESENTACIÓN DE DATOS	
B25	REPRESENTACIÓN GRÁFICA EN ESCALA DE GRISES (MULTINIVEL)
B26	REPRESENTACIÓN GRAFICA EN DECIBELIOS (dB)
B27	PARÁMETROS: DESVIACIÓN, PORCENTAJES, ÍNDICES GLOBALES Y CORRECCIÓN.
B28	DATOS DEL EXAMEN Y DEL PACIENTE.
B29	PANTALLA O MONITOR DE VISUALIZACIÓN DE EXAMEN Y OJO DEL PACIENTE.
B30	BASE DE DATOS NORMALIZADA A NIVEL MUNDIAL Y RESULTADOS UNIVERSALMENTE COMPATIBLES.
B31	TODOS LOS SOFTWARE INSTALADOS DEBERÁN CONTAR CON SUS RESPECTIVAS LICENCIAS.
C. PERIFÉRICOS/ADITAMENTOS	
C01	ADITAMENTOS COMPLETOS PARA CONTENER CÓMODAMENTE AL PACIENTE COMO APOYA FRENTE, MENTONERA CONFORTABLE, PORTA LENTE, SILLA ADECUADA PARA EXÁMENES DE FÁCIL VARIACIÓN DE ALTURA, ETC.
C02	UN (01) MESA ELÉCTRICA PORTA EQUIPO, DE ALTURA VARIABLE QUE PERMITA EL EXAMEN DE PACIENTES EN SILLAS DE RUEDAS.
C03	UN (01) JUEGO DE FUNDAS PARA PROTECCIÓN DEL EQUIPO.
C04	UN (01) TECLADO EXTERNO COMPATIBLE, EN CASO DE SER REQUERIDO.
C05	UN (01) MOUSE EXTERNO COMPATIBLE EN CASO DE SER REQUERIDO.
C06	UN (01) PULSADOR PARA PACIENTE.
C07	UN (01) UPS CON CAPACIDAD EN LA SALIDA MAYOR O IGUAL AL 120% DE LA POTENCIA NOMINAL TOTAL DEL EQUIPO (CARGA TOTAL INCLUYENDO PERIFÉRICOS).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 V / 60 Hz (CON TOLERANCIA SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD)

D02	UN (01) UPS DE DOBLE CONVERSIÓN AC/DC DCIAC Y TRANSFORMADOR DE AISLAMIENTO INTERNO A LA SALIDA. VOLTAJE DE ENTRADA: 220V \pm 10% O MAYOR; VOLTAJE DE SALIDA: 220V \pm 3% O MENOR; CAPACIDAD DE POTENCIA EN SALIDA: 25% O MÁS POR ENCIMA DE LA POTENCIA TOTAL DEL EQUIPO; AUTONOMÍA DE BATERÍA MÍNIMO 10 MINUTOS A CARGA MÁXIMA.
E. ACCESORIOS	
E01	TRES (03) LÁMPARAS DE REPUESTO PARA ILUMINACIÓN DE FONDO (CAMPANA) (EN CASO DE NO SER TECNOLÓGICA LED).
E02	TRES (03) LÁMPARAS DE REPUESTO PARA ILUMINACIÓN DE BLANCO (ESTIMULO) (EN CASO DE NO SER TECNOLOGÍA LED).
E03	EXÁMENES PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES.
E04	CONFIGURACIÓN DE COLOR DE ESTÍMULOS EN RGB.

OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO.
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario P. Pineda Matar
C. P. N. Pineda Matar
Jefe Departamento de

CARLOS WALTER SALCEDO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.9 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales más adecuados para proteger dichos bienes durante el tránsito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando...
CAMP N.º...
Jefe Departamento...

CARLOS WILLY ALBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y Repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LA ESPERANZA - BELEN
Med. Mario Fernando Mota Alvarado
C.M.P. N° 10540
Jefe Departamento de Mantenimiento

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO 6
REG. CIP. 237281

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD - BELÉN
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19162
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261 7

- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Matos Aburto
C.M.P. 19662
Jefe Departamento de Mantenimiento

CARLOS VARGAS LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 137261

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

med. Mario Esteban Maldonado
C.O.P. N° 19700
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE - BELEN
Med. María C. M. P. M. 153
Jefe Departamento de Mantenimiento

CARLOS IVAN TILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23726110

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VALDERRAMA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

DISTRITO : LAMBAYEQUE.

DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE
Med. Mario
Jefe Departamento

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Muro
C.A. P. N. 10
Jefe Departamento de C.

CARESI WATTAUCOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23726h3

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor Incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
 LAMBAYEQUE
 Med. Mario Pimentel Muñoz Almeyda
 Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN PALLOBO ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261



		<ul style="list-style-type: none"> Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
B.1	FACTURACIÓN

Requisitos:

En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS DE OFTALMOLOGÍA EN GENERAL.

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL VICENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. M. P. No. 10362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VALERO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



	<p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
 LAMBAYEQUE

Med. María Fernanda Mateo Aburto
 C.M.P. N° 19362
 Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLASBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

17

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario E. Martín Mateo Alurto
C.P. N° 19462
Jefe Departamento de Cirugía

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261
18

**FORMATO N ° 02**

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.

10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

19

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Maria Fernanda Maren Aburto
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS MANUEL ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces


CARLOS ALAN YALOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261
20


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL "FERNANDEZ BELÉN"
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernan
C.M.P. N° 12345
Jefe Departamento de Cirugía
FORMATO N° 03



Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19462
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 04

CARLOS MANUEL GOSTOJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

Nº	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE - BELEN
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M. N.º 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 05

CARLOS WILLY ALOBO ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237281



Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
 LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
 C.M.P. 18762
 Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 06

CARLOS MANUEL ROSAS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIR. 207261

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELLEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Muñoz Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 07

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 14382
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 08

CARLOS MAN VILLO ROS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento.			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

FORMATO N° 09

CARLOS MANUEL ALLOS RUIZ
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

26



Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.F.N. 14702
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 10

CARLOS V. ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO 27
REG. CIP. 237261

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

FORMATO N° 11

CARLOS WALTER ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

28

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LA LAMBAYEQUE
Med. Mario Pineda Marín Alvarado
C.M.S. N° 15163
Jefe Departamento de Cirugía



Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
Mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELÉN
 LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Cuervo
 Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 12

CARLOS EDUARDO CALOBOS ROJAS
 INGENIERO ELECTRONICO
 REG. CIP. 237261 29

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario P. Fernando Mateo Abuyta
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 13

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL BELEN LAMBAYEQUE
.....
Med. Mario Fernando Nieto Aburto
C.M.P. N° 14000
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CENTRIFUGA PARA TUBOS – ÍTEM 13 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CENTRIFUGA PARA TUBOS – ÍTEM 13 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un CENTRIFUGA PARA TUBOS, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N.º 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CENTRIFUGA PARA TUBOS – ÍTEM 13 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar centrifugas de 12 tubos para la realización de procedimientos médicos que aporten al diagnóstico clínico.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA CENTRÍFUGA DE 24 TUBOS	
MARCA	: INDICAR OFERTA.
MODELO	: INDICAR OFERTA.
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA.
CANTIDAD	: 04 UNIDADES.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO QUE GENERA MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN PARA SEPARAR LOS COMPONENTES QUE CONSTITUYEN UNA SUSTANCIA.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	EQUIPO DE SOBRE DE MESA.
B02	CON CAPACIDAD PARA 12 TUBOS. TIPO VACUTAINER DE 5ML A 10 ML (INCLUYE ADAPTADORES).
B03	MOTOR DE INDUCCIÓN, LIBRE DE MANTENIMIENTO
B04	CÁMARA INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE
B05	VIDRIO O ELEMENTO TRANSPARENTE EN LA TAPA, A FIN DE COLOCAR UN TACÓMETRO Y COMPROBAR LAS VELOCIDADES PROGRAMADAS EN LA CENTRIFUGA (OPCIONAL).
B06	VELOCIDAD DE CENTRIFUGA: MAYOR A 200 RPM Y MENOR QUE 6000 RPM.
B07	NIVEL DE RUIDO IGUAL O MENOR A 65dB
B08	TIEMPO PROGRAMABLE DESDE 1 MIN HASTA 60 MIN O RANGO MAYOR Y FORMA CONTINUA.
B09	TECLA DE RCF PARA CAMBIAR LA VELOCIDAD DE RPM A RCF
B10	DESBLOQUEO DE EMERGENCIA.
B11	SEGURO DE CIERRE DE PUERTA MIENTRAS EL EQUIPO SE ENCUENTRA CENTRIFUGANDO.
B12	PROTECCIÓN DEL MOTOR CONTRA SOBRECALENTAMIENTO.
B13	FRENO AUTOMÁTICO ANTE DETECCIÓN DE DESBALANCE.
CONTROL	
B14	CONTROLADO POR MICROPROCESADOR
B15	PROGRAMACIÓN DE LOS PARÁMETROS: VELOCIDAD Y TIEMPO.
B16	AJUSTE DEL NIVEL DE FRENADO.
B17	TIEMPO PROGRAMABLE HASTA 99 MIN.
VISUALIZACIÓN E INDICADORES	
B18	DISPLAY DIGITAL PARA NIVELES DE VELOCIDAD Y TIEMPO.
B19	INDICACIÓN DE ACCELERACIÓN CENTRÍFUGA RELATIVA (RCF).
B20	INDICADOR DE TAPA ABIERTA Y CERRADA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

B21	INDICADOR DE ERRORES.
COMPONENTES	
B22	ROTOR ANGULAR DE 12 POSICIONES
B23	CABEZAL DE ROTOR ANGULAR DE ENTRE 25° Y 45°.
C. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
C01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
C02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
D. OTROS	
D01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
D02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
D03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (SEGÚN LA DISPOSICIÓN DE LOS HORARIOS Y PERSONAL MEDICO, BIÓLOGOS Y MANTENIMIENTO).
D04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
D05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO
D06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
E. PLAZO DE ENTREGA	
E01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
CIP 27463 - R.N.E. 403622
JEFF UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Carlos Ivan Vilca Lobos Rojas
INGENIERO MEGATRONICO
REG. CIP. 237261

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MANVILLANOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

EL CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.


El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 27342 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO


CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VICALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBERNANCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonarda Cecilia Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
IEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.

DISTRITO LAMBAYEQUE.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO


CARLOS IVAN VALDIVIA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27483 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS HUAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

$$F \times \text{plazo en días}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
Médico Geriatra
C.M.F. (2453) D.O.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la información indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLANUBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

		<p>presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
----------	--

¹ En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo J. Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS TIAN VILLAS BOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MEDICOS DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en</p>
-----	--------------------	---

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

	<p>consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<u>Requisitos:</u>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS VÍCTOR LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.


CARLOS VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS VARGAS ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos (Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° DE Orden de Compra, Contrato N°

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada, El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

20

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS TRIN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Carlos Ivan Vialobos Rojas
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.I.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonard García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03022
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS VANCELOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Galicia Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VALDEBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
P.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VALLOBO ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 22463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VALALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27453 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS WAN VILLASBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 4453 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VIALCABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL – ÍTEM 14 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL – ÍTEM 14 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un coche de intubación, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL – ÍTEM 14 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para atender de forma inmediata a pacientes que requieran de manejo de la vía aérea difícil.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
PROVINCIA REGIONAL DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	<p>UNIDAD MÓVIL EQUIPADA CON DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL Y RESOLVERLOS DENTRO DE AMBIENTES HOSPITALARIOS O ASISTENCIALES COMO EMERGENCIA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CENTRO QUIRÚRGICO.</p> <p>QUE Deberá CONTENER COMO MÍNIMO: Resucitador Manual Adulto, Resucitador Manual Pediátrico, Laringoscopios De Fibra Óptica, Aspirador De Secreciones Y Balón De Oxígeno, Con Sistema De Seguridad De Cierre De Puerta Para Evitar La Manipulación Innecesaria Y No Autorizada.</p>
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	<p>FABRICADO EN POLÍMERO ABS RESISTENTE AL IMPACTO, TABLERO SUPERIOR DE ABS QUE PUEDA LIMPIAR FÁCILMENTE , EQUIPO CON 4 CAJONES COMO MÍNIMO Y DIVISIONES INTERNAS, CON EMPUÑADURA PARA EMPUJAR Y DESPLEGAR FÁCILMENTE, EQUIPADO CON 4 GARRUCHAS DE GRADO HOSPITALARIO, OMNIDIRECCIONALES, CON FRENOS, DISEÑO CON SOPORTE, ETIQUETAS EN LOS CAJONES, PORTA SUERO DE ALTURA REGULABLE CON 4 GANCHOS COMO MÍNIMO, SOPORTE PARA BALÓN DE OXÍGENO, CANASTILLA MULTIFUNCIÓN, SISTEMA DE BLOQUEO CENTRAL, EQUIPADO CON TOMACORRIENTE ADOSADO AL COCHE, SOPORTE PARA CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZO CORTANTE, 02 TACHOS PARA DESECHOS DE DISTINTOS COLORES.</p>
RESUCITADOR MANUAL ADULTO	
B02	<p>UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 1200ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO DE TAMAÑO 4, 5 CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.</p>
RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO	
B03	<p>UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 400 ML Y MENOR O IGUAL A 1000 ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO – PEDIÁTRICAS DE TAMAÑOS 2,3, CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.</p>
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	

B04	CON INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA, FILTRO BACTERICIDA, DE BAJO NIVEL DE RUIDO, PRESIÓN DE VACÍO REGULABLE DE 470 MMHG O MAYOR, CAPACIDAD DE SUCCIÓN NO MENOR DE 20 LTS/MIN, FRASCO DE PLÁSTICO CON CAPACIDAD DE 1 LT O MAYOR, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ESCALA DE MEDIDA EN ALTO O BAJO RELIEVE, DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBRE FLUJO, UN (01) FRASCO DE REPUESTO, VEINTE (20) CÁNULAS DE SUCCIÓN, DIEZ ADULTOS Y DIEZ PEDIÁTRICAS, DESECHABLES, DIEZ (20) FILTROS ADICIONALES DE REPUESTO. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).
LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA	
B05	LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, CON FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20.000 HORAS O MAYOR, CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: CUATRO (04) TIPO MACINTOSH DE TAMAÑOS 1,2,3,4 Y CUATRO (04) TIPO MILLER DE TAMAÑOS 0,1,2,3, CON MANGO TIPO C PARA BATERÍA RECARGABLE, INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA, CON BATERÍA Y FUENTE LUMINOSA DE REPUESTO.
VIDEO LARINGOSCOPIO	
B06	VIDEO LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, DE PUNTA ARTICULADA, CON FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20.000 HORAS O MAYOR CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: TRES (03) TIPO MACINTOSH DE PUNTA ARTICULADA DE TAMAÑOS 2,3,4, CON BATERÍA RECARGABLE DE TIEMPO APROXIMADO DE USO DE 60 MINUTOS O MÁS; INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA.
SET DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO	
B07	SET DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO DE URGENCIA ADULTO Y PEDIATRICO, DESCARTABLE.
SET DE CRICOTIROTOMIA PERCUTÁNEO DESCARTABLE.	
B08	UNA UNIDAD.
MANÓMETRO PORTÁTIL	
B09	MANÓMETRO PORTÁTIL PARA CONTROL Y MONITOREO DE PRESIÓN EN MASCARILLAS Y TUBOS ENDOTRAQUEALES.
C. ACCESORIOS	
C01	MÁSCARAS LARÍNGEAS REUTILIZABLES, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, TRES (03) UNIDADES POR TAMAÑO Y DE SILICONA DESECHABLE, CON VÁLVULA DE CONTROL UNIVERSAL Y MARCADO DE PROFUNDIDAD, TAMAÑOS DE N° 1,1.5,2,2.5,3,4 Y 5.
C02	MÁSCARA LARÍNGEA DESECHABLE CON ACCESO GÁSTRICO, LIBRE DE LÁTEX, CON CURVA ANATÓMICA, VÁLVULA DE CONTROL UNIVERSAL. TAMAÑOS DE N° 3, 4 Y 5.
C03	TUBOS ENDOTRAQUEAL Y SUS RESPECTIVAS GUÍAS, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 4, 5, 6, 6.5, 7, 7.5 Y 8.
C04	TUBOS OROFARINGES, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 3,4,5.

C05	TUBOS NASOFARINGES DE DIFERENTES TAMAÑOS CON GUÍA, PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO.
C06	PINZA MAGILL ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO.
C07	BALÓN DE OXÍGENO TIPO E, DE ALUMINIO, CON VÁLVULA CGA-870, CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANÓMETRO Y FLUJÓMETRO (HASTA 15 LPM O MAYOR).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FÍSICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FÍSICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO
E06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO PARA LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS EN LA PRESENTE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(50) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo

transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.

- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de

carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

EL CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.

- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Lemuel Neyra Muñoz
C.M.P. 77982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VIALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



- a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
- c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
- d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
- e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
- g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días**

calendario (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución

pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:

10

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17952
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Israel Neyra Muñoz
C.M.P. 7982
JEFE DTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Amador Neyra Muñoz
C.M. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.



Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.



		<ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N ° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N ° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: Equipos médicos de soporte de vida en general.</p> <p>Acreditación:</p>

	<p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p>
--	--

16

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Landolf Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
MFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

		<p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

17

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 7982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.G.

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

18

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17882
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos (Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

19

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

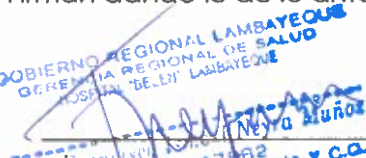
Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.


Firman dando fe de lo anterior:


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "Belen" LAMBAYEQUE
Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

20


CARLOS W. VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 1 1982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muños
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. FRANCISCO SANCHEZ Neyro Muñoz
C.M. N. 17082
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Manuel Neyra Muñoz
C.O.P. 17882
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
CENTRO DE SALUD BELEN LAMBAYEQUE
Dr. F. Muñoz
C.M.P. 17862
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CA.

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

25

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
CENTRO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Lomel Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Neyra Muñoz
C.M.P. 1982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

27

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco del Neira Muñoz
C.R.P. 17992
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANTUA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

29

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL TILLY LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Meyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Nieyra Muños
C.M.P. 17502
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Ayta Muñoz
C.M.P. 7-232
JEFE OPTO. ANESESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS IVAN VALDIVIA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE COCHES DE PARO EQUIPADO – ÍTEM 15 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE COCHES DE PARO EQUIPADO – ÍTEM 15 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un COCHES DE PARO EQUIPADO, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales, tales como las áreas críticas que requieren de dispositivos preparados para la atención médica de emergencia. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE COCHES DE PARO EQUIPADO – ÍTEM 15 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para la atención médica de emergencia, que permita la organización de insumos médicos para optimizar los tiempos de atención y respuesta en la aplicación de procedimientos médicos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COCHE DE PARO EQUIPADO - I	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
SERVICIO	: CIRUGÍA, ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO, MEDICINA INTERNA, EMERGENCIA.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	UNIDAD MÓVIL MECÁNICA USADA PARA BRINDAR AUXILIO Y ABASTECIMIENTO EN UNIDADES DE REANIMACIÓN, SU MISIÓN ES ENLAZAR LA PARTE HUMANA CON EL EQUIPO MATERIAL PERMITIENDO QUE LOS RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, DENTRO DE UN HOSPITAL, PUEDA LLEGAR DE MANERA EFECTIVA AL LUGAR DONDE SE PRESENTÓ UN PARO CARDIORRESPIRATORIO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FABRICADO EN POLÍMERO ABS RESISTENTE AL IMPACTO, CON PLATAFORMA SUPERIOR CON SISTEMA DE SEGURIDAD PARA EVITAR CAÍDA DEL DESFIBRILADOR, TABLERO SUPERIOR DE ABS QUE PUEDA LIMPIAR FÁCILMENTE , EQUIPO CON 5 CAJONES COMO MÍNIMO Y DIVISIONES INTERNAS, CON EMPUÑADURA PARA EMPUJAR Y DESPLEGAR FÁCILMENTE, EQUIPADO CON 4 GARRUCHAS DE GRADO HOSPITALARIO, OMNIDIRECCIONALES, CON FRENOS, DISEÑO CON SOPORTE, ETIQUETAS EN LOS CAJONES, PORTA SUERO DE ALTURA REGULABLE CON 4 GANCHOS COMO MÍNIMO, SOPORTE PARA BALÓN DE OXÍGENO, CANASTILLA MULTIFUNCIÓN, SISTEMA DE BLOQUEO CENTRAL, EQUIPADO CON TOMACORRIENTE ADOSADO AL COCHE DE PARO, SOPORTE PARA CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZO CORTANTE, 02 TACHOS PARA DESECHOS DE DISTINTOS COLORES, 01 REPISA PARA DESFIBRILADOR, DESMONTABLES.
RESUCITADOR MANUAL ADULTO	
B02	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 1200ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO 4, 5 CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.
RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO	
B03	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 400 ML Y MENOR O IGUAL A 1000 ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO – PEDIÁTRICAS DE TAMAÑOS 2,3, CON BORDES ACOJINADOS,

	ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) Bolsas Reservorio de Oxígeno y Diez (10) Líneas para Conexión de Balón de Oxígeno.
DESFIBRILADOR CON MONITOR DE TIPO PORTÁTIL, CON PALETAS EXTERNAS	
B04	<p>CONTROL DE POTENCIA DE DESFIBRILACIÓN PASO A PASO, CON PANTALLA DISPLAY DE TIPO TFT O LCD DE 5" PULGADAS COMO MÍNIMO, CON INTERFASE PARA USUARIO EN IDIOMAS ESPAÑOL E INGLÉS COMO MÍNIMO, VISUALIZACIÓN DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN TANTO PROGRAMADA COMO LIBERADA AL PACIENTE, DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN DE TIPO BIFÁSICA DE HASTA 200 JOULES EN PASOS INDIVIDUALES O EN MODO CONTINUO AUTOMÁTICO Y MANUAL, CON MARCAPASOS NO INVASIVO PARA SINCRONIZACIÓN DE DESFIBRILACIÓN, SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES DE PROGRAMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO AJUSTABLES POR EL USUARIO, CON DOS (02) CABLES TRONCAL DE ECG Y DOS (02) JUEGOS DE RAMALES DE TRES (03) LATIGUILLOS, CON IMPRESORA REGISTRADORA INTEGRADA AL EQUIPO, UN (01) JUEGO DE PALETAS ADULTO/PEDIÁTRICO DE ADAPTACIÓN PARA USO DESMONTABLE, UNA (01) BOTELLA DE GEL CONDUCTOR PARA ECG, VEINTE (20) ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA, CIENTO (100) ELECTRODOS DESCARTABLES PARA ECG TIPO BROCHE.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	
B05	<p>CON INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA, FILTRO BACTERICIDA, DE BAJO NIVEL DE RUIDO, PRESIÓN DE VACÍO REGULABLE HASTA 470 MMHG O MAYOR, CAPACIDAD DE SUCCIÓN NO MENOR DE 20 LTS/MIN, FRASCO DE PLÁSTICO CON CAPACIDAD DE 1 LT O MAYOR, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ESCALA DE MEDIDA EN ALTO O BAJO RELIEVE, DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBRE FLUJO, UN (01) FRASCO DE REPUESTO, VEINTE (20) CÁNULAS DE SUCCIÓN, DIEZ ADULTOS Y DIEZ PEDIÁTRICAS, DESECHABLES, DIEZ (10) FILTROS ADICIONALES DE REPUESTO.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA	
B06	LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, CON FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20,000 HORAS O MAYOR, CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: CUATRO (04) TIPO MACINTOSH DE TAMAÑOS 1,2,3,4 Y CUATRO (04) TIPO MILLER DE TAMAÑOS 0,1,2,3, CON MANGO TIPO C PARA BATERÍA RECARGABLE, INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA, CON BATERÍA Y FUENTE LUMINOSA DE REPUESTO.
VIDEO LARINGOSCOPIO	
B07	VIDEO LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, DE PUNTA ARTICULADA, CON FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20,000 HORAS O MAYOR CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: TRES (03) TIPO MACINTOSH DE PUNTA

	ARTICULADA DE TAMAÑOS 2,3,4, CON MANGO TIPO AA PARA BATERÍA RECARGABLE; INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA CON BATERÍA Y FUENTE LUMINOSA DE REPUESTO.
EQUIPO DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO	
B08	EQUIPO DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO DE URGENCIA ADULTO DESCARTABLE.
MANÓMETRO PORTÁTIL	
B09	MANÓMETRO PORTÁTIL PARA CONTROL Y MONITOREO DE PRESIÓN EN MASCARILLAS Y TUBOS ENDOTRAQUEALES.
C. ACCESORIOS	
C01	MÁSCARAS LARÍNGEAS REUTILIZABLES, TRES (03) UNIDADES POR TAMAÑO Y DE SILICONA DESECHABLE, CON VÁLVULA DE CONTROL UNIVERSAL Y MARCADO DE PROFUNDIDAD, TAMAÑOS DE N° 1,1.5,2,2.5,3,4 Y 5.
C02	TUBOS ENDOTRAQUEAL Y SUS RESPECTIVAS GUÍAS, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 4, 5, 6, 6.5, 7, 7.5 Y 8.
C03	TUBOS OROFARINGES, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 3,4,5.
C05	PINZA MAGILL ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO.
C06	BALÓN DE OXÍGENO TIPO E, DE ALUMINIO, CON VÁLVULA CGA-870, CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANÓMETRO Y FLUJÓMETRO (HASTA 15 LPM O MAYOR).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FÍSICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FÍSICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO PARA LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS EN LA PRESENTE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(50) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COCHE DE PARO EQUIPADO - II	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
SERVICIO	: GINECO OBSTETRICIA.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	UNIDAD MÓVIL MECÁNICA USADA PARA BRINDAR AUXILIO Y ABASTECIMIENTO EN UNIDADES DE REANIMACIÓN, SU MISIÓN ES ENLAZAR LA PARTE HUMANA CON EL EQUIPO MATERIAL PERMITIENDO QUE LOS RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, DENTRO DE UN HOSPITAL, PUEDA LLEGAR DE MANERA EFECTIVA AL LUGAR DONDE SE PRESENTÓ UN PARO CARDIORRESPIRATORIO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FABRICADO EN POLÍMERO ABS RESISTENTE AL IMPACTO, CON PLATAFORMA SUPERIOR CON SISTEMA DE SEGURIDAD PARA EVITAR CAÍDA DEL DESFIBRILADOR, TABLERO SUPERIOR DE ABS QUE PUEDA LIMPIAR FÁCILMENTE , EQUIPO CON 5 CAJONES COMO MÍNIMO Y DIVISIONES INTERNAS, CON EMPUÑADURA PARA EMPUJAR Y DESPLEGAR FÁCILMENTE, EQUIPADO CON 4 GARRUCHAS DE GRADO HOSPITALARIO, OMNIDIRECCIONALES, CON FRENOS, DISEÑO CON SOPORTE, ETIQUETAS EN LOS CAJONES, PORTA SUERO DE ALTURA REGULABLE CON 4 GANCHOS COMO MÍNIMO, SOPORTE PARA BALÓN DE OXÍGENO, CANASTILLA MULTIFUNCIÓN, SISTEMA DE BLOQUEO CENTRAL, EQUIPADO CON TOMACORRIENTE ADOSADO AL COCHE DE PARO, SOPORTE PARA CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZO CORTANTE, 02 TACHOS PARA DESECHOS DE DISTINTOS COLORES, 01 REPISA PARA DESFIBRILADOR, DESMONTABLES.
RESUCITADOR MANUAL ADULTO	
B02	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 1200ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO 4, 5 CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.
DESFIBRILADOR CON MONITOR DE TIPO PORTÁTIL, CON PALETAS EXTERNAS	
B03	CONTROL DE POTENCIA DE DESFIBRILACIÓN PASO A PASO, CON PANTALLA DISPLAY DE TIPO TFT O LCD DE 5" PULGADAS COMO MÍNIMO, CON INTERFASE PARA USUARIO EN IDIOMAS ESPAÑOL E INGLÉS COMO MÍNIMO, VISUALIZACIÓN DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN TANTO PROGRAMADA COMO LIBERADA AL PACIENTE, DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN DE TIPO BIFÁSICA DE HASTA 200 JOULES EN PASOS INDIVIDUALES O EN MODO CONTINUO AUTOMÁTICO Y MANUAL, CON

	<p>MARCAPASOS NO INVASIVO PARA SINCRONIZACIÓN DE DESFIBRILACIÓN, SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES DE PROGRAMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO AJUSTABLES POR EL USUARIO, CON DOS (02) CABLES TRONCAL DE ECG Y DOS (02) JUEGOS DE RAMALES DE TRES (03) LATIGUILLOS, CON IMPRESORA REGISTRADORA INTEGRADA AL EQUIPO, UN (01) JUEGO DE PALETAS ADULTO DE ADAPTACIÓN PARA USO DESMONTABLE, UNA (01) BOTELLA DE GEL CONDUCTOR PARA ECG, VEINTE (20) ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA, CIEN (100) ELECTRODOS DESCARTABLES PARA ECG TIPO BROCHE.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	
B04	<p>CON INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA, FILTRO BACTERICIDA, DE BAJO NIVEL DE RUIDO, PRESIÓN DE VACÍO REGULABLE HASTA 470 MMHG O MAYOR, CAPACIDAD DE SUCCIÓN NO MENOR DE 20 LTS/MIN, FRASCO DE PLÁSTICO CON CAPACIDAD DE 1 LT O MAYOR, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ESCALA DE MEDIDA EN ALTO O BAJO RELIEVE, DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBRE FLUJO, UN (01) FRASCO DE REPUESTO, VEINTE (20) CÁNULAS DE SUCCIÓN, DIEZ ADULTOS Y DIEZ PEDIÁTRICAS, DESECHABLES, DIEZ (10) FILTROS ADICIONALES DE REPUESTO.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
EQUIPO DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO	
B05	EQUIPO DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEO DE URGENCIA ADULTO DESCARTABLE.
MANÓMETRO PORTÁTIL	
B06	MANÓMETRO PORTÁTIL PARA CONTROL Y MONITOREO DE PRESIÓN EN MASCARILLAS Y TUBOS ENDOTRAQUEALES.
C. ACCESORIOS	
C01	MÁSCARAS LARÍNGEAS REUTILIZABLES, TRES (03) UNIDADES POR TAMAÑO Y DE SILICONA DESECHABLE, CON VÁLVULA DE CONTROL UNIVERSAL Y MARCADO DE PROFUNDIDAD, TAMAÑOS DE N° 1,1.5,2,2.5,3,4 Y 5.
C02	TUBOS ENDOTRAQUEAL Y SUS RESPECTIVAS GUÍAS, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 4, 5, 6, 6.5, 7, 7.5 Y 8.
C03	TUBOS OROFARINGES, TRES (03) UNIDADES POR CADA TAMAÑO N° 3,4,5.
C05	PINZA MAGILL ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO.
C06	BALÓN DE OXÍGENO TIPO E, DE ALUMINIO, CON VÁLVULA CGA-870, CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANÓMETRO Y FLUJÓMETRO (HASTA 15 LPM O MAYOR).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
OTROS	



E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FISICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FISICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO PARA LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS EN LA PRESENTE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(50) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COCHE DE PARO EQUIPADO - III	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
SERVICIO	: PEDIATRÍA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	UNIDAD MÓVIL MECÁNICA USADA PARA BRINDAR AUXILIO Y ABASTECIMIENTO EN UNIDADES DE REANIMACIÓN.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	FABRICADO EN POLÍMERO ABS RESISTENTE AL IMPACTO, CON PLATAFORMA SUPERIOR CON SISTEMA DE SEGURIDAD PARA EVITAR CAÍDA DEL DESFIBRILADOR, TABLERO SUPERIOR DE ABS QUE PUEDA LIMPIAR FÁCILMENTE , EQUIPO CON 5 CAJONES COMO MÍNIMO Y DIVISIONES INTERNAS, CON EMPUÑADURA PARA EMPUJAR Y DESPLEGAR FÁCILMENTE, EQUIPADO CON 4 GARRUCHAS DE GRADO HOSPITALARIO, OMNIDIRECCIONALES, CON FRENOS, DISEÑO CON SOPORTE, ETIQUETAS EN LOS CAJONES, PORTA SUERO DE ALTURA REGULABLE CON 4 GANCHOS COMO MÍNIMO, SOPORTE PARA BALÓN DE OXÍGENO, CANASTILLA MULTIFUNCIÓN, SISTEMA DE BLOQUEO CENTRAL, EQUIPADO CON TOMACORRIENTE ADOSADO AL COCHE DE PARO, SOPORTE PARA CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZO CORTANTE, 02 TACHOS PARA DESECHOS DE DISTINTOS COLORES, 01 REPISA PARA DESFIBRILADOR, DESMONTABLES.
RESUCITADOR MANUAL ADULTO	
B02	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 1200ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO 4, 5 CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.
RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO	
B03	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 400 ML Y MENOR O IGUAL A 1000 ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS ADULTO – PEDIÁTRICAS DE TAMAÑOS 2,3, CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.
RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	
	UNA (01) BOLSA DE SILICONA, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ACUMULADOR DE OXÍGENO CON CAPACIDAD MAYOR A 280 ML Y

	MENOR O IGUAL A 500 ML, CON VÁLVULA DE PEEP ESTERILIZABLE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBREPRESIÓN, CUATRO (04) MASCARILLAS NEONATALES (DOS PARA PREMATUROS Y DOS PARA NIÑO DE TERMINO) CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICAS, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE, DIEZ (10) BOLSAS RESERVORIO DE OXÍGENO Y DIEZ (10) LÍNEAS PARA CONEXIÓN DE BALÓN DE OXÍGENO.
DESFIBRILADOR CON MONITOR DE TIPO PORTÁTIL, CON PALETAS EXTERNAS	
B04	<p>CONTROL DE POTENCIA DE DESFIBRILACIÓN PASO A PASO, CON PANTALLA DISPLAY DE TIPO TFT O LCD DE 5" PULGADAS COMO MÍNIMO, CON INTERFASE PARA USUARIO EN IDIOMAS ESPAÑOL E INGLÉS COMO MÍNIMO, VISUALIZACIÓN DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN TANTO PROGRAMADA COMO LIBERADA AL PACIENTE, DE ENERGÍA DE DESFIBRILACIÓN DE TIPO BIFÁSICA DE HASTA 200 JOULES EN PASOS INDIVIDUALES O EN MODO CONTINUO AUTOMÁTICO Y MANUAL, CON MARCAPASOS NO INVASIVO PARA SINCRONIZACIÓN DE DESFIBRILACIÓN, SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES DE PROGRAMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO AJUSTABLES POR EL USUARIO, CON DOS (02) CABLES TRONCAL DE ECG Y DOS (02) JUEGOS DE RAMALES DE TRES (03) LATIGUILLOS, CON IMPRESORA REGISTRADORA INTEGRADA AL EQUIPO, UN (01) JUEGO DE PALETAS ADULTO/PEDIÁTRICO DE ADAPTACIÓN PARA USO DESMONTABLE, UNA (01) BOTELLA DE GEL CONDUCTOR PARA ECG, VEINTE (20) ROLLOS DE PAPEL PARA LA IMPRESORA, CIENTO (100) ELECTRODOS DESCARTABLES PARA ECG TIPO BROCHE.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	
B05	<p>CON INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA, FILTRO BACTERICIDA, DE BAJO NIVEL DE RUIDO, PRESIÓN DE VACÍO REGULABLE HASTA 470 MMHG O MAYOR, CAPACIDAD DE SUCCIÓN NO MENOR DE 20 LTS/MIN, FRASCO DE PLÁSTICO CON CAPACIDAD DE 1 LT O MAYOR, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE, CON ESCALA DE MEDIDA EN ALTO O BAJO RELIEVE, DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBRE FLUJO, UN (01) FRASCO DE REPUESTO, VEINTE (20) CÁNULAS DE SUCCIÓN, DIEZ ADULTOS Y DIEZ PEDIÁTRICAS, DESECHABLES, DIEZ (10) FILTROS ADICIONALES DE REPUESTO.</p> <p>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA 220 VAC, 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).</p>
LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA	
B06	LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, CON FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20,000 HORAS O MAYOR, CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: CUATRO (04) TIPO MACINTOSH DE TAMAÑOS 1,2,3,4 Y CUATRO (04) TIPO MILLER DE TAMAÑOS 0,1,2,3, CON MANGO TIPO C PARA BATERÍA RECARGABLE, INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA, CON BATERÍA Y FUENTE LUMINOSA DE REPUESTO.
VIDEO LARINGOSCOPIO	
B07	VIDEO LARINGOSCOPIO DE FIBRA ÓPTICA, DE PUNTA ARTICULADA, CON

	FUENTE DE ILUMINACIÓN LED LUZ BLANCA, TEMPERATURA DE COLOR 5000°K, TIEMPO DE VIDA DE 20,000 HORAS O MAYOR CON HOJAS DE ACERO INOXIDABLE, REUSABLES: TRES (03) TIPO MACINTOSH DE PUNTA ARTICULADA DE TAMAÑOS 2,3,4, CON MANGO TIPO AA PARA BATERÍA RECARGABLE; INCLUYE CARGADOR DE BATERÍA CON BATERÍA Y FUENTE LUMINOSA DE REPUESTO.
MANÓMETRO PORTÁTIL	
B08	MANÓMETRO PORTÁTIL PARA CONTROL Y MONITOREO DE PRESIÓN EN MASCARILLAS Y TUBOS ENDOTRAQUEALES.
C. ACCESORIOS	
C01	MÁSCARAS LARÍNGEAS REUTILIZABLES, TRES (03) UNIDADES POR (03) TAMAÑOS ESTÁNDAR Y DE SILICONA DESECHABLE, CON VÁLVULA DE CONTROL UNIVERSAL Y MARCADO DE PROFUNDIDAD.
C02	TUBOS ENDOTRAQUEAL Y SUS RESPECTIVAS GUÍAS, TRES (03) UNIDADES POR (03) TAMAÑOS ESTÁNDAR PEDIÁTRICO.
C03	TUBOS OROFARINGES, TRES (03) UNIDADES POR (03) TAMAÑOS ESTÁNDAR PEDIATRICO
C05	PINZA MAGILL ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE PARA PACIENTE PEDIÁTRICO.
C06	BALÓN DE OXÍGENO TIPO E, DE ALUMINIO, CON VÁLVULA CGA-870, CON REGULADOR DE PRESIÓN, MANÓMETRO Y FLUJÓMETRO (HASTA 15 LPM O MAYOR).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FISICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (DIGITAL Y FISICO), DE TODOS LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DEL COCHE DE PARO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO PARA LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS EN LA PRESENTE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(50) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.



5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el

derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:



- a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
- a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.

- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO



Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.



- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.



5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 50 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)



- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la *Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.*

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D, respectivamente (I, II, III).

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL	
A.1	REPRESENTACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N ° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N ° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.



		<p>Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	--

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: Equipos médicos de soporte de vida en general.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>



	<p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y</p>
--	---



		presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.
--	--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en
.....

.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista



FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda



FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, donidentificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CONGELADORA DE PLASMA – ÍTEM 16 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CONGELADORA DE PLASMA – ÍTEM 16 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un congelador vertical de plasma, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CONGELADORA DE PLASMA – ÍTEM 16 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para el correcto almacenaje de plasma en condiciones óptimas.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MANUEL VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO MEDICO, UTILIZADO PARA MANTENER CONGELADO A -70°C LOS DIFERENTES COMPONENTES ORGÁNICOS DE LOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, POR UN TIEMPO PROLONGADO PARA UNA ADECUADA CONSERVACIÓN, PARA LO CUAL CUMPLE CON DETERMINADAS CONDICIONES DE CONTROL DE TEMPERATURA Y LAS ALARMAS RESPECTIVAS.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	MODELO VERTICAL.
B02	TIPO CONGELADOR: ULTRA BAJA TEMPERATURA.
B03	CAPACIDAD DE LA CÁMARA DE CONGELACIÓN DEBE SER MAYOR O IGUAL A 420 LITROS A MÁS.
B04	PANEL O MONITOR PANTALLA DIGITAL DE 5" COMO MÍNIMO.
B05	DISEÑO ERGONÓMICO: ASA DE PUERTA CÓMODA.
B06	CON CERRADURA EN LA PUERTA.
B07	RUEDAS GIRATORIAS CON FRENOS.
B08	COMPRESOR HERMÉTICAMENTE SELLADO.
B09	REFRIGERANTE TIPO ECOLÓGICO Y NATURAL: R290 Y R170 Ó R404A Y R508B O CUALQUIER OTRO TIPO DE GAS REFRIGERANTE LIBRE DE CFC Y HCFC
B10	DESCONGELADO AUTOMÁTICO.
B11	FILTRO REMOVIBLE Y LAVABLE.
B12	AISLAMIENTO DE ESPUMA DE URETANO LIBRE DE CFC O EQUIVALENTE EN LAS PAREDES Y EN LA PUERTA.
B13	CÁMARA INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE.
B14	DIVISIONES INTERIORES CON PUERTAS.
B15	BANDEJAS INTERIORES DIVISORAS DE ACERO INOXIDABLE IGUAL O MAS DE 03.
B16	DIVISIONES INTERIORES CON PUERTAS.
B17	NIVEL DE RUIDO: 60DB O MENOR.
C. COMPONENTES	
SISTEMA DE CONTROL	
C01	CONTROLADO POR MICROCONTROLADOR.
C02	RANGO DE TEMPERATURA: MÍNIMA ENTRE -40 Y -55°C MÁXIMA ENTRE -70 A -

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo G. Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

	86°C
C03	PUERTO DE COMUNICACIÓN RS232 O RS485 O USB O RJ45 Y SOFTWARE DE COMUNICACIÓN.
C04	BATERÍA DE RESPALDO PARA EL SISTEMA DE CONTROL CONTRA FALLA DE ENERGÍA ELÉCTRICA.
C05	MEMORIA PARA ALMACENAMIENTO DE: TEMPERATURA Y ALARMAS.
C06	INDICADOR DIGITAL DE TEMPERATURA DE LA CÁMARA.
C07	INDICADOR DIGITAL DE TEMPERATURA AMBIENTAL.
C08	TRANSFERENCIA DE DATOS POR PUERTO USB (DATA LOGGER, SOFTWARE, ETC.)
C09	SISTEMA DE PRUEBA DE ALARMA DE TEMPERATURA O SISTEMA DE AUTODIAGNÓSTICO
ALARMAS	
C10	PROGRAMACIÓN DE NIVELES DE ALARMA DE TEMPERATURA.
C11	ALARMA AUDIOVISUAL EN CASO DESVIACIÓN DE TEMPERATURA.
C12	ALARMA DE FALLA EN LA ENERGÍA ELÉCTRICA.
C13	ALARMA DE PUERTA ABIERTA.
C14	SILENCIADOR DE ALARMA.
C15	INDICADOR DE BATERÍA BAJA.
C16	CONEXIÓN DE ALARMA REMOTA.
D. PERIFÉRICOS	
D01	REGISTRADOR CIRCULAR DE TEMPERATURA (TERMÓGRAFO)
D02	MONITOR REMOTO DE TEMPERATURA Y ALARMAS.
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
E02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
F. ACCESORIOS	
F01	SISTEMA DE RESPALDO EXTERNO DE NITROGENO LIQUIDO O DIÓXIDO DE CARBONO (C02).
F02	DOS (02) PARES DE GUANTES DE SEGURIDAD.
F03	CINCUENTA (50) UNIDADES DE PAPEL CIRCULAR DE SIETE DIAS.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

G. OTROS	
G01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
G02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
G03	ENTREGA DE DOS (02) VIDEOS DE CAPACITACIÓN, (01) PARA EL PERSONAL USUARIO Y (01) PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
G04	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
G05	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
G06	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO.
G07	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
H01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonora García Manosalva
FISICO CIRUJANO
C.M. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD LOGISTICA DIAGNOSTICO

CARLOS TRIVILLINO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonarda Gálvez Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MANUEL SANCHEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

CARLOS IVAN DELALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN DELALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS WILLY SALDOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
IEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLAROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN YANILLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Georgina García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C. M. S. - R. N. E. 403622
JEFE DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.


Documentos para el pago por Mantenimiento:


- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leylaide García Manosalva
Médico Cirujano
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD AROYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

postor Incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VILLACOROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonard García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A036124
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N ° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N ° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN DE MEDICAMENTOS, LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii)</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS VARGAS LALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRÓNICO
REG. CIP. 237261

	<p>comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación</p>
--	---

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

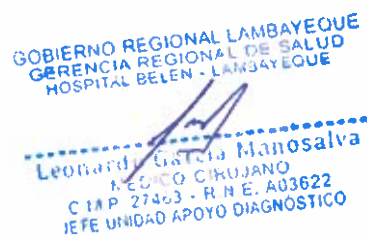
Leonardo Carlos Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

	<p>sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


CARLOS MANUEL SALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonard García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.I.P. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

FORMATO N ° 02

**Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)**

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
Médico CIRUJANO
C.M.P. 27363 - R.N.E. A03622
18FE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Manuel Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27483 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 03

Ficha técnica


Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE


Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO


CARLOS IVÁN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
 Dr. Carlos Manuel Alvarado Manosalva
 CIRUJANO
 R.N.E. A03622
 SERVICIO DE PRONÓSTICO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS MANUEL ALVARADO ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIR. 237261

FORMATO N° 05**Resultados del protocolo de pruebas**

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

 María Manosalva
 O CIRUJANO
 C. M. E. 0003 - R. N. E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

 CARLOS VARGAS ALBOS ROJAS
 INGENIERO ELECTRONICO
 REG. CIP. 237281

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO


CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonilda Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MAN VILLALOBOS RIQUEZ
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS HERNÁNDEZ ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonilda Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLASBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. OIP. 237281

FORMATO N° 10**Programa de mantenimiento preventivo**

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. OIF 237261

FORMATO N° 11**Procedimientos de mantenimiento preventivo**

N ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

Vº Bº del Vº Bº del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.M.E. A03622
IEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Carlos Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 27453 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14**Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios**

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS VAN VILLOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE


Leonardo Valva Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CUNA DE CALOR RADIANTE – ÍTEM 18 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CUNA DE CALOR RADIANTE – ÍTEM 18 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un CUNA DE CALOR RADIANTE, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de que aporten de manera positiva un apoyo en la realización de cirugías en pacientes neonatales, asegurando una temperatura adecuada en la cual intervenir el paciente. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CUNA DE CALOR RADIANTE – ÍTEM 18 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar una cuna de calor radiante que permita la realización de procedimientos medico quirúrgicos en pacientes neonatos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ruizos
C.M.P. 33123
JEFE OPTO - GINECO-GASTROENTERIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPO CUNA DE CALOR RADIANTE	
MARCA	: INDICAR.
MODELO	: INDICAR.
PROCEDENCIA:	INDICAR.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO RODABLE, SE UTILIZA EN LA RECEPCIÓN Y SOPORTE DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS, PARA MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DEL NEONATO, A TRAVÉS DE LA EXPOSICIÓN DEL NEONATO A UNA DETERMINADA FUENTE DE CALOR, CON ADITAMENTOS PARA EL SOPORTE DE VIDA INMEDIATO AL PARTO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	RODABLE, CON FRENOS EN LAS CUATRO RUEDAS.
B02	CONTROL POR MICROPROCESADOR O MICROCONTROLADOR.
B03	TERMORREGULACIÓN UNIFORME POR TODO EL COLCHÓN.
B04	SOPORTE RESPIRATORIO INTEGRADO
B05	SUMINISTRO AUTOMÁTICO DE FIO2, FLUJO, PRESIÓN MÁXIMA, FRECUENCIA Y PEEP EN MODULO RESPIRATORIO INTEGRADO
B06	PRECALENTAMIENTO AUTOMÁTICO
B07	AJUSTE DE LA POTENCIA DEL CALEFACTOR EN INCREMENTOS DEL 10%.
B08	SONDA DE TEMPERATURA AMBIENTE PARA AJUSTAR AUTOMÁTICAMENTE POTENCIA DEL CALEFACTOR.
B09	CABEZAL DEL MODULO DE LA CUNA TÉRMICA CON GIRO DE 90°C DE LADO A LADO.
B10	PANTALLA LCD O TFT O MEJOR TECNOLOGÍA, A COLORES SENSIBLE AL TACTO DE 7" O MAS.
B11	SISTEMA DE ALARMA AUDIBLE PROGRESIVA.
B12	AJUSTE DE LA ALTURA VARIABLE MEDIANTE PEDALES SITUADOS A CADA LADO DE LA CUNA.
B13	PANELES LATERALES PARA ACCESO AL NEONATO
B14	BARRA PORTA SUEROS
B15	BALANZA INTEGRADA CON RANGO DE PESO DE 500 GRS A 7000 GRS o RANGO MAYOR
B16	ASPIRADOR TIPO VENTURI CON DEPOSITO PARA SECRECIONES Y VACUÓMETRO
B17	VISUALIZACIÓN DE POTENCIA UTILIZADA, TEMPERATURA DE PACIENTE, TEMPERATURA DE CONTROL.

CARLOS DARY LALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Zarkos
C.M.P. 39128
JEFE DPTO. GINECO OBSTETRICIA



B18	FUENTE DE ILUMINACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE LUZ LED BLANCA CON INTENSIDAD REGULABLE.
B19	UN (01) CAJÓN COMO MÍNIMO.
B20	CON CAPACIDAD DE INCLINACIÓN DE LA CUNA (O PLATAFORMA DEL COLCHÓN) DE 12° COMO MÍNIMO O CAPACIDAD DE REALIZAR POSICIÓN TRENDELENBURG Y TRENDELENBURG INVERSA.
B21	BANDEJA INTEGRADA PARA CHASIS DE RAYOS X (ACCESO A LA BANDEJA, SIN NECESIDAD DE MOVER AL NEONATO).
B22	INDICADORES DE USO: PRECALENTAMIENTO O CALENTAMIENTO, SERVO CONTROL Y MANUAL.
B23	AUTO TEST O AUTODIAGNÓSTICO DE INICIO.

SISTEMA DE CONTROL DE TEMPERATURA

B24	TEMPERATURA DEL NEONATO +/- 1°C DEL PUNTO DE AJUSTE.
B25	TEMPERATURA ALTA CUTÁNEA 39°C +/- 0.2°C.
B26	SONDA DE CIRCUITO CORTO O ABIERTO.

SISTEMA DE CALOR RADIANTE

B27	MODO MANUAL: CONTROL DE POTENCIA UTILIZADA (DE 1 A 100%).
B28	MODO SERVO CONTROLADO DE TEMPERATURA DE PIEL: RANGO AJUSTABLE DE 34°C O MENOS A 37°C O MÁS.

ALARMAS AUDIOVISUALES

B29	DE TEMPERATURA DE PIEL.
B30	DE SENSOR DE TEMPERATURA DESCONECTADO O AVERIADO.
B31	DE TIEMPO TRANSCURRIDO EN CONTROL MANUAL.
B32	DE FALLA DE SISTEMA.
B33	DE FALLA DE RED O ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA.
B34	DE SPO2 ALTO Y BAJO.
B35	DE FRECUENCIA CARDIACA ALTA Y BAJA O TEMPERATURA EXCESIVA PARA LA FUNCION CPAP.
B36	SILENCIADOR DE ALARMA.
B37	TEMPORIZADOR APGAR: 1,5, 10 MINUTOS
B38	TEMPORIZADOR VISUAL DE HASTA 1 HORA.

SUMINISTRO DE GAS AL PACIENTE

B39	RANGO DE CONTROL DE FLUJO 0-15 LPM
B40	LÍMITE DE PRESIÓN EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS AJUSTABLE DE 0-50 CM H2O CON LÍMITE PREESTABLECIDO INTERNO DE 60 CM H2O

MODULO DE REANIMACIÓN

B41	PRESIÓN DE SUMINISTRO DE PARED 40-75 PSI (275-517 kPa)
-----	--

CARLOS WALTER ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dr. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dr. Pedro José López Rufo
CMP. 30120
JEFE DPTO - GINECO GINECOLOGIA



B42	PRESIÓN DE LA BOTELLA 2900 PSI MAX
RESUCITADOR	
B43	RANGO AJUSTABLE DE FRECUENCIA RESPIRATORIA
B44	RELACIÓN I:E FIJADA AL 1:2 NOMINAL COMO MÍNIMO.
B45	PRESIÓN (PEEP): 0-18 H2O COMO MÍNIMO.
B46	MEZCLADOR DE PRECISIÓN DE 21-100% O2 +/- 3% O2 O MENOS.
OXÍMETRO DE PULSO	
B47	INTEGRADO EN EL EQUIPO, PARA VISUALIZACIÓN EN LA PANTALLA DEL EQUIPO.
B48	CON SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE INTERFERENCIAS POR MOVIMIENTO Y/O BAJA PERFUSIÓN.
B49	VISUALIZACIÓN DE ONDA PLESTIMOGRÁFICA.
C. ADITAMENTOS	
C01	CUATRO (04) BARANDAS DE SEGURIDAD (PARA EL PERÍMETRO DE LA CUNA), DE LAS CUALES COMO MÍNIMO TRES (03) DEBEN SER ABATIBLES CON AMORTIGUADORES.
C02	UN (01) PORTA SUERO PARA FIJACIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN.
C03	UN (01) CILINDRO DE OXÍGENO TIPO E CON VÁLVULA TIPO PIN INDEX Y REGULADOR DE PRESIÓN CON MANÓMETRO, FIJADO AL EQUIPO MEDIANTE UN SOPORTE.
C04	UN (01) SOPORTE PORTA MONITOR.
C05	CRONOMETRO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y APGAR.
D. ACCESORIOS	
D01	TRES (03) SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL REUSABLES O SESENTA (60) DESCARTABLES.
D02	QUINCE (15) CIRCUITOS DESECHABLES DE PACIENTE PARA LA UNIDAD DE RESUCITACIÓN Y/O REANIMACIÓN (INCLUIR VÁLVULA DE PIEZA EN T).
D03	UNA (01) COLCHONETA CON ALIVIO DE PRESIÓN Y DE MATERIAL ANTI FLUIDOS.
D04	20 BOTELLAS DE SUCCIÓN DESECHABLES
D05	SEIS (06) SENSORES DE OXIMETRÍA REUSABLE CON CABLE DE EXTENSIÓN AL EQUIPO.
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
E02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
OTROS	

CARLOS IVAN LALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Alarón
CMP. 60934 - RNEP. 33904
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Pablo López Marinos
CMP. 60934 - RNEP. 33904
JEFE OPTO - GERENCIA REGIONAL

F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN INGLES Y/O CASTELLANO
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN INGLES Y/O CASTELLANO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MINIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" - LAMBAYEQUE
Dr. GUILLERMO LÓPEZ RIVERA

CARLOS IVÁN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 93984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA reponer los bienes que fueren

CARLOS HERNAN LALOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60534 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Luis Linares Rojas
C.N.P. 39123
JEFE DE GINECO-OBSTETRICIA

SEGUROS

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

CARLOS VAN VILLER ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Dra. Katherine M. Sánchez Mórón
C.M.P. 60934 - R.N.E.: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "SELENE" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo Pizarro Riano
C.N.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA



Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa oportunamente la labor del servicio usuario.

CARLOS HERNÁNDEZ ROMAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Moya
C.M.P. 60034 - R.N.C. 33064



- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
JEFE DPTO. GINECO OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Pedro Pablo Lopez
C.M.P. 38173
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
[Firma]
Dra. Katherine M. S. Moron
C.M.P. 60021 - F.M.S. 00004
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:

Respetar la dignidad y orden personal en todo momento

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M. 10000
JEFE DPTO. - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS WATVIEL ROBOS ROJAS
INGENIERO - MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Katherine M. Sánchez Morán
CMP. 60934 - R.N.C. 99904
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.

CARLOS TRAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine J. Sánchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 2423
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA



- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro A. López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Alvarado
CMP. 60934 • RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

$$\text{Fx plazo en días}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

CARLOS NANCALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro José López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN <u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

15



		<ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA NEONATALES EN GENERAL.</p> <p><u>Acreditación:</u></p>

CARLOS WALTER LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Katheryne M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro R. M. López Ramos
C.M.P. 33123
JEFE OPTO - GINECO GINECOLOGIA



La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Rojas
CIP. 39143
JEFE DPTO. - GINECO GINECOLOGIA

CARLOS IVAN VILLABOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Pacheco Moron
CIP. 60934 - KNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



		<p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


CARLOS IVAN DE ALVAREZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 • RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M. 29123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA 18

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.


Ciudad, de de


CARLOS VAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Firma y sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 80934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Pedro V. L. Ruiz
C.M.P. 237261
JEFE DPTO. PEDIATRIA

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

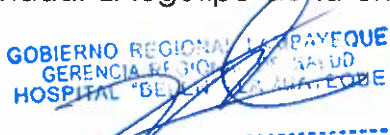
DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo Lopez Ramos
C.M.P. 24123
JEFE DPTO - GINECO GINECOLOGIA

20

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón

CMB: 60934 - RNE: 33984

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista


CARLOS VAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dr. P. [Signature]
C.M.P. 30123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN PICHALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Delfino Carlos Lopez
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DPTO. CLINICA PEDIATRIA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado - Valor esperado

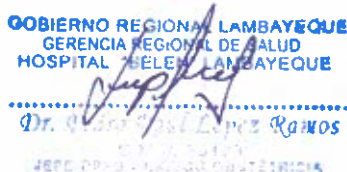
(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.


(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces


CARLOS IVAN VELA LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. GIP. 287281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Carlos Lopez Ramos
JEFE DPTO. RADIOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital


CARLOS NATIVEL ROBLES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dr. Juan Carlos Ruiz
CMP. 39123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

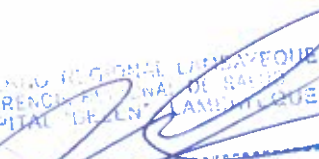
Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raul Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP: 60934 - FINE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dr. Paredes
C.M.P.
JEFE DPTO - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Sánchez Ramos
C.M.P. 60934
JEFE DPTO. GYN. Y OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

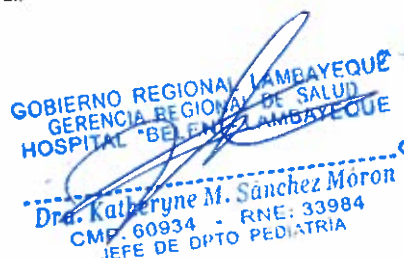
NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS MANTILLA ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Piedad Gomez Ramos
CMP. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista


CARLOS YAN VIES ALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Luis López Ríos
C.O.P. 20123
JEFE DPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VILALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33084
JEFE DPTO PEDIATRIA

30

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS MANUEL ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Katherine M. Sánchez Alvarado
CMP. 60934 • RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro RIVERA RAMOS
CMP. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.


Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda


CARLOS VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Paul Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. S. Lopez Moron
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS VASQUEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Manuel López Ramos
C.M.P. 30123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO – ÍTEM 20 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO – ÍTEM 20 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un ecógrafo oftalmológico, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-I, requiere de forma primordial contar con equipos de diagnóstico por imágenes para la detección de patologías. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO – ÍTEM 20 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar un ecógrafo oftalmológico para la detección de patologías por el método de diagnóstico por ultrasonido.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO UTILIZADO PARA MEDICIÓN DE ESTRUCTURAS OCULARES, EVALUACIÓN DINÁMICA Y PARA EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGÍAS DEL GLOBO OCULAR Y CÁLCULOS DEL LIO
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	MODELO DE SOBREMESA.
B02	MONITOR A COLOR CON PANTALLA DE 15 PULGADAS O MÁS.
B03	256 TONALIDADES DE GRISES COMO MÍNIMO.
B04	QUE PERMITA EL INGRESO DE DATOS DE PACIENTE.
B05	PROGRAMAS PERSONALIZADOS CONFIGURABLES.
B06	CAPACIDAD DE TRANSFERENCIA DE DATOS E IMÁGENES A UNA PC.
MODOS DE OPERACIÓN	
MODO A: BIOMETRÍA Y DIAGNÓSTICO ESTANDARIZADO	
B07	CON SISTEMA DE FIJACIÓN EXTERNO O INTERNO DE LUZ O LEO O LÁSER.
B08	ALMACENAMIENTO MÍNIMO DE DIEZ (10) TOMAS (SCANS) POR OJO.
B09	RESOLUCIÓN: MENOR O IGUAL A 0.02 mm.
B10	MEDIDA DE LONGITUD AXIAL, PROFUNDIDAD DE CÁMARA ANTERIOR, GRUESO DEL LENTE, LONGITUD DE CUERPO VÍTREO
B11	PROGRAMAS PRE-DETERMINADOS DELIO: HOLLADAY, SRK-T, HAIGIS, HOFFER-Q
MODO B	
B12	ANGULO DE EXPLORACIÓN: MAYOR O IGUALA 50°.
B13	MÁXIMA PROFUNDIDAD DE EXPLORACIÓN: MAYOR O IGUAL A 35 mm.
B14	GANANCIA VARIABLE: HASTA 90 dB O MÁS.
B15	DOS (02) NIVELES DE ZOOM COMO MÍNIMO.
B16	CURVAS DE GANANCIA.
MODO UBM (BIOMICROSCOPIA ULTRASÓNICA)	
B17	RESOLUCIÓN: MENOR O IGUALA 0.06 mm.
B18	MÁXIMA PROFUNDIDAD DE EXPLORACIÓN: MAYOR O IGUAL A 7 mm.
MEDICIONES	
B19	MEDIDA DE DISTANCIAS Y ÁREAS.


 CARLOS IVAN VILLANOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
 LAMBAYEQUE 2

Med. Mario Feysando Mateo Aburto
 C.M.P. 11 111111
 Jefe Departamento de Cirugía



C. COMPONENTES	
TRANSDUCTORES	
C01	UN (01) TRANSDUCTOR PARA MODO A ESTANDARIZADO CON FRECUENCIA DE TRABAJO DE 8 MHz \pm 2 MHz. PARA DIAGNÓSTICO TISULAR (DIAGNÓSTICO DE TUMORES)
C02	UN (01) TRANSDUCTOR A - SCAN CON FRECUENCIA DE TRABAJO DE 10 MHz \pm 2 MHz.
C03	UN (01) TRANSDUCTOR B - SCAN CON FRECUENCIA DE TRABAJO DE 15 - 20 MHz.
C04	UN (01) TRANSDUCTOR PARA UBM CON FRECUENCIA DE TRABAJO MAYOR O IGUAL A 40 MHz.
D. ACCESORIOS	
D01	COCHE MÓVIL PORTA EQUIPO.
D02	VIDEO IMPRESORA BLANCO Y NEGRO, PARA FORMATO A6, CON RESOLUCIÓN NO MENOR A 260 DPI Y 256 NIVELES DE GRIS O IMPRESORA TÉRMICA INTEGRADA AL EQUIPO
D03	IMPRESORA DE INYECCIÓN DE TINTA A COLOR DE 600 DPI X 600 DPI COMO MÍNIMO, PARA FORMATO A4.
D04	UN (01) PEDAL DE ACTIVACIÓN
D05	UN (01) UPS CON SISTEMA AC/DC/DC/AC (RECTIFICADOR/ CHOPPER-BATERIA I INVERSOR) Y TRANSFORMADOR DE BAJA IMPEDANCIA EN LA SALIDA, VOLTAJE DE ENTRADA : 220 V \pm 25%, VOLTAJE DE SALIDA : 220 V \pm 5%, CAPACIDAD EN LA SALIDA: MAYOR O IGUAL AL 120% DE LA POTENCIA NOMINAL TOTAL DEL EQUIPO.
D06	UN (01) SIMULADOR DE MODO A
D07	TRES (03) COPAS PARA ECOGRAFÍA DE INMERSIÓN MODO A, DE DIFERENTES TAMAÑOS.
D08	TRES (03) COPAS PARA ECOGRAFÍA DE INMERSIÓN MODO B, DE DIFERENTES TAMAÑOS.
D09	QUINCE (15) FUNDAS PARA TRANSDUCTOR UBM.
D10	DOS (02) PAQUETES DE TINTA (NEGRA/COLOR) PARA IMPRESORA A COLOR.
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN

CARLOS TRIN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE ENFERMEDADES
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Abanto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MINIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE 4

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.F. N. 10360
Jefe Departamento de Cirugía



- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería

CARLOS VIAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

7
Med. Mario Fernando Mateo Aburta
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



- d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.

CARLOS THAYVEL ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL JOSE DE BELLEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.R. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

CARLOS IVAN VALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA PROVINCIAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Med. Mario Roberto Mateo Aburto
C.M.F. N° 1930
Jefe Departamento de Cirugía

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la

CARLOS YAN VIALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

Fx plazo en días


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
2
Med. Mario Fernando Marten
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y

CARLOS IVÁN BELLO ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	REPRESENTACIÓN <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <u>Acreditación:</u> <ul style="list-style-type: none">• Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas.• Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN <u>Requisitos</u> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <u>Acreditación</u> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS VAN VILLAS ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE 14

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19982
Jefe Departamento de Cirugía



		<p>Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se</p>

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N. 19265
Jefe Departamento de Cirujía

	<p>considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de</p>
--	--

CARLOS IVAN VILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirujía

		cancelación del comprobante de pago, según corresponda.
		Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

CARLOS MANUEL ROSAS ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS VAN VELDILLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.O.P. N° 18775
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PICHAY, JOYENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Armando Mateo Aburto
C.M.P.N. 19382
Jefe Departamento de Cirugía

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL VICENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario F. ...
C.M. ...
Jefe Departamento de Cirugía

20

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Gerardo Mateo Aburto
C.N.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR • BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS NAYVIL MATEO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL VICENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto	Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P.N. 15362
Jefe Departamento de Cirugía

24

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usuaría
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PRINCIPAL DUCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Altea Hurtado
C.M.S.N. 14302
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELEN"
LAMBAYEQUE

Mario Fernando Mateo Aburto
C.M. N° 14562
Jefe Departamento de Cirugía

26

FORMATO N° 09

**Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento**

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VELAZCO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Hurtado
C.M.P. N° 193012
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO.....
 REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
 LAMBAYEQUE

28
 Med. Mario Fernando Mateo Aburto
 C.M.P. N° 19342
 Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía 29

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS NANCY LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateu Aburto
C.M.P. 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda.....

CARLOS HINTELO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS IVAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

.....
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE CPAP – ÍTEM 22 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE CPAP – ÍTEM 22 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con equipos de CPAP, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE CPAP – ÍTEM 22 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para el tratamiento oportuno del paciente con deficiencias respiratorias.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS MANUEL ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33964
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN EQUIPO DE CPAP (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BASADO EN UN SISTEMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA QUE IMPULSA UNA PRESIÓN DE AIRE POSITIVA, LA MISMA QUE DEBERÁ HABER SIDO PREVIAMENTE CALENTADA Y HUMIDIFICADA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL REQUERIMIENTO DEL PACIENTE, Y QUE SERÁ ADMINISTRADO A ESTE POR MEDIO DE UN SISTEMA DE TUBOS CORRUGADOS Y MASCARILLAS, O BIGOTERAS, EN LAS VÍAS AÉREAS CON LA FINALIDAD DE MANTENER EL RECLUTAMIENTO ALVEOLAR ACTIVO, EVITANDO SU COLAPSO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	MEZCLADOR DE OXÍGENO - AIRE, CON AJUSTE DE PORCENTAJE DE CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO EN AIRE DE 21% A 100% EN PASOS DE 21, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 Y 100, COMO MÍNIMO.
B02	FLUJO MÁXIMO DE ENTRADA: 0-15 L/MIN TANTO PARA EL AIRE Y OXIGENO.
B03	SISTEMA DE CALEFACCIÓN Y HUMIDIFICACIÓN SERVOCONTROLADO CON SISTEMA DE SENSADO DE LÍNEA AÉREA.
B04	RANGO DE PRESIÓN DE 4 A 15 CM H ₂ O (CON INCREMENTOS DE 0.5).
B05	SISTEMA DE ALARMA DE ALTA Y BAJA PRESIÓN DE SUMINISTRO, ALARMA DE TEMPERATURA Y DE NIVELES DE HUMIFICACIÓN, FUERA DE RANGO PROGRAMADO.
PARTES	
B06	UN (01) GENERADOR DE PRESIÓN POSITIVA EN EL CIRCUITO QUE PERMITA REGULAR Y CONTROLAR EL FLUJO Y PRESIÓN ADMINISTRADOS AL PACIENTE, CON MEZCLA DE AIRE Y OXIGENO A PRESIONES CONTROLADAS, DE TIPO BLENDER, CON SOPORTE ESTABLE DE FÁCIL MOVILIZACIÓN DE TIPO POSTE O PLATAFORMA. UN FLUJÓMETRO DE 0 A 15 LITROS POR MINUTO. UN FLUJÓMETRO DE 0 A 3.5 LITROS POR MINUTO.
B07	02 MANGUERAS DE SUMINISTRO DE GASES (01 DE AIRE MEDICINAL Y 01 DE OXIGENO, CONEXIONES DE GRADO MÉDICO EN AMBOS EXTREMOS
B08	UN (01) SISTEMA HUMIFICADOR CONTROLADO QUE PERMITA EL CONTROL DEL NIVEL DE CALEFACCIÓN Y HUMIDIFICACIÓN DEL AIRE ADMINISTRADO AL PACIENTE A TRAVÉS DEL CIRCUITO. PARA USO EN TRATAMIENTO INVASIVO Y NO INVASIVO, VISUALIZACIÓN DE TEMPERATURA DE VÍAS AÉREAS Y DE LA CÁMARA, CON CALENTADOR TIPO HILO CALIENTE Y SERVOCONTROL DE TEMPERATURA
SILENCIADOR DE ALARMA	

CARLOS IVAN CALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33964
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



B09	ALARMAS DE HUMEDAD Y/O TEMPERATURA ALTA Y BAJA
B10	02 CABLES SENSOR DE TEMPERATURA DUAL
B11	02 CABLES CONEXIÓN HUMIDIFICADOR-CALEFACTOR
CÁMARAS DE HUMIDIFICACIÓN	
B12	PUERTOS DE ENTRADA Y SALIDA DE 22 MM DE MACHO
B13	VOLUMEN COMPRESIBLE 280 ML
B14	PRESIÓN MÁXIMA DE FUNCIONAMIENTO 80 CM H ₂ O
B15	FLUJO MÁXIMO DE 180L/MIN
TUBERÍA DE PRESIÓN	
B16	LÍMITE MÁXIMO DE PRESIÓN 17 CMH ₂ O A 8 LPM.
B17	CONECTOR DE ENTRADA: ADAPTADOR DE ENTRADA DE O ₂ .
B18	CONECTOR DE SALIDA: 22MM O 15 MM DE HEMBRA.
B19	PUERTO DE LUER HEMBRA.
B20	PUERTO DE ANALIZADOR DE OXÍGENO 22MM O 15 MM HEMBRAS.
CIRCUITO DE RESPIRACIÓN	
B21	CON HILO CALEFACTOR
B22	RAMA ESPIRATORIA E INSPIRATORIA DE 1.1 METROS APROXIMADOS
B23	CONECTORES Y ADAPTADORES
GENERADOR DE CPAP	
B24	PUERTO DE ENTRADA 15MM HEMBRA
B25	PUERTO DE SALIDA 22 MM MACHO
B26	VOLUMEN DEL RECIPIENTE BURBUJEADOR 500ML
B27	PRESIÓN DE CPAP 3-10MM H ₂ O PROMEDIO
C. ACCESORIOS	
C01	DIEZ (10) TUBOS CORRUGADOS PARA ADMINISTRAR EL FLUJO DE PRESIÓN POSITIVA A TRAVÉS DE MASCARILLAS Y/O BIGOTERAS DE MATERIAL SILICONADO FÁCILMENTE ESTERILIZABLE, PUEDE SER RECIRCULANTE CON SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE SECRECIONES O EXCESO DE HUMEDAD.
C02	VEINTICINCO (25) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITOS CPAP NASAL CON CIENTO (100) PRONGS Y GORROS EN CUATRO TAMAÑOS.
C03	SISTEMA DE SUJECCIÓN VERTICAL DESMONTABLE PARA EL SOPORTE DEL BLENDER, HUMIDIFICADOR Y GENERADOR DE CPAP, CON PORTA SUEROS DE ACERO INOXIDABLE EN LA PARTE SUPERIOR, CON RUEDAS, CON FRENO EN MÍNIMO DOS DE ELLAS.
INSUMOS	
C04	DOS (02) CASCOS CEFÁLICOS DE TAMAÑOS DIFERENTES (PREMATURO Y RECIÉN NACIDO A TÉRMINO) CON SUS RESPECTIVOS TUBOS DE CONEXIÓN.

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

C05	UN (01) JUEGO DE MANGUERAS DE OXÍGENO Y AIRE CON CONECTORES SEGÚN NORMA DISS.
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
D02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
E. OTROS	
E01	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE PRESIONES VALIDADO POR ENTIDAD COMPETENTE BASADO EN ISO/IEC 17025.
E02	CERTIFICADO DE SEGURIDAD ELÉCTRICA VALIDADO POR ENTIDAD COMPETENTE BASADO EN LA IEC 60601-1.
E03	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
E04	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
E05	ENTREGA DE DOS (02) VIDEOS DE CAPACITACIÓN, (01) PARA EL PERSONAL USUARIO Y (01) PARA EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
E06	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E07	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E08	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
E09	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del

CARLOS VASQUEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60234 - R.N.E. 53984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS IVAN VILLOSO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

CARLOS MANUEL COBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CME 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o

CARLOS MANUEL ROSAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237281

Dr. Kathy M. Sanchez Moron
CMP. 60954 RNE: 33954
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
GATO PEDIATRIA



Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las

CARLOS DANIEL ALBARRAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" DE LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sanchez Moran
CMP. 60934 - RNE: 32954
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

CARLOS IVAN VALDELOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morán
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA



5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Fx plazo en días

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - b.2) Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, data sheets o brochure de

CARLOS IVAN VILLALBA ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Morúa
CMP. 60934 - RNE: 33964
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor Incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del

¹ En caso de presentarse en consorcio.

CARLOS IVAN VILLALBA ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
14
Dra. Katherine M. Sanchez Moran
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



		<p>consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6)</p> <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p>

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

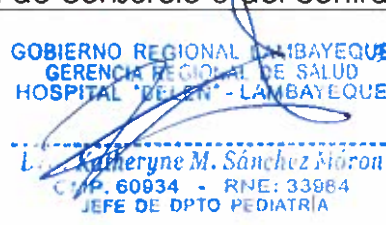
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Lirio
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

	<p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MEDICOS DE SOPORTE DE VIDA NEONATAL EN GENERAL.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de</p>
--	--


CARLOS WARI VISCOSOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE


Katherine M. Sánchez Morón
CIP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

16

	<p>consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


CARLOS IVAN VALDIVIA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine V. Sánchez Morón
CMI: 60934 - RNE: 03094
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

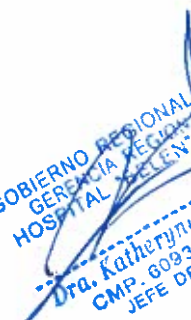
SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello Representante legal del
Contratista


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morán
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la


CARLOS IVAN VALDEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE


Dra. Katherine M. Sánchez Marón
CMP. 00934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista


CARLOS MATAMOROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - R.N.E. 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista


CARLOS MANVILLE ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces


CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS IVAN VALENZUELA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CNP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS IVAN VILALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

CARLOS IVAN VELA ALVARADO
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237281

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

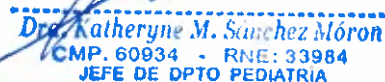
(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital


CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE


Dra. Katherine M. Sanchez Mórón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moran
CMP. 60834 - KMET 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo


Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP: 80934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

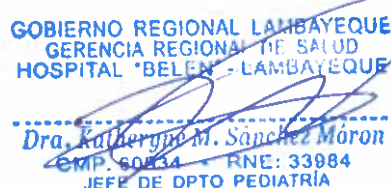
(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VALDIVIA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
EMP. 60834 • RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.


La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

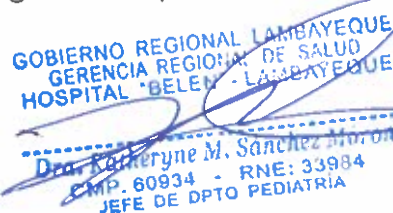
La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Dr. Katherlyne M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherlyne M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE ELECTROBISTURÍ – ÍTEM 24 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ELECTROBISTURÍ – ÍTEM 24 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un electrobisturí, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ELECTROBISTURÍ – ÍTEM 24 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo como complemento en las intervenciones quirúrgicas.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
MTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

CARLOS HERNÁNDEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPO ELECTROBISTURÍ	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A	GENERALES
A01	POTENCIA MÁXIMA BIPOLAR Y MONOPOLAR DE APROX. 400W O MAYOR
A02	GENERADOR DE ALTA FRECUENCIA MULTIDISCIPLINAR
A03	PANEL DE CONTROL CON PANTALLA LCD O LED O MEJOR TECNOLOGÍA DE 6" A MAS, CON COMO MÍNIMO CORTE MONOPOLAR, COAGULACION MONOPOLAR Y MODO BIPOLAR.
A04	SISTEMA DE ADAPTACION AUTOMATICA DE LA POTENCIA O VOLTAJE DE SALIDA A LAS DISTINTAS IMPEDANCIAS DE LOS TEJIDO Ó CONTROL AUTOMÁTICO DE IMPEDANCIA
A05	CONTROL DEL CONTACTO DEL ELECTRODO NEUTRO DE DOBLE CAMPO CON LA PIEL DEL PACIENTE
A06	MEMORIA PROGRAMABLE PARA CONFIGURAR PARÁMETROS Ó MEMORIZACIÓN DE CONDICIÓN DE TRABAJO O SIMILAR
A07	FUNCIONES DE REGULACION AUTOMATICA CONTROLADO POR MICROPROCESADOR(ES) O MICROPROCESADOR(ES)
A08	SISTEMA DE PROTECCIÓN CON DESACTIVACIÓN AUTOMÁTICA EN CASO DE FALLA O SISTEMA PARA SEGURIDAD DE PACIENTE
A09	INTERFACE QUE PERMITA CONECTIVIDAD CON MODULO PARA APLICACIONES DE ARGON PLASMA
A10	CON CAPACIDAD PARA USAR INSTRUMENTOS BIPOLARES PARA SELLADO DE VASOS (DE HASTA 7mm DE DIÁMETRO) MEDIANTE MÓDULO INTEGRADO O INDEPENDIENTE (RECOMENDADO POR EL FABRICANTE DEL EQUIPO)
B	COMPONENTES
	GENERADORES
B01	DOS (02) SALIDAS MONOPOLARES PARA CABLE-CONECTOR COMO MÍNIMO
B02	DOS (02) SALIDA BIPOLAR
B03	UNA (01) SALIDA UNIVERSAL PARA EL ELECTRODO NEUTRO
B04	ACTIVACIÓN MEDIANTE INTERRUPTOR MANUAL Y PEDAL
	POTENCIA MÁXIMA DE LOS MODOS DE EXPLORACIÓN
B05	MODO MONOPOLAR CORTE: 300W O MAYOR (AL MENOS TRES TIPOS DE CORTE)
B06	MODO MONOPOLAR COAGULACIÓN POR CONTACTO (FORZADA, SPRAY, ESTÁNDAR, ETC) 200W O MAYOR AL MENOS TRES MODOS DE COAGULACIÓN.
B07	MODO MONOPOLAR COAGULACIÓN SPRAY (MODULADA POR IMPULSOS) 70W O MAYOR
B08	MODO BIPOLAR COAGULACIÓN O BIPOLAR ESTÁNDAR 100W O MAYOR
B09	MODO BIPOLAR CORTE: 50W O MAYOR
C	ACCESORIOS
C01	PEDAL O PEDALES PARA ACTIVAR EL MODO MONOPOLAR DE CORTE/ COAGULACIÓN Y EL MODO BIPOLAR COAGULACIÓN CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
C02	ELECTRODOS NEUTROS TAMAÑO ADULTO DE DOBLE CAMPO (DE CAUCHO, SILICONA, GOMA CONDUCTORA O EQUIVALENTE FLEXIBLE): 05 ELECTRODOS REUSABLES CON ACCESORIOS SUJETADORES Ó 100 ELECTRODOS DESCARTABLES, CON DOS CABLE-CONECTOR AL EQUIPO COMO MÍNIMO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANUEL VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



C03	ELECTRODOS NEUTROS TAMAÑO PEDIÁTRICO DE DOBLE CAMPO (DE CAUCHO, SILICONA, GOMA CONDUCTORA O EQUIVALENTE FLEXIBLE): 05 ELECTRODOS REUSABLES CON ACCESORIOS SUJETADORES Ó 100 ELECTRODOS DESCARTABLES, CON DOS CABLE-CONECTOR AL EQUIPO COMO MÍNIMO.
C04	ELECTRODOS MONOPOLARES TAMAÑO CORTO: 06 REUSABLES Ó 60 DESCARTABLES TIPO CUCHILLA; SEIS (06) REUSABLES Ó SESENTA (60) DESCARTABLES TIPO AGUJA; SEIS (06) REUSABLES Ó SESENTA (60) DESCARTABLES TIPO ASA O LAZO Ó CONIZACIÓN (DE VARIOS DIÁMETROS); TRES (03) REUSABLES Ó TREINTA (30) DESCARTABLES TIPO BOLA (DE VARIOS DIÁMETROS)
C05	CABLE DE ALIMENTACIÓN CON TOMA A TIERRA DE GRADO MEDICO
C06	TRES (03) CABLES CONECTOR BIPOLAR REUSABLES
C07	TRES (03) ELECTRODOS BIPOLARES REUSABLES TIPOS PINZA, CON AISLAMIENTO, DE FORMA Y TAMAÑO DISTINTO.
C08	UN (01) ELECTRODO BIPOLAR TIPO TIJERA
C09	DOS (02) PINZAS PARA SELLADO DE VASOS, PARA CIRUGÍA ABIERTA
C10	DOS (02) PINZAS LAPAROSCÓPICAS PARA SELLADOR DE VASOS, 5 A 10 mm (+/-10%)
C11	UNA PINZA PARA SELLADO DE VASOS Y ENERGÍA MONOPOLAR PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
C12	COCHE PORTA EQUIPO ORIGINAL DE FABRICA
D	REQUERIMIENTO DE ENERGIA
D01	220 VAC/ 60 Hz (CON TOLERANCIA SEGUN EL CODIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD)

OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO.
E06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO

CARLOS HAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 297281



5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.

La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Antonio Muñoz
C.M.P. 17982
OTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
-EE OPTO. ANESESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS TRUJILLO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281



PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.

Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.

- g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.

Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Javier Neyra Munoz
C.M.P. 17362
OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
MTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS HAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261



PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
MTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRÓNICO
REG. CIP. 237281



- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

Penalidad diaria = $0.10 \times \text{monto}$

Fx plazo en días

Donde F tiene los siguientes valores:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
- OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS VIAN Y CARLOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261



- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D .

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17352
ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CP. 237261

Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	<p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p>



		<p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: Equipos de cauterización, coagulación y equipos médicos de corte eléctricos en general.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. FRANCISCO ANTONIO VERA MUÑOZ
C.M.P. 13868
OTO, ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

CARLOS VAN VECALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca,



	<p>Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Istiwa Neyra
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS MANTUA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		Nº FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Javier Díaz
C.M.P. 17882
JEFE DPT. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS MANUEL CALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos (Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

20

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS WANKU MALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261



FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco ...
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

CARLOS ...
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 887261

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. FROILAN MORALES
C.M.P. 17362
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MARTIN LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Estrella Muñoz
C.M.P. 17952
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MARIALOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17582
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS VAN VICK LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Manuel Ayra Muñoz
C.M.F. 17992
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS WALTER LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Samuel Neyra Muñoz
C.M.S. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN TILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Nerya Muñoz
C.M.P. 17852
JEFE OPTO. ANALISISIOLOGIA Y CA

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17082
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MANUEL CALVO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS HERNANDEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. FIDELIA ROSA MUÑOZ
C. P. 17092
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

FORMATO N° 13

- Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. FRANCISCO LOPEZ MUÑOZ
C.M.P. 17082
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Estrella Ayra Muñoz
C.M. N° 17502
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CA

CARLOS HERNANDEZ LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE EQUIPO ESTERILIZADOR DE VAPOR DE MESA – ÍTEM 25 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE ESTERILIZADOR DE VAPOR DE MESA – ÍTEM 25 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con esterilizador de vapor de mesa, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE ESTERILIZADOR DE VAPOR DE MESA – ÍTEM 25 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para la correcta esterilización de material de instrumental médico.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.I.A.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS TRIVISAN ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN ESTERILIZADOR A VAPOR DE MESA (20 A 45 LITROS)	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO DE MESA, CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, UTILIZADO PARA REALIZAR LA ESTERILIZACIÓN USANDO VAPOR A ALTAS PRESIONES (VAPOR PRESURIZADO) GENERANDO CALOR HÚMEDO. CON CONTROLES, PARÁMETROS, ALARMAS Y PROGRAMAS DE ESTERILIZACIÓN PREDETERMINADOS Y AJUSTABLES. CON SISTEMA DE SECADO AL 100%.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	LA CAPACIDAD DE LA CÁMARA DE ESTERILIZACIÓN DEBE SER MAYOR A 20 LT. Y MENOR Ó IGUAL A 45 LT.
B02	EQUIPO AUTÓNOMO (NO REQUIERE DE CONEXIONES EXTERNAS DE AGUA NI DESAGÜE).
B03	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN AUTOMÁTICO.
B04	DRENAJE DE AGUA PARA PERMITIR LIMPIEZA Y CAMBIO DE AGUA DEL RESERVORIO.
B05	PUERTO DE COMUNICACIÓN A COMPUTADORA MEDIANTE PUERTO USB O RS232.
B06	CÁMARA DE ESTERILIZACIÓN CONSTRUIDA EN ACERO INOXIDABLE CON SISTEMA DE BANDEJAS PARA COLOCAR MATERIAL.
B07	PUERTA HERMÉTICA Y AISLADA TÉRMICAMENTE, CON CERRADURA ELÉCTRICA O ELECTROMAGNÉTICA O ELECTRÓNICA (NO MANUAL).
SISTEMA DE SEGURIDAD	
B08	SISTEMA DE SEGURIDAD QUE IMPIDE LA APERTURA DE LA PUERTA CON CÁMARA PRESURIZADA.
B09	PROTECCIÓN CONTRA SOBRE CALENTAMIENTO DE LA CÁMARA
B10	VÁLVULA DE SEGURIDAD CONTRA SOBRE PRESIÓN DE LA CÁMARA DE ESTERILIZACIÓN.
SISTEMA DE CONTROL	
B11	CONTROLADO POR MICRO-PROCESADOR(ES), MICROCONTROLADOR O PLC
B12	PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DIGITAL DE LOS PARÁMETROS DE ESTERILIZACIÓN, EN PANTALLA LCD (TFT, LEO O IPS), TOUCHSCREEN U OLED.
B13	DIAGNOSTICO DE FUNCIONAMIENTO.
B14	IMPRESORA INTEGRADA PARA REGISTRO DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN (NO EXTERNA).
PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	

B15	TEMPERATURA DE ESTERILIZACIÓN: 121°C Y 132 °C O 134°C.
B16	TRES (03) PROGRAMAS DE ESTERILIZACIÓN PRE DETERMINADOS COMO MÍNIMO.
B17	CON FASE DE PREVACIO (MEDIANTE BOMBA DE VACÍO INTEGRADO, NO EXTERNA).
B18	CON FASE DE SECADO
B19	DOS (02) PROGRAMAS DE PRUEBA DE EQUIPO (BOWIE & DICK Y DE VACIO).
PANEL DE VISUALIZACIÓN E INDICADORES DE:	
B20	PRESIÓN DE LA CÁMARA EN LA PANTALLA DE visualización DIGITAL Y/O MANÓMETRO.
B21	TEMPERATURA DE LA CÁMARA EN LA PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DIGITAL.
B22	BAJO NIVEL DE AGUA.
B23	FASE DEL PROCESO.
B24	PUERTA ABIERTA.
B25	ALARMA DE FALLA Y CÓDIGO DE ERROR DE FALLA.
B26	FIN DEL PROCESO.
C. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
C01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE (SCHUKO) DEBEN CUMPLIR CON LA RM N° 175- 2008-MEM/DM. SI LA UBICACIÓN FINAL DEL EQUIPO NO CUENTA CON UNA TOMA ELÉCTRICA TIPO SCHUKO, EL PROVEEDOR ESTARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR E INSTALAR BAJO SU CUENTA EL TOMACORRIENTE.
D. ACCESORIOS	
D01	DIEZ (10) ROLLOS DE PAPEL PARA IMPRESORA.
D02	MESA DE ACERO INOXIDABLE RODABLE Y CON FRENOS AL MENOS EM DOS RUEDAS, ADECUADA PARA EL EQUIPO (EN TAMAÑO Y PESO).
D03	TRES (03) BANDEJAS COMO MÍNIMO
D04	CUATRO (04) EMPAQUETADURAS PARA PUERTA
D05	DOS (02) FILTROS DE ARE
D06	DOS (02) BANDEJAS DE ACERO INOXIDABLE COMO MÍNIMO
D07	UN (01) PAR DE GUANTES AISLANTES PARA ALTA TEMPERATURA

OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Torres Manosalva
FISICO-LABORATORIO
C.I.A. 27443 - R.N.E. A03622
JEFE INGENIERO APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS NAVILLLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

	DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
F06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Leonardo G. Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - K.M.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonilda García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.F. 27153 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD AREA DIAGNOSTICO

CARLOS HUAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.


5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL


ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO


CARLOS NIVALDO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Luis Gerardo García Manosalva
FISCAL CRUJANO
C.M.F. 27403 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

CARLOS MARTIN ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237291

- d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.I.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN


Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.


- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO


CARLOS MANRÍQUEZ
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS HERNÁNDEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:


- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Carlos Manuel Alvarado Rojas
CIRUJANO
C.I.A. N° 27463 - R.H.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MANUEL ALVARADO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0,10 \times \text{monto}$$

Fx plazo en días

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS MARCELO ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CH. 237261

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
CORPORACIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Léonora de Gálvez Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.I.A. 27443 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

et D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL	
A.1	REPRESENTACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

		<p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<p><u>FACTURACIÓN</u> <i>Requisitos:</i></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN EN GENERAL.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan</p>

CARLOS IVÁN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

15

	<p>contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del</p>
--	--

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE


16

Leonardo García Manosalva
INGENIERO CIRUJANO
C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

		<p>contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>


CARLOS MANLY VALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.F. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE


Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de


CARLOS IVÁN YESSY LOBOS ROMAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

18

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

19

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

CARLOS STANLEY ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

CARLOS MANUEL TORRES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
SECRETARIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
LEONARDO GARCIA MINOSALVA
MEDICO CIRUJANO
C.O.P. 27343 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

20

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista


CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.I.A.F. 23363 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado - Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces


CARLOS HUAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 27453 - R.N.E. A03622
 I.E.F.E. UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	


(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

 Firma y sello del representante legal de
 Contratista

 Firma y sello del representante técnico
 del hospital


CARLOS ROBERTO ALVAREZ ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Leonilda V. Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.F. 27463 - R.N.E. A03822
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.


Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS MANOSALVA
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo G. Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:


NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS HUMBERTO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

LEONARDO GÁLVEZ MANOSALVA
MEDICO CHUJANO
C.M.P. 27353 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

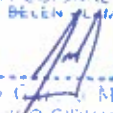
Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS RAFAEL ALVARADO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo C. A. Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista


CARLOS MANOSALVA
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Leonardo Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27453 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.


CARLOS V. LOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

Sello y firma del representante legal del Contratista


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista


CARLOS YAN YBALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE LEBEN - LAMBAYEQUE
Leonardo García Manosalva
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
 JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales


CARLOS MANTUÁLLOS ROJAS
INGENIERO EN CATRÓNICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE

Leonardo Manosalva
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

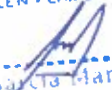
Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda


CARLOS ALAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE


Leonardo García Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

31

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista



CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE
Leonardo Varón Manosalva
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 27463 - R.N.E. A03622
JEFE UNIDAD APOYO DIAGNOSTICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR – ÍTEM 26 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR – ÍTEM 26 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un facoemulsificador, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión para la intervención quirúrgica u procedimientos médicos de alta precisión a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello.. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR – ÍTEM 26 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para la realización de intervenciones de cirugías de cataratas.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELÉN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. 10382
Jefe Departamento de Cirugía



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR.	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO UTILIZADO PARA CIRUGÍA DE CATARATA CON INCISIÓN PEQUEÑA MEDIANTE SISTEMA DE ULTRASONIDO
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	CON MODOS DE OPERACIÓN: ULTRASONIDO, IRRIGACIÓN/ASPIRACIÓN, VITRECTOMÍA ANTERIOR Y DIATERMIA.
B02	CON SISTEMA DE VISUALIZACIÓN DE PARÁMETROS EN MONITOR Y DISPLAY (PANTALLA) LCD O LED A COLOR DE 15" COMO MÍNIMO.
B03	PANTALLA TÁCTIL (TOUCH SCREEN) PARA CONTROL DE PARÁMETROS Y FUNCIONES DEL SISTEMA.
B04	ESTATIVO DE SUELO CON BASE RODABLE (CONSOLA RODABLE) O UNIDAD CON COCHE RODABLE.
B05	PERSONALIZABLE PARA CADA CIRUJANO, CON MEMORIAS PARA GRABAR PERFILES.
B06	ALARMA(S) o MENSAJE (S) DE ERROR O FALLA DURANTE LA OPERACIÓN.
B07	PUERTOS DE COMUNICACIÓN (USB O ETHERNET O SIMILAR).
C. COMPONENTES	
SISTEMA DE FACOEMULSIFICACIÓN ULTRASÓNICO	
C01	FRECUENCIA DE TRABAJO ENTRE 27 KHz Y 60 KHz.
C02	UNA (01) PIEZA DE MANO, TIPO PIEZOELÉCTRICO Y AUTOCLAVABLE
C03	MODOS DE OPERACIÓN: CONTINUO, PULSADO Y BURST (RAFAGA).
C04	ULTRASONIDO LONGITUDINAL (MÍNIMO)
SISTEMA DE ASPIRACIÓN J IRRIGACIÓN	
C05	SISTEMA DE ASPIRACIÓN DEL TIPO BOMBA PERISTÁLTICA Y/O SISTEMA VENTURI.
C06	MÁXIMO VACÍO DE 600 mmHg. Ó MAS.
C07	CON MODO DE CONTROL DE IRRIGACIÓN POR GRAVEDAD Y/O IRRIGACIÓN FORZADA AUTOMATIZADA.
C08	MÉTODO DE REFLUJO ASISTIDO O FLUJO REVERSO.
C09	UN (01) SISTEMA DE IRRIGACIÓN/ASPIRACIÓN CON MANGO ENROSCABLE, CON SISTEMA DE PUNTAS INTERCAMBIABLES.
C10	ADAPTADORES PARA CÁNULA (MANGUITO O CAMISA).
VITRECTOMÍA	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Manteo Aburto
C.M.P. 19382
1er Departamento de Cirujía

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



C11	VITRECTOMÍA ANTERIOR: HASTA 5000 CPM (CORTES POR MINUTO) O MÁS.
C12	VELOCIDAD DE CORTE VARIABLE.
C13	VITRECTOR TIPO GUILLOTINA.
DIATERMIA	
C14	SISTEMA DE DIATERMIA O COAGULADOR BIPOLAR.
D. ACCESORIOS	
D01	UNA (01) PIEZA DE MANO TIPO PIEZOELÉCTRICO, REUSABLE Y AUTOCLAVABLE (ADICIONAL)
D02	UNA (01) PIEZA DE MANO PARA VITRECTOMÍA REUSABLE O DIEZ (10) DESECHABLES.
E. PERIFÉRICOS	
E01	PEDAL DE CONTROL ERGONÓMICO, PROGRAMABLE (CON PROTECCIÓN CONTRA LÍQUIDOS).
E02	CONTROL REMOTO INALÁMBRICO.
E03	PORTA SUERO ELÉCTRICO CON ALTURA REGULABLE.
E04	BANDEJA PARA INSTRUMENTACIÓN.
E05	SISTEMA DE VISUALIZACIÓN DE PARÁMETROS EN CAMARA DE VIDEO Y MONITOR EXTERNO.
E06	UPS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS COMO MÍNIMO: ON LINE DE DOBLE CONVERSIÓN AC/DC DC/AC y TRANSFORMADOR DE AISLAMIENTO INTERNO A LA SALIDA,, VOLTAJE DE ENTRADA: 220V +/-10% O MAYOR, VOLTAJE DE SALIDA: 220V +/- 3% O MENOR, CAPACIDAD DE POTENCIA EN SALIDA 25% O MÁS, SUPERIOR A LA POTENCIA DEL EQUIPO, AUTONOMÍA DE BATERÍA MÍNIMO 10 MINUTOS A CARGA MÁXIMA
INSUMOS/CONSUMIBLES	
E07	JUEGO DE TUBERÍA PARA IRRIGACIÓN Y ASPIRACIÓN, CON RESERVORIO DE PLÁSTICO Y/O CASSETTE.
E08	DOS (02) PUNTAS PARA PIEZA DE MANO DE FACOEMULSIFICACIÓN Y LLAVE(S) DE AJUSTE PARA ESTAS PUNTAS (EN CASO SE REQUIERA).
E09	DIEZ (10) PUNTAS PARA DIATERMIA O COAGULADOR BIPOLAR.
F. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
F01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
F02	UN (01) UPS CON SISTEMA AC/DC/DC/AC (RECTIFICADOR/ CHOPPER-BATERIA I INVERSOR) Y TRANSFORMADOR DE BAJA IMPEDANCIA EN LA SALIDA, VOLTAJE DE ENTRADA : 220 V± 25%, VOLTAJE DE SALIDA : 220 V± 5%, CAPACIDAD EN LA SALIDA: MAYOR O IGUAL AL 120% DE LA POTENCIA NOMINAL TOTAL DEL EQUIPO.
G. OTROS	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19062
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS MAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

G01	ENTREGA DE (01) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO
G02	ENTREGA DE (01) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO.
G03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
G04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
G05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
G06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
H01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL BELÉN - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Perdomo Mateo Abanto
C.M.P. N° 11747
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLO LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reportar los bienes que fueren

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE ENTES - BELEN
HOSPITAL PROVINCIAL DE ENTES - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N. 19367
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.F. N.º 13162
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS RIVERA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.I.: 10.000.000-9382
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS WARVILLO LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261



- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL VICENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alatorre Aburto
C.M.P. N.º 11111
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE

Med. Mario Perdomo Mateo Aburto
C.M.P.N.
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 297261

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
- ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS VAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. 10000
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS HERNANDEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados son: B, C, D, E y F.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELLEN
LAMBAYEQUE

CARLOS IVAN VILLAS ROSAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261



Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p data-bbox="261 1111 523 1151">REPRESENTACIÓN</p> <p data-bbox="544 1111 699 1151"><u>Requisitos:</u></p> <ul data-bbox="544 1182 1386 1290" style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p data-bbox="587 1326 1386 1433">En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul data-bbox="544 1469 1386 1684" style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p data-bbox="587 1720 1386 1792">La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p data-bbox="544 1827 746 1868"><u>Acreditación:</u></p> <ul data-bbox="544 1899 1386 1933" style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros

¹ En caso de presentarse en consorcio

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 9362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281



		<p>públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELEN" LAMBAYEQUE</p>

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281



	<p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si</p>
--	---

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. María Estrella Mateo Aburto
C.M.P. 44362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VALLOBO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



	<p>dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P.N. 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS VARGAS LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELÉN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OUCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

CARLOS WILLYA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. 19302
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS HERNANDEZ ROBLES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.F. N° 10000
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS FERRER LÓPEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DIGNENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Abur
C.M.P.N. 19992
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO-MEDATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término	Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19302
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.R.M. N° 14916
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS WILSON LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS WILSON LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en
.....

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alaten Aburto
C.M.P.N. 10411
Jefe Departamento de Cirugía

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

27

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Ing. Mario Hernández Acuña
Jefe Departamento de Gestión

CARLOS JUAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL OCCIDENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19383
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS IVAN VILLACOROS ROMAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

.....
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS RAMIREZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 267281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE MAQUINA DE ANESTESIA CON MONITOREO AVANZADO – ÍTEM 27 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE MAQUINA DE ANESTESIA CON MONITOREO AVANZADO – ÍTEM 27 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con máquina de anestesia con monitoreo avanzado, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión para la realización de procedimientos médicos de alta precisión a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE MAQUINA DE ANESTESIA CON MONITOREO AVANZADO – ÍTEM 27 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE".
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar una maquina de anestesia para la realización de procedimientos médicos quirúrgicos de cirugías de emergencia.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muños
C.R.P. 17992
EFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MANUEL ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA MAQUINA DE ANESTESIA CON MONITOREO AVANZADO	
MARCA	: INDICAR.
MODELO	: INDICAR.
PROCEDENCIA:	INDICAR.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO MEDICO UTILIZADO PARA EL SUMINISTRO DE AGENTES ANESTÉSICOS/GASES MEDICINALES EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE, CUENTA CON SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ALARMAS Y SISTEMA DE VENTILACIÓN ASISTIDA.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	TIPOS DE PACIENTES: ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL.
B02	UNIDAD RODABLE DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO, CON SISTEMA DE FRENO EN AL MENOS DOS RUEDAS.
B03	CONSOLA CON AL MENOS TRES (03) GAVETAS COMO MÍNIMO PARA ALMACENAMIENTO DE ACCESORIOS
B04	SISTEMA DE AUTODIAGNÓSTICO (AUTOCHEQUEO)
B05	MESA DE TRABAJO
B06	IDIOMA DE DESPLIEGUE E INTERFACE DE OPERACIÓN EN ESPAÑOL
B07	SISTEMA INTEGRADO (CON MONITOR DE FUNCIONES VITALES Y PARÁMETROS VENTILATORIOS DE LA MISMA MARCA).
C. COMPONENTES	
SISTEMA NEUMÁTICO	
C01	SUMINISTRO DE GASES A TRAVÉS DE: RED CENTRAL (OXIGENO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL) Y CILINDROS DE EMERGENCIA PARA OXIGENO.
C02	SISTEMA DE DOSIFICACIÓN DE GASES (FLUJÓMETROS) ELECTRÓNICO.
C03	DISPOSITIVO AUXILIAR DE SEGURIDAD: VISUAL (FLUJÓMETRO) DE SALIDA DE GAS FRESCO Y/O CONTROL MANUAL DE FLUJO DE GAS QUE GARANTICE UN SUMINISTRO DE OXIGENO EN CASOS DE EMERGENCIA (FALLA ELÉCTRICA Y/U OTROS).
C04	PRESIÓN DE ENTRADA DE OXÍGENO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL A 50 PSI.
C05	MONITOREO DE PRESIÓN DE RED CENTRAL DE: OXÍGENO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL POR MEDIO DE DISPLAY.
C06	MONITOREO DE PRESIÓN DE CILINDROS DE EMERGENCIA DE OXÍGENO POR MEDIO DE DISPLAY.
C07	SUMINISTRO DE OXÍGENO POR FLUJO DIRECTO (FLUSH), NO MENOR A 25 L/MIN.
C08	ALARMA AUDIBLE Y VISUAL DE FALLO DE SUMINISTRO DE OXÍGENO.

C09	SISTEMA QUE GARANTICE UNA CONCENTRACIÓN DE MÍNIMO 25% OXIGENO EN LA MEZCLA DE OXÍGENO Y OXIDO NITROSO (SISTEMA DE GUARDA HIPÓXICA).
C10	SISTEMA DE ABSORCIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO (CO ₂), REUSABLE CON SISTEMA QUE PERMITA EL CAMBIO DE CAL SODADA SIN INTERRUMPIR LA VENTILACIÓN MECÁNICA.
C11	SISTEMA QUE MINIMICE LA ACUMULACIÓN Y/O CONDENSACIÓN DE AGUA EN EL SISTEMA RESPIRATORIO (DISPOSITIVO DE DRENAJE CON DEPÓSITO DE AGUA (NO TRAMPA DE AGUA EN EL CORRUGADO PACIENTE) Y/O SISTEMA DE CALEFACCIÓN INCORPORADA).
C12	SELECCIÓN DE MODO DE VENTILACIÓN, MANUAL (BOLSA) Y AUTOMÁTICO (VENTILADOR).
C13	SISTEMA DE AJUSTE DE PRESIÓN LÍMITE EN MODO DE VENTILACIÓN MANUAL.
C14	SE DEBERÁ PROGRAMAR O COMUNICAR LA ENTREGA LA ENTREGA DE AGENTE ANESTÉSICO (%) DEL VAPORIZADOR DESDE LA PANTALLA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA.
C15	EQUIPO CON CAPACIDAD DE MEDICIÓN DE CONSUMO DE AGENTE ANESTÉSICO POR CIRUGÍA.
VAPORIZADOR	
C16	CONTROL ELECTRÓNICO DEL VAPORIZADOR O VAPORIZADOR ELECTRÓNICO.
C17	UN (01) VAPORIZADOR COMO MÍNIMO: SEVOFLUORANO.
C18	FLUJO MÍNIMO DE TRANSPORTE DE AGENTE ANESTÉSICO DE 0.3 LT/MIN. ó MENOS Y/O PRECISIÓN MENOR O IGUAL A 10% DEL VALOR FIJADO
C19	RANGO DE CONCENTRACIÓN REGULABLE SEGÚN EL AGENTE ANESTÉSICO.
C20	CON SISTEMA DE LLENADO PARA AGENTE ANESTÉSICO ESPECÍFICO.
VENTILADOR ELECTRÓNICO	
C21	MODOS DE VENTILACIÓN: CONTROL POR VOLUMEN (VCV), CONTROL POR PRESIÓN (PCV), VENTILACIÓN MANDATORIO INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV), PCV CON VG (CONTROL POR PRESION CON VOLUMEN GARANTIZADO) O AUTOFLOW Y PRESION SOPORTE CON BACKUP DE APNEA O EN LOS MODOS VENTILATORIOS.
C22	CON PROGRAMACIÓN DIRECTA DE VOLUMEN TIDAL: DE 20 ML. ó MENOS HASTA 1500ML. ó MÁS EN MODO CONTROLADO POR VOLUMEN.
C23	CON CAPACIDAD DE SUMINISTRAR VOLÚMENES TIDALES DE 5ML O MENOS PARA TRABAJO CON PACIENTES NEONATALES.
C24	CON PROGRAMACIÓN DIRECTA DE PRESIÓN INSPIRADA HASTA 60cm H ₂ O.
C25	CON PROGRAMACIÓN DIRECTA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA HASTA 100 RESP/MIN O MÁS.
C26	CON PROGRAMACIÓN DIRECTA DE PEEP DE 4 - 30 cm H ₂ O COMO MINIMO O RANGO MAS AMPLIO.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M. 17282
FE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VIALCLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

C27	SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES PARA: FALLA DE VENTILADOR, ALTA PRESIÓN BAJA PRESIÓN/ÁPNEA, VOLUMEN NO ADECUADO O VOLUMEN TIDAL BAJO, FALLA DE SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES, BATERÍA BAJA.
C28	TRIGGER POR FLUJO PROGRAMABLE DE 0.3 A 10 L/MIN O MAS.
C29	CAPACIDAD DE REALIZAR MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR PROGRAMABLE EN EL VENTILADOR.
SISTEMA DE MONITOREO	
C30	PANTALLA TOUCHSCREEN A COLOR DE 15 PULGADAS COMO MÍNIMO PARA LA MAQUINA DE ANESTESIA Y MONITOR DE FUNCIONES VITALES, AMBAS PANTALLAS DEBERÁN CONTAR CON UNA PERILLA SELECTORA QUE PERMITA NAVEGAR EN EL MENÚ O AJUSTAR LOS PARAMETROS DE CADA EQUIPO.
C31	PROTEGIDO CONTRA EQUIPOS DE DESFIBRILACIÓN.
C32	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG), CON VISUALIZACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA, DETECCIÓN Y VISUALIZACIÓN (ONDA GRÁFICA Y VALOR NUMÉRICO) DE DESNIVELES ST Y CAPACIDAD DE SELECCIONAR 07 DERIVACIONES COMO MÍNIMO, MEDICIÓN CONTINUA DE QT/QTc O ANÁLISIS DE ST.
C33	FRECUENCIA RESPIRATORIA A TRAVÉS DE CABLE ECG (MÉTODO DE IMPEDANCIA) Y A TRAVÉS DE LAS VÍAS AÉREAS MEDIANTE LA CAPNOGRAFIA
C34	PULSIOXIMETRÍA CON VISUALIZACIÓN DE: SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO (SPO2), ONDA PLETISMOGRÁFICA, FRECUENCIA DE PULSACIONES POR MINUTO (BPM) E INDICADOR DE LA POTENCIA DE SEÑAL. CON TECNOLOGÍA MASIMO.
C35	PRESIÓN SANGUÍNEA NO INVASIVA (NIBP), CON CAPACIDAD PARA MEDICIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y NEONATAL.
C36	PRESIÓN SANGUÍNEA INVASIVA (BP), CON CAPACIDAD DE MEDIR A TRAVÉS DE DOS CANALES COMO MÍNIMO (CON SELECCIÓN O CONFIGURACIÓN DE AL MENOS LAS SIGUIENTES PRESIONES: PRESIÓN ARTERIAL, PRESIÓN VENOSA CENTRAL, PRESIÓN INTRACRANEAL Y PRESIÓN CAPILAR PULMONAR).
C37	MONITOREO BIESPECTRAL (BIS), MODULO INTEGRADO DENTRO DEL MONITOR DE FUNCIONES VITALES O MODULO EXTERNO.
C38	TEMPERATURA, CON CAPACIDAD DE MEDIR A TRAVÉS DE DOS CANALES COMO MÍNIMO.
C39	CONCENTRACIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO ESPIRADO (ETCO2) E INSPIRADO, CON VISUALIZACIÓN DEL CAPNOGRAMA.
C40	CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO INSPIRADO Y ESPIRADO.
C41	CONCENTRACIÓN DE ÓXIDO NITROSO INSPIRADO Y ESPIRADO.
C42	CONCENTRACIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO INSPIRADO Y ESPIRADO; CON CAPACIDAD DE MOSTRAR LA CONCENTRACIÓN DE HALOTANO, ISOFLUORANO, SEVOFLUORANO Y DESFLUORANO COMO MÍNIMO E IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE UN (01) AGENTE ANESTÉSICO CON FLUJO DE MUESTREO NO MAYOR DE 240 ML/ MIN.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco J. Muñoz
CIRUJANO EN ANESTESIOLOGIA Y C.C.C.E. OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS TRAHVIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

C43	CONCENTRACIÓN MÍNIMA ALVEOLAR (CAM).
C44	VOLUMEN TIDAL Y VOLUMEN MINUTO ESPIRADO
C45	PRESIÓN DE VÍAS AÉREAS: ONDAS GRÁFICAS Y VALOR NUMÉRICO.
C46	ALARMAS AUDIOVISUALES DE TODOS LOS PARÁMETROS MONITORIZADOS.
C47	TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS .
C48	MONITOREO DE UNA O AMBAS DE LAS SIGUIENTES OPCIONES: A) COMPLIANCE DEL PACIENTE Y PRESIÓN MESETA (PLATEAU), B) LAZOS DE PRESIÓN VOLUMEN, FLUJO-VOLUMEN.
D. ACCESORIOS	
D01	CIRCUITOS COMPLETOS PARA ANESTESIA REUSABLES: 02 JUEGOS PARA ADULTOS, 02 PEDIÁTRICOS Y 02 JUEGOS PARA NEONATOS, CADA JUEGO ESTA CONFORMADO COMO MÍNIMO POR: CORRUGADOS, BOLSA PARA VENTILACIÓN MANUAL, CONECTOR TIPO "Y" Y CODO.
D02	DOS (02) JUEGOS COMPLETOS DE MÁSCARAS REUSABLES PARA ANESTESIA, DE JEBE, ANATÓMICA Y TAMAÑOS No. 0, 1, 2, 3, 4, 5.
D03	DOS (02) JUEGOS ADICIONALES DE CANISTER PARA REPUESTO (REUSABLES).
D04	ACCESORIOS DEL SISTEMA DE MONITOREO DE GASES (CO2, N2O Y AGENTE ANESTÉSICO), DIEZ (10) JUEGOS DE LA PARTE REUSABLE Y CIEN (100) DE LA PARTE DESCARTABLE. CONSIDERAR COMO MÍNIMO LAS SIGUIENTES PARTES REUSABLES Y/O DESCARTABLES SEGÚN SEA EL CASO: TUBOS DE MUESTRA, TRAMPAS DE AGUA Y FILTROS.
D05	CINCO (05) CABLES TRONCALES PARA ECG DE TRES (03) RAMALES Y CINCO (05) CABLES LATIGUILLOS PARA ECG DE TRES (03) RAMALES, CINCO (05) CABLES TRONCALES PARA ECG DE CINCO (05) RAMALES Y CINCO (05) CABLES LATIGUILLOS PARA ECG DE CINCO (05) RAMALES.
D06	DIEZ (10) BRAZALETES PARA PRESIÓN NO INVASIVA (06 PARA ADULTO ESTÁNDAR, 02 PARA PEDIÁTRICOS Y 02 PARA NEONATOS), DEBERÁN TENER MANGUERA DE CONEXIÓN PARA LA TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.
D07	DIEZ (10) TRANSDUCTORES DE PRESIÓN INVASIVA DESCARTABLES, CON CUATRO (04) CABLE CONECTORES AL EQUIPO.
D08	CINCO (05) SENSORES ESOFÁGICO DE TEMPERATURA TRES (03) ADULTOS Y DOS (02) PEDIÁTRICOS.
D09	SEIS (12) JUEGOS DE SENSORES PARA PULSIOXIMETRIA (05 PARA ADULTOS, 05 PARA PEDIÁTRICOS Y 02 PARA NEONATOS (CON CINTAS O CORREAS DE FIJACIÓN REUSABLES), CON SUS RESPECTIVOS CABLES DE EXTENSIÓN.
D10	ACCESORIOS PARA MONITOREO BIESPECTRAL (BIS), UNO (01) DE LA PARTE REUSABLE Y CIEN (100) DE LA PARTE DESCARTABLE.
D11	ACCESORIOS PARA LA MEDICIÓN DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR, UNO (01) DE LA PARTE REUSABLE Y CINCUENTA (50) DE LA PARTE DESCARTABLE
D12	MANGUERAS DE OXÍGENO, ÓXIDO NITROSO Y AIRE COMPRIMIDO

	MEDICINAL CON CONECTORES SEGÚN NORMA DISS DE 06mts COMO MÍNIMO.
D13	01 BALÓN DE EMERGENCIA DE OXÍGENO, TIPO E DE ALUMINIO, CUYOS CONECTORES DEBEN TENER EL SISTEMA DE SEGURIDAD TIPO PIN INDEX.
D14	SISTEMA DE EVACUACIÓN DE GASES ACTIVO, INCLUYE MANGUERA Y CONECTOR
D15	DOS (02) ADAPTADORES DE CARGA POR CADA VAPORIZADOR.
D16	SOPORTE ARTICULADO PARA CIRCUITO CORRUGADO DE PACIENTE Y CABLES DE MONITOREO DE FUNCIONES VITALES.
D17	TRES (03) RESUCITADORES MANUALES: UNO (01) ADULTO, UNO (01) PEDIÁTRICO y UNO (01) NEONATAL, CON DOS MASCARAS TRANSPARENTES, SILICONADAS Y AUTOCLAVABLES PARA CADA UNO DE LOS RESUCITADORES.
D18	(06) JUEGO DE SENSORES DE FLUJO REUSABLES PARA LA MAQUINA DE ANESTESIA.
D19	UNA IMPRESORA TÉRMICA O LASER DE CUATRO CANALES COMO MÍNIMO, INCORPORADA EN EL MONITOR MULTIPARÁMETROS. INCLUYE 5 ROLLOS DE PAPEL TÉRMICO O UN MILLAR DE PAPEL PARA LA IMPRESORA TÉRMICA O LÁSER
D20	SOPORTE QUE PERMITA QUE MONITOR DE FUNCIONES VITALES SE MUEVA DE FORMA HORIZONTAL Y VERTICAL EN CONJUNTO CON LA PANTALLA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA, O SEGÚN CADA FABRICANTE, CON LA FINALIDAD DE MEJORAR VISUALIZACIÓN DEL USUARIO.
E. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
E01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175-2008-MEM.
E02	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) QUE PERMITA LA AUTONOMÍA EN LA TOTALIDAD DE SUS FUNCIONES DE LA UNIDAD DE ANESTESIA POR TREINTA MINUTOS Ó MÁS.
E03	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA CLAVES DE SERVICIO TÉCNICO, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE

	48 MESES COMO MÍNIMO
F06	48 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco C. Rojas
JEFE DEPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

CARLOS IVÁN DE ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.

- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o

perdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 48 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas

operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Francisco
Dr. Francisco Lombardi Ayra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

Carlos
CARLOS VILLALBA ROMAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Imael Neyra Muñoz
C.M.B. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.


CARLOS RIVAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Isidoro Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA y C.A.

CARLOS NATHANIEL ROJAS
INGENIERO-MEATRONICO
REG. CIP. 237281

- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL


- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

Gobierno Regional Lambayeque
Gerencia Regional de Salud
Hospital "Belen" Lambayeque

Dr. Francisco Miguel Neyra Muñoz
C.M.P. 17992
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.


CARLOS HERNÁNDEZ ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la

culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

$$\text{Fx plazo en días}$$

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Javier Nuyra Nuñez
C.M. 17902
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

[Firma]
CARLOS VIVIAN ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D y E.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y

Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	<p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización</p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

		<p>Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: Ventiladores mecánicos, maquinas de anestesia, monitores multiparámetros, ventiladores mecánicos de transporte.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan</p>

GÓBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco...
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS NANCY...
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

	<p>contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del</p>
--	--

		<p>contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Ismael Muñoz
 C.M.P.
 JEFE DPTO. ANECS
 7 C.O.

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO-MEATRONICO
 REG. CIP. 237281

21

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
 C.M.P. 17982
 JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

22

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Ayta Muñoz
C.M.P. 1 662
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS RAMIRO ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando le de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaría

Firma y sello Representante del
contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "DELEN" LAMBAYEQUE

Dr. *[Signature]* Rafael Nayta Muñoz
C. P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA P. 10

[Signature] CARLOS HERNANDEZ

CARLOS VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN
Dr. Francisco Javier Nuñez Muñoz
C.M. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Llanos Nuñez
 C.M.B. 17982
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

CARLOS IVÁN VILLALBA ROMAS
 INGENIERO EN ELECTRONICA
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Ismael Nesra Muñoz
 C.M.P. 17882
 JEFE OPTO. ANEPLSIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MAN VILLOBO ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 287281

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)	Horas	
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "Belen" LAMBAYEQUE
Dr. FERRER
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CA.

CARLOS FRANCO LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

[Firma]
CARLOS MANUEL ROSAS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Leizaola Ayta Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.G.

CARLOS WILLY ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Franco
Dr. Francisco Franco Muñoz
C.M.P. 19162
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

Carlos
CARLOS VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

FORMATO N° 10**Programa de mantenimiento preventivo**

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Javier Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA y C.A.

[Firma]
CARLOS IVAN VIDALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 267261

FORMATO N° 11**Procedimientos de mantenimiento preventivo**

N° ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Fco. J. Muñoz
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS NAYVILALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Manuel Acosta Muñoz
C.M.M. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA y C.O.

[Firma]
CARLOS MARTIN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
OSR - OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Manuel Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.


CARLOS NAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14**Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios**

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista



CARLOS NAM VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CH 237261



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
COMISARIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Lemuel Neyra Muñoz
C.M.P. 7982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES – ÍTEM 28 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES – ÍTEM 28 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con MESA DE OPERACIONES, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos que aporten de manera significativa un apoyo en la realización de procedimientos médicos de alta precisión a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES – ÍTEM 28 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar una mesa de operaciones como implemento necesario para la realización de intervenciones quirúrgicas en la sala de operaciones de emergencia.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. REQUISITOS Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
AGENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. N° 7532
EFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAR VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA UNA MESA DE OPERACIONES ELÉCTRICA/HIDRÁULICA.	
MARCA	: INDICAR.
MODELO	: INDICAR.
PROCEDENCIA:	INDICAR.
CANTIDAD	: UNA (01) UNIDAD.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO UTILIZADO COMO SOPORTE PARA EL CUERPO DEL PACIENTE, SIRVE PARA REALIZAR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES. PERMITIENDO QUE ADOpte POSICIONES ADECUADAS Y BRINDANDO UNA EXPOSICIÓN OPTIMA DEL CAMPO QUIRÚRGICO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	RIELES LATERALES DE ACERO INOXIDABLE PARA ACOPLAMIENTO DE ACCESORIOS.
B02	ACCIONAMIENTO DE MOVIMIENTOS ELECTROHIDRÁULICO/ ELÉCTRICO/HIDRÁULICO.
B03	BASE DE ACERO CON RECUBRIMIENTO ABS CALIDAD (V0) RESISTENTE AL IMPACTO, DESINFECTANTES Y FUEGO.
B04	CUBIERTA DE LA COLUMNA DE ACERO INOXIDABLE.
B05	COMANDO DE CONTROL ALÁMBRICO Y/O INALÁMBRICO CON PANTALLA LCD A COLOR QUE PERMITA VISUALIZAR ANGULACIONES Y ALTURAS O PANEL CON BOTONES DE INDICACIÓN.
B06	RODABLE DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO, CON SISTEMA DE FRENADO.
B07	EQUIPADA CON 5ª RUEDA MOTORIZADA QUE FACILITE EL TRANSPORTE DEL PACIENTE, ACCIONADA DESDE EL CONTROL MANUAL Y/O MANIJAS ELECTRÓNICAS O FRENO CENTRALIZADO EN CONTROL REMOTO.
B08	CONTROL AUXILIAR UBICADO EN LA BASE Y/O COLUMNA.
B09	FUNCIÓN AUTO NIVEL Y/O CERO PARA VOLVER LA MESA EN POSICIÓN HORIZONTAL O FUNCIÓN SIMILAR.
B10	FUNCIÓN DE ORIENTACIÓN DEL PACIENTE NORMAL E INVERSA ACCIONADA DESDE EL CONTROL MANUAL CON SEÑALIZACIÓN QUE PERMITA IDENTIFICAR LA ORIENTACIÓN CORRECTA.
B11	SUPERFICIE DE LA MESA TRANSPARENTE A LOS RAYOS X.
B12	CON RIELES O TÚNEL INTEGRADO PARA INTRODUCIR EL PORTA CHASIS DE RAYOS X O DISPOSITIVOS DE ELEVACIÓN DE LOS COLCHONES PARA INTRODUCIR EL PORTA CHASIS DE RAYOS X.
B13	DESPLAZAMIENTO LONGITUDINAL PARA FACILIDAD DE USO DE ARCO EN C Y/O MAQUINA DE RAYOS X.

B14	SECCIÓN DE PIERNAS DIVIDIDAS CON APERTURA Y ANGULACIÓN INDEPENDIENTE PARA CADA PIERNA, ASISTIDA Y/O ACCIONADA MEDIANTE GAS SPRING O MEJOR.
B15	CAPACIDAD DE CARGA IGUAL O MAYOR A 320 KG.
B16	INTERFACE PARA DIAGNOSTICO O SERVICIO TÉCNICO Y QUE PERMITA CONECTARSE CON TODOS LOS SISTEMA DE INTEGRACIÓN.
B17	POSICIONES PRE-CONFIGURADAS TRES COMO MÍNIMO, INCLUYENDO FLEX Y POSICIÓN SILLA.
B18	MEMORIA PARA CONFIGURAR Y/O PROGRAMAR CINCO POSICIONES DE PACIENTE COMO MÍNIMO O CONTROL MECÁNICO/HIDRÁULICO DE EMERGENCIA.
B19	PEDAL DE CONTROL HIDRÁULICO DE EMERGENCIA EN CASO FALLAS DEL SISTEMA ELECTRÓNICO.
B20	SISTEMA DE ILUMINACIÓN EN LA BASE PARA CIRUGÍA MINI-INVASIVA O LAPAROSCÓPICA (LUZ AMBIENTE) OPCIONAL.
B21	INDICADOR LUMINOSO O SEÑALIZACIÓN EN LA BASE QUE INFORME CUANDO LA BATERÍA ESTA BAJA.
C. COMPONENTES	
CONTROL DE MOVIMIENTOS	
C01	TRENDELENBURG 35° O MAS
C02	TRENDELENBURG INVERSA 35° O MAS.
C03	SECCIÓN ESPALDA HACIA ABAJO 35° O MAS.
C04	SECCIÓN ESPALDA HACIA ARRIBA 75° O MAS.
C05	INCLINACIONES LATERALES 20 ° O MAS.
C06	SECCIÓN PIERNAS HACIA ABAJO 90° O MAS.
C07	SECCIÓN PIERNAS HACIA ARRIBA 20° O MAS.
C08	MOVIMIENTO ASCENDENTE HASTA 1050mm COMO MÍNIMO RESPECTO AL SUELO.
C09	MOVIMIENTO DESCENDENTE HASTA 680 mm O MENOS RESPECTO AL SUELO.
C10	MOVIMIENTO FLEX
C11	MOVIMIENTO HORIZONTAL 35 CM COMO MÍNIMO.
C12	CON TRES (03) O MAS RUEDAS DE GRADO HOSPITALARIO DE 100 mm DE DIÁMETRO O MÁS.
DIMENSIONES	
C13	ANCHO DEL TABLERO DE LA MESA INCLUIDO RIELES LATERALES MAYOR O IGUAL A 590 MM.
C14	LONGITUD TOTAL CON SECCIONES DE CABEZA Y PIERNA 2000 MM COMO MÍNIMO.

ADITAMENTOS	
C15	ARCO PARA ANESTESIA CON FIJADOR A RIEL LATERAL (UNA UNIDAD).
C16	UN (01) PAR APOYA BRAZO, CON ALMOHADILLAS.
C17	UN (01) PAR DE SOPORTE DE RODILLAS Y/O PIERNAS CON ARTICULACIÓN ESFÉRICA, CORREA DE FIJACIÓN Y FIJADOR AL RIEL LATERAL
C18	UN (01) PAR DE SOPORTE LATERAL ACOLCHADO CON FIJADOR AL RIEL LATERAL.
C19	UN (01) PORTA CHASIS PARA RAYOS X. (OPCIONAL DEPENDIENDO DEL SISTEMA DE LA MESA).
C20	ACOLCHADO PARA TODAS LAS SECCIONES, LAVABLE, ANTIESTÁTICAS Y TRANSPARENTES A LOS RAYOS X, ESPESOR MÍNIMO DE 50 MM.
C21	CINTURÓN DE FIJACIÓN PARA EL PACIENTE (UNA UNIDAD)
C22	CABECERA DESMONTABLE (UNA UNIDAD)
C23	UN (01) PAR DE PLACAS APOYA PIES PARA POSICIÓN TRENDLENBURG INVERSA.
C24	UN (01) PAR DE MUÑEQUERAS CON FIJADOR AL RIEL LATERAL
C25	UN (01) PORTA SUERO TELESCÓPICO MÚLTIPLE.
C26	UN (01) PAR APOYA HOMBRO CON FIJADOR AL RIEL LATERAL.
C27	PIERNERAS ACOLCHADAS, CON CORREA DE FIJACIÓN.
C28	SET DE ALMOHADILLA DE GEL, RAYOS X TRANSLUCIDO, TOLERANTE A LA TEMPERATURA DE ENTRE -18° C A 55°C. PARA TORSO, CABECERA Y EXTREMIDADES COMO MÍNIMO.
D. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
D02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
D03	BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMÍA DE MÍNIMO 12 HORA Y CARGADOR DE BATERÍA INTEGRADO EN EL EQUIPO.
OTROS	
F01	ENTREGA DE (01) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO
F02	ENTREGA DE (01) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO, FÍSICO Y DIGITAL QUE CONTENGA CLAVES DE SERVICIO TÉCNICO, NÚMEROS DE PARTE, DIAGRAMAS DE BLOQUES, DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Aluza
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS VAN VIELE LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17352
OTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

CARLOS WILLY ALBOS ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237281

necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.

- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 1362
SPE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorga la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontarán los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
AGENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17352
OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANUEL CALOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

- e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.

- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Linares Neyra Muñoz
C.M.P. 17882
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVARRA ROBES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
-SE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS WILSON ROSAS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 247261

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo de entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación de "Acta de Conformidad de la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Nerya Muñoz
C.M.P. 17982
- DE OPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 287281

Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \text{monto}$$

$$\text{Fx plazo en días}$$

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17882
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS VENTURA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en

et D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas.• Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	<p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p>

¹ En caso de presentarse en consorcio.



		<p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	FACTURACIÓN	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: CAMAS TIPO UCI, MESAS ESPECIALIZADAS PARA INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo</p>

CARLOS IVAN VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M.P. 17862
EFE OPTO, ANESTESIOLOGIA Y CO.

contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca,

	<p>Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco J. Muñoz
C.M.P. 17982
Jefe Dpto. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N°	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

19

CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

20

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. FRANCISCO VILLALBA MUÑOZ
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

21

MINISTERIO REGIONAL LAMBAYEQUE
AGENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 7982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CA.

CARLOS MANUEL REYES ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Segura Muñoz
C.M.P. 17462
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS HERNÁNDEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Imael Neyra Muñoz
 C.M.P. 17089
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

CARLOS IVAN YILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Mendieta
 C.M.P. 7982
 JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
 INGENIERO MEATRONICO
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco...
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

CARLOS MANUEL PROSTORIAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco
C.M.P. 17582
SE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO

CARLOS NIVILIN OBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

MINISTERIO REGIONAL LAMBAYEQUE
AGENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17952
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANUEL ROBLES RUAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09**Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento**

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Ayra Muñoz
C.M.P. 17982
SEPT. OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANUEL TORRES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyru Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS HERNAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco C.M.P. 17982
 SEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MEATRONICO
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Immae Neyra Muñoz
C.M.P. 17552
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS NATIVILDO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°, DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía de nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

32

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Aluís
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLACOROS ROJAS
INGENIERO MEDICO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

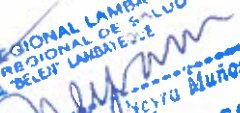
Presente.-


De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Llanos
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.


CARLOS NATIVIDAD ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES TRAUMATOLÓGICA – ÍTEM 29 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES TRAUMATOLÓGICA – ÍTEM 29 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con MESA DE OPERACIONES, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos que aporten de manera significativa un apoyo en la realización de procedimientos médicos de alta precisión a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE MESA DE OPERACIONES TRAUMATOLÓGICA – ÍTEM 29 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar una mesa de operaciones como implemento necesario para la realización de intervenciones quirúrgicas en la sala de operaciones de emergencia.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Rivera Aluís
C.R.P. 17689
"FE OPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A."

CARLOS VILLOTTOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 287281

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA UNA MESA DE OPERACIONES ELÉCTRICA/HIDRÁULICA TRAUMATOLÓGICA	
MARCA	: INDICAR.
MODELO	: INDICAR.
PROCEDENCIA:	INDICAR.
CANTIDAD	: UNA (01) UNIDAD.
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO UTILIZADO COMO SOPORTE PARA EL CUERPO DEL PACIENTE, SIRVE PARA REALIZAR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES. PERMITIENDO QUE ADOpte POSICIONES ADECUADAS Y BRINDANDO UNA EXPOSICIÓN OPTIMA DEL CAMPO QUIRÚRGICO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	RIELES LATERALES DE ACERO INOXIDABLE PARA ACOPLAMIENTO DE ACCESORIOS.
B02	ACCIONAMIENTO DE MOVIMIENTOS ELECTROHIDRÁULICO/ ELÉCTRICO MECÁNICO.
B03	CON MICROCONTROLADOR PARA EL PROCESAMIENTO DE LAS FUNCIONES
B04	BASE DE ACERO CON RECUBRIMIENTO ABS CALIDAD (V0) RESISTENTE AL IMPACTO, DESINFECTANTES Y FUEGO.
B05	CUBIERTA DE LA COLUMNA DE ACERO INOXIDABLE.
B06	COMANDO DE CONTROL ALÁMBRICO Y/O INALÁMBRICO CON PANTALLA LCD A COLOR QUE PERMITA VISUALIZAR ANGULACIONES Y ALTURAS O PANEL CON BOTONES DE INDICACIÓN.
B07	RODABLE DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO, CON SISTEMA DE FRENADO.
B08	EQUIPADA CON 5TA RUEDA MOTORIZADA QUE FACILITE EL TRANSPORTE DEL PACIENTE, ACCIONADA DESDE EL CONTROL MANUAL Y/O MANIJAS ELECTRÓNICAS O FRENO CENTRALIZADO EN CONTROL REMOTO.
B09	CONTROL AUXILIAR UBICADO EN LA BASE Y/O COLUMNA.
B10	FUNCIÓN AUTO NIVEL Y/O CERO PARA VOLVER LA MESA EN POSICIÓN HORIZONTAL O FUNCIÓN SIMILAR.
B11	FUNCIÓN DE ORIENTACIÓN DEL PACIENTE NORMAL E INVERSA ACCIONADA DESDE EL CONTROL MANUAL CON SEÑALIZACIÓN QUE PERMITA IDENTIFICAR LA ORIENTACIÓN CORRECTA.
B12	SUPERFICIE DE LA MESA TRANSPARENTE A LOS RAYOS X
B13	CON RIELES O TÚNEL INTEGRADO PARA INTRODUCIR EL PORTA CHASIS DE RAYOS X O DISPOSITIVOS DE ELEVACIÓN DE LOS COLCHONES PARA INTRODUCIR EL PORTA CHASIS DE RAYOS X.

B14	DESPLAZAMIENTO LONGITUDINAL PARA FACILIDAD DE USO DE ARCO EN C Y/O MAQUINA DE RAYOS X.
B15	SECCIÓN DE PIERNAS DIVIDIDAS CON APERTURA Y ANGULACIÓN INDEPENDIENTE PARA CADA PIERNA, ASISTIDA Y/O ACCIONADA MEDIANTE GAS SPRING O MEJOR.
B16	CAPACIDAD DE CARGA IGUAL O MAYOR A 320 KG.
B17	INTERFACE PARA DIAGNOSTICO O SERVICIO TÉCNICO Y QUE PERMITA CONECTARSE CON TODOS LOS SISTEMA DE INTEGRACIÓN.
B18	POSICIONES PRE-CONFIGURADAS TRES COMO MÍNIMO, INCLUYENDO FLEX Y POSICIÓN SILLA.
B19	MEMORIA PARA CONFIGURAR Y/O PROGRAMAR CINCO POSICIONES DE PACIENTE COMO MÍNIMO O CONTROL MECÁNICO/HIDRÁULICO DE EMERGENCIA.
B20	PEDAL DE CONTROL HIDRÁULICO DE EMERGENCIA EN CASO FALLAS DEL SISTEMA ELECTRÓNICO.
B21	SISTEMA DE ILUMINACIÓN EN LA BASE PARA CIRUGÍA MINI-INVASIVA O LAPAROSCÓPICA (LUZ AMBIENTE) OPCIONAL.
B22	INDICADOR LUMINOSO O SEÑALIZACIÓN EN LA BASE QUE INFORME CUANDO LA BATERÍA ESTA BAJA.
C. COMPONENTES	
CONTROL DE MOVIMIENTOS	
C01	TRENDELENBURG 35° O MAS
C02	TRENDELENBURG INVERSA 35° O MAS.
C03	SECCIÓN ESPALDA HACIA ABAJO 35° O MAS.
C04	SECCIÓN ESPALDA HACIA ARRIBA 75° O MAS.
C05	INCLINACIONES LATERALES 20 ° O MAS.
C06	SECCIÓN PIERNAS HACIA ABAJO 90° O MAS.
C07	SECCIÓN PIERNAS HACIA ARRIBA 20° O MAS.
C08	MOVIMIENTO ASCENDENTE HASTA 1050mm COMO MÍNIMO RESPECTO AL SUELO.
C09	MOVIMIENTO DESCENDENTE HASTA 680 mm O MENOS RESPECTO AL SUELO.
C10	MOVIMIENTO FLEX
C11	MOVIMIENTO HORIZONTAL 35 CM COMO MÍNIMO.
C12	CON TRES (03) O MAS RUEDAS DE GRADO HOSPITALARIO DE 100 mm DE DIÁMETRO O MÁS.
DIMENSIONES	
C13	ANCHO DEL TABLERO DE LA MESA INCLUIDO RIELES LATERALES MAYOR O IGUAL A 590 MM.



C14	LONGITUD TOTAL CON SECCIONES DE CABEZA Y PIERNA 2000 MM COMO MÍNIMO.
ADITAMENTOS	
C15	ARCO PARA ANESTESIA CON FIJADOR A RIEL LATERAL (UNA UNIDAD).
C16	UN (01) PAR APOYA BRAZO, CON ALMOHADILLAS.
C17	UN (01) APOYA BRAZO DE ALTURA AJUSTABLE PARA POSICIÓN EN CUBITO LATERAL CON CORREA Y FIJADOR AL RIEL LATERAL
C18	UN (01) PAR DE SOPORTE DE RODILLAS Y/O PIERNAS CON ARTICULACIÓN ESFÉRICA, CORREA DE FIJACIÓN Y FIJADOR AL RIEL LATERAL
C19	UN (01) PAR DE SOPORTE LATERAL ACOLCHADO CON FIJADOR AL RIEL LATERAL.
C20	UN (01) JUEGO DE PIERNERAS DE GOEPEL ACOLCHONADO, CON CORREA DE FIJACIÓN, CON ARTICULACIÓN ESFÉRICA Y FIJADORES A LOS RIELES LATERALES.
C21	UN (01) PORTA CHASIS PARA RAYOS X. (OPCIONAL DEPENDIENDO DEL SISTEMA DE LA MESA).
C22	ACOLCHADO PARA TODAS LAS SECCIONES, LAVABLE, ANTIESTÁTICAS Y TRANSPARENTES A LOS RAYOS X, ESPESOR MÍNIMO DE 50 MM.
C23	CINTURÓN DE FIJACIÓN PARA EL PACIENTE (UNA UNIDAD)
C24	CABECERA DESMONTABLE (UNA UNIDAD)
C25	UN (01) PAR DE PLACAS APOYA PIES PARA POSICIÓN TRENDLENBURG INVERSA.
C26	UN (01) PAR DE MUÑEQUERAS CON FIJADOR AL RIEL LATERAL
C27	UN (01) PORTA SUERO TELESCÓPICO MÚLTIPLE.
C28	UN (01) PAR APOYA HOMBRO CON FIJADOR AL RIEL LATERAL.
C29	PIERNERAS ACOLCHADAS, CON CORREA DE FIJACIÓN.
C30	UN (01) APOYA CABEZA CON SISTEMA DE FIJACIÓN ARTICULABLE
C31	SET DE ALMOHADILLA DE GEL, RAYOS X TRANSLUCIDO, TOLERANTE A LA TEMPERATURA DE ENTRE -18° C A 55°C. PARA TORSO, CABECERA Y EXTREMIDADES COMO MÍNIMO.
C32	TRACTORES DE MIEMBROS INFERIORES, PARA AMBAS EXTREMIDADES (CON ACCESORIOS COMPLETOS PARA TRACCIÓN DE FÉMUR Y TIBIA). INCLUYE BOTINES PARA SUJECCIÓN Y COCHE PARA ACCESORIOS DE TRACCIÓN.
C33	TRACTORES DE MIEMBROS SUPERIORES (CON ACCESORIOS COMPLETOS PARA TRACCIÓN DE HOMBRO, BRAZO).
C34	MESA LATERAL PARA OPERACIÓN DE MANO, TRANSPARENTE A LOS RAYOS X (UNA UNIDAD).
D. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Jr. Francisco Tamayo No. 1502
C.M.P. 17502
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

	MEM.
D02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
D03	BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMÍA DE MÍNIMO 12 HORA Y CARGADOR DE BATERÍA INTEGRADO EN EL EQUIPO.
OTROS	
F01	ENTREGA DE (01) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO
F02	ENTREGA DE (01) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO, FÍSICO Y DIGITAL QUE CONTENGA CLAVES DE SERVICIO TÉCNICO, NÚMEROS DE PARTE, DIAGRAMAS DE BLOQUES, DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
F06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e

instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco R. C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287281

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorga la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontarán los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de

20

C

C



diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.

- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
DPTO. ANESTESIOLOGIA y C.A.

CARLOS HERNANDEZ ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usuaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más

tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17902
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Beltrán Muñoz
C.M.P. 7982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA y C.C.

CARLOS WILLY MORALES ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17582
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesoría: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17032
OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS NIN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la *Ley de Contrataciones del Estado*, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - b.2) Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento

de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN <u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p>

En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Amador Noya Muñoz
C.M.P. 11982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

		<p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se considerarán bienes similares a los siguientes: CAMAS TIPO UCI, MESAS ESPECIALIZADAS PARA INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS.</p>

		<p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se</p>
--	--	---

		<p>consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN
 Dr. Francisco Jiménez Neyra Muñoz
 C.M.P. 7982
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS THYAN VIALDOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

CARLOS VIANTELLOS RUIZ
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237281

Firma y sello Representante legal del
Contratista

19

ERMO REGIONAL LAMBAYEQUE
REGIONIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M.P. 11882
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

20

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M.P. 17682
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO

CAREY VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

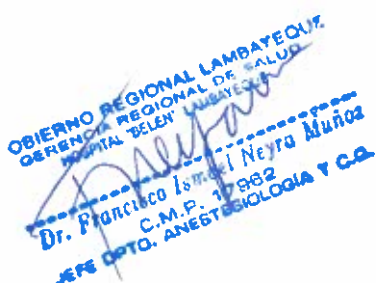
Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces


CARLOS NICANOR VILALOBOS ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237261


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

FORMATO N° 03

Ficha técnica

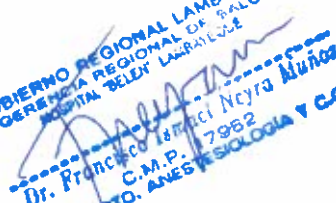
Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VALDIVIA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y CO.

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado - Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN Lambayeque
 Dr. Francisco I. Ayala Muñoz
 C.M.P. 17982
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROMAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP 237261

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
 Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
 C.M.P. 12882
 JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MEATRONICO
 REG. CIP. 237281

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usuario
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17452
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Tomás Neyra Muñoz
C.M.P. 1 862
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARESTIN VILAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Javier Nuñez
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.A.

CARLOS EDUARDO CALDERON ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 09

**Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento**

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17582
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLESTIAN VALERO ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

Freyza

[Firma]

CARLOS VARGAS ALDASILLAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CHP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista




 CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales


CARLOS HERNANDEZ ROSALES
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

.....

Representante Legal de, con R.U.C. N°

....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

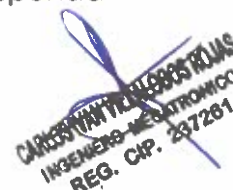
La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda





32

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I. N°, Representante Legal de con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

CARLOS IVAN PALACIOS RAMOS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE MESA DE PARTOS ELÉCTRICA – ÍTEM 30 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE MESA DE PARTOS ELÉCTRICA – ÍTEM 30 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención medica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con una mesa de partos eléctrica, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, cuenta con el servicio de gineco obstetricia, donde es primordial contar con equipos que aporten de manera positiva en el cuidado y la atención en los pacientes, a través de instrumentos adecuados y diseñados para ello. En este sentido, la institución requiere adquirir equipos con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE MESA DE PARTOS ELÉCTRICA – ÍTEM 30 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar Mesa de partos eléctrica como parte de los equipos mínimos necesarios para el tratamiento y atención de pacientes que requieran de labores de partos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL
HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN MESA DE PARTOS ELÉCTRICA	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO DE DISEÑO ERGONÓMICO TIPO MESA/CAMA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES OBSTÉTRICAS CON ACCIONAMIENTO POR SISTEMA ELÉCTRICO QUE PERMITE A LA GESTANTE ADOPTAR MÚLTIPLES POSICIONES.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	CON RIELES O BARRAS LATERALES PARA COLOCAR ACCESORIOS.
B02	ACCIONAMIENTO ELÉCTRICO MOTORIZADO (RUIDO MENOR O IGUAL A 65dB)
B03	PANEL(ES) DE CONTROL, PARA AJUSTE DE ALTURA DE LA MESA, INCLINACIÓN DEL ASIENTO E INCLINACIÓN DEL RESPALDO COMO MÍNIMO.
B04	BARANDAS O ASAS LATERALES PLEGABLES O RECLINABLES
B05	PLACA O SEGMENTO APOYA PIERNAS (O APOYA PIES) DESLIZABLE BAJO EL ASIENTO O DESMONTABLE
B06	ANCHO TOTAL DE LA SECCIÓN DE RESPALDO O ASIENTO ENTRE 960 Y 1020 mm (SIN ACCESORIOS).
B07	CARGA MÁXIMA MAYOR O IGUAL A 200 Kg
B08	RODABLE, CON SISTEMA DE BLOQUEO O FRENO
B09	APTO PARA COLOCAR PORTA SUEROS
B10	GRADO DE PROTECCIÓN IPX4 O SUPERIOR
MOVIMIENTOS DEL EQUIPO	
B11	ASCENDENTE HASTA 850 mm O MAS RESPECTO AL SUELO
B12	DESCENDENTE HASTA 600mm O MENOS RESPECTO AL SUELO
B13	INCLINACIÓN DEL RESPALDO DE HASTA 70° O MAS.
B14	INCLINACIÓN DEL ASIENTO CE HASTA 12° O MAS.
B15	TRENDELENBURG
POSICIONES DE LA GESTANTE	
B16	POSICIÓN GINECOLÓGICA
B17	POSICIÓN SENTADA O SEMISENTADA (USO CON ASAS O PALANCAS DE AGARRE)
B18	POSICIÓN VERTICAL (USO CON BARRA O AGARRADERA EN LA BASE).
C. ACCESORIOS	
C01	JUEGO COMPLETO DE COLCHONETAS CON CUBIERTA IMPERMEABLE Y SIN

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

	COSTURAS (SELLADOS)
C02	PORTA PIERNA ACOLCHADA, CON CORREA DE FIJACIÓN, CON ARTICULACIÓN ESFÉRICA (UN PAR) Y APOYA PIE (UN PAR).
C03	CUBETA DE DESECHOS PROFUNDA (UBICADA EN LA PARTE INFERIOR DEL EQUIPO) DE ACERO INOXIDABLE (UNA UNIDAD)
C04	DOS (02) ASAS O PALANCAS DE AGARRA LATERALES
C05	UNA (01) BARRA O AGARRADERA
C06	DOS (02) O MAS PORTA SUEROS TELESCÓPICOS REGULABLES EN ALTURA (DESMONTABLES)
C07	CONTROL REMOTO O PEDAL (ALÁMBRICO O INALÁMBRICO), PARA EL CONTROL DE MOVIMIENTOS: ALTURA, RESPALDAR Y ASIENTO COMO MÍNIMO).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
D02	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SÓLIDO CON LÍNEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% Ó MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
E. OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO
E06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO.
F. PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. *Pedro Raúl López Ramos*
C.M.P. 55123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los

usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

NO CORRESPONDE.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontarán los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Prudencio Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VAN VEELEN ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fábrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la más óptima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVANTILLAS ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281



- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo López Ramos
M.P. 38123
JEFE DE SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS ANTONIO OBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 297261

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del Programa de Mantenimiento Preventivo y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

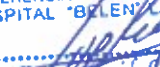
Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr.  **Pedro Raúl López Ramos**
C.M.P. 39123
JEFE OPTO. GINECO-OBSTETRICIA


CARLOS IVÁN VILLOS LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesoría: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.



Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Fx plazo en días

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: F=0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios en general y consultorías: F: 0.25
 - Para obras, F: 0.15

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. *[Firma]* **Ramos**
C.M.P. 39123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS HAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p data-bbox="268 1473 539 1512">REPRESENTACIÓN</p> <p data-bbox="555 1473 703 1512"><u>Requisitos:</u></p> <ul data-bbox="564 1547 1394 1975" style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p data-bbox="596 1693 1394 1798">En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul data-bbox="564 1839 1394 1975" style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del



		<p>consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6)</p> <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p>

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro José Espinoza Ramos
C.M.P. 30123
Médico OTO - OIRICO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



	<p>Se consideraran bienes similares a los siguientes:</p> <p>Mesa de operaciones, camas tipo uci, mobiliario clínico, camas multipropósito, camillas.</p> <p>Acreditación:</p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con boucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las</p>
--	---

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. *[Firma]*
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

[Firma]
CARLOS IVAN VILLAS ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261



	<p>Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Raúl López Ramos
C.N. 38123
DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Carlos Ivan Villos Lobos Rojas
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VILLOS LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *Raúl López Ramos*
C.M.T. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS HAN VILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usuaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Luis López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Rafael Lopez Ramos
C.M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS WANYLLA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. - GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL ROSAS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Raúl López Ramos
C.M. 39 23
JEFE OPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Manuel López Ramos
C.M.P. 99123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VAN VIELLOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE OPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Raúl Lopez Ramos
C.M.P. 58123
JEFE DPTO. - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 23721

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

HOS. ...
...
Dr. Pedro Manuel López Ramos
C.M.P. 49123
SEPA DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOSTHAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE MONITORES FETALES – ÍTEM 33 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE MONITORES FETALES – ÍTEM 33 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con monitores fetales, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE MONITORES FETALES – ÍTEM 33 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar el equipo para el control prenatal mediante la detección de latidos.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MARCELO LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 297261

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE MONITORES FETALES	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. GENERALES	
A01	COMPACTO Y LIGERO
A02	PANTALLA LCD O TFT DE 10" IN (PULGADAS) O MÁS A COLOR Y TOUCH SCREEN.
A03	CON CONEXIONES PARA TRANSDUCTORES INDEPENDIENTES.
A04	PROCESAMIENTO DE LA SEÑAL POR AUTOCORRELACIÓN O INTERMODULACIÓN DE CANALES.
A05	CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE DATOS Y OPCIONALMENTE TENDENCIAS.
A06	PUERTO O INTERFAZ PARA TRANSFERENCIA DE DATOS A COMPUTADORA.
A07	POSIBILIDAD DE USO DE MONITOREO FETAL GEMELAR Y/O TRILLIZOS.
B. COMPONENTES	
MONITOREO	
B01	VISUALIZACIÓN DE DATOS EN PANTALLA: FRECUENCIA FETAL, UNIDADES DE TOCOGRAFIA, FRECUENCIA CARDIACA MATERNA, OXIMETRÍA DE PULSO, PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.
B02	CON VISUALIZACIÓN DE VALORES NUMÉRICOS DE LA ACTIVIDAD UTERINA Y CURVA DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y DATOS DE TOCOGRAFIA.
B03	INDICADOR DE CALIDAD DE SEÑAL.
B04	ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES. DE VERIFICACIÓN DE RITMO CARDIACO FETAL ALTO Y BAJO, Y/O PERDIDA DE SEÑAL, Y/O FUERA DE RANGO DE LA SEÑAL COMO MÍNIMO
TRANSDUCTORES CARDIACO FETAL	
B05	RANGO DE 50 A 210 BPM O MAYOR
B06	FRECUENCIA DE TRABAJO: 0.9 – 2MHZ O RANGO MAYOR QUE ASEGURE UNA MEJORA TECNOLÓGICA.
B07	POTENCIA DEL LÓBULO DE RADIACIÓN IGUAL O MENOR 20 MW / CM2.
B08	RESOLUCIÓN DIGITAL 16 BITS O MAYOR O RESOLUCIÓN DE 1BPM O MAYOR
TRANSDUCTOR EXTERNO TOCO	
B09	ESCALA: 0 A 100 UNIDADES RELATIVAS
B10	SENSIBILIDAD 80 % (+- 5 %) ESCALA DE LECTURA EQUIVALENTE A 100 G.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Pablo López Ramos
JEFE DE SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVÁN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

B11	CALIBRACIÓN DEL ZERO: MANUAL Y AUTOMÁTICO
B12	PROTECCIÓN DE INGRESO IPX1 O MEJOR
FRECUENCIA CARDIACA MATERNA	
B13	RANGO: 30 A 240 BPM O MAYOR RANGO
B14	EXACTITUD APROX.: +- 2 BPM O MENOR
B15	ALARMAS DE RITMO CARDIACO
B16	PROTECCIÓN CF
PRESIÓN ARTERIAL MATERNA	
B17	MÉTODO OSCILOMÉTRICA U OTRO QUE ASEGURE UNA MEJORA TECNOLÓGICA.
B18	RANGO DE PRESIÓN 0 -250 MMHG O MAYOR RANGO
B19	PRECISIÓN DEL TRANSDUCTOR DE PRESIÓN +- 5MMHG APROX.
B20	MODOS: MANUAL O AUTOMÁTICO
B21	ALARMAS: SISTÓLICA ALTA Y BAJA DIASTÓLICA ALTA Y BAJA
OXIMETRÍA	
B22	RANGO: 0 A 99% O MAYOR
B23	RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO: 30 A 240 BPM O MAYOR RANGO
B24	PROTECCIÓN TIPO B
REGISTRADOR	
B25	IMPRESIÓN POR ARREGLO TÉRMICO CON PAPEL TERMOSENSIBLE.
B26	QUE PERMITA LA IMPRESIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL (02 CANALES) Y ACTIVIDAD UTERINA (01 CANAL) COMO MÍNIMO.
C. PERIFÉRICOS/ADITAMENTOS	
C01	ESTIMULADOR VIBRO-ACÚSTICO
C02	COCHE MÓVIL DE FÁBRICA.
C03	PULSADOR DE SEÑALIZACIÓN DE MOVIMIENTO.
D. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	
D01	220 V/ 60 Hz (TOLERANCIA SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD).
D02	CON BATERÍA INTEGRADA CON 04 HORAS DE AUTONOMÍA COMO MÍNIMO
E. ACCESORIOS	
E01	03 TRANSDUCTORES ULTRASÓNICOS FETALES DE 0.9 - 2 MHZ
E02	01 TRANSDUCTOR DE TOCOGRAFIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Ramos
P. 37123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

E03	01 CABLE DE ECG CON 03 RAMALES
E04	01 SENSOR DE OXIMETRÍA DE PULSO ADULTO
E05	01 TUBO CONECTOR PARA BRAZALETE DE PRESIÓN NO INVASIVA
E06	03 BRAZALETES ADULTOS REUSABLES PRESIÓN NO INVASIVA
E07	01 CARRITO RODANTE ORIGINAL DE FABRICA
E08	CINCO (05) JUEGOS DE CORREAS DE SUJECCIÓN DE TRANSDUCTORES.
E09	CINCO (05) FRASCOS DE GEL CONDUCTOR ACÚSTICO DE 250 ML O MÁS.
E10	DIEZ (10) PAQUETES DE PAPEL PARA IMPRESIÓN.

OTROS	
F01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
F02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
F03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
F04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
F05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
F06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
G01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *Paul Lopez Ramos*
C.M.P. 59123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Carlos Villanueva Rojas
CARLOS VILLANUEVA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. *Paul López Ramos*
M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

Carlos Villanobos Rojas
CARLOS VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

EL CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Oscar Humberto Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Antonio López Ramos
C.M.P. 39123
DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS WANYLLA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 207261

- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
 - a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MARTÍN VILLALBA ROSALES
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.

- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro José López Rumbos
C. M.F. 38103
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizara la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VAN VILLOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.
- DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Pablo Lopez Ramos
C.M.P. 38123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VILLALBA ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesoría: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. P. Raul Lopez Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VILLALBA ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro C. M. Ramos
C.M. 39125
JEFE DPTO. - GINECO OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237261

		<ul style="list-style-type: none"> Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<u>Requisitos:</u>

¹ En caso de presentarse en consorcio.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

Se considerarán bienes similares a los siguientes: EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL.

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.


En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda

	<p>fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y


CARLOS VAN PIES LOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Paul Lopez Ramos
 C.M.P. 38123
 JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

17

correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Pablo Ramos
C.O.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO OBSTETRICIA

CARLOS RAMOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

Firma y sello Representante legal del
 Contratista


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELÉN" LAMBAYEQUE
 Dr. Pedro Antonio Ramos
 C.O.P. 39138
 JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

19

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

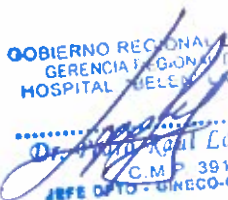
DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la


CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DEPTO - GINECO-OBSTETRICIA

20

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

21


CARLOS VAN DER LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS WILSON ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces


 CARLOS VILLALOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

 Dr. Raul Lopez Ramos
 C.M.P. 39123
 JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 05**Resultados del protocolo de pruebas**

ÍTEM :
 DENOMINACIÓN :
 MARCA :
 MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital


 CARLOS IVAN LOS LOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

 Dr. Pablo Luis López Ramos
 C.M.P. 39123
 JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS TAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista




CARLOS TRIN VILLALBA LOBOS RUJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Prádo R. Luis López Ramos
C.M.P. 39123
JEFE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09**Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento**

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. *Peña* *Gómez Ramos*
C.M.P. 39123
JEFE DE UNIDAD GINECO-OBSTETRICIA

Carlos
CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 10


Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N. °	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista



CARLOS IVAN VILLANOBOS ROJAS
INGENIERO EN ELECTRONICA
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
 Denominación :
 Marca :
 Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista




CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 437281

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. Pedro Raúl López Ramos
C.M.P. 38123
JEFE OPTO - GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS IVAN VILLALBA ROS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda




CARLOS MANUEL ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
.....
Dr. P. Ramos
C.M.F. 123
DTE DPTO. GINECO-OBSTETRICIA

CARLOS VIAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE EQUIPO RAYOS X DENTAL – ÍTEM 34 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE EQUIPO RAYOS X DENTAL – ÍTEM 34 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención medica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con equipo de rayos x dental, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE EQUIPO RAYOS X DENTAL – ÍTEM 34 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Especifico:**
 - Instalar el equipo para el diagnostico paciente por el método de diagnostico por imágenes por medio de radiación ionizante.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

CARLOS WILSON LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - "BELÉN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Marín Aburto
C.M. N. 10002
Jefe Departamento de Cirugía



REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN EQUIPO DE RAYOS X DENTAL	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. GENERALES	
A01	FIJO CON SISTEMA DE ADITAMENTO A LA PARED.
A01	LONGITUD DE ALCANCE MÁXIMO NO MAYOR A 2 m.
A02	FACILIDAD DE MANIOBRABILIDAD DEL CONJUNTO BRAZO-MONOBLOQUE.
A03	CON TECNOLOGÍA DE CONVERTIDOR DE ALTA FRECUENCIA.
B. COMPONENTES	
MONOBLOQUE	
B01	VOLTAJE DEL TUBO DE RAYOS X: MAYOR O IGUAL A 60 KV Y MENOR O IGUAL A 70 KV.
B02	CORRIENTE MÁXIMA DEL TUBO DE RAYOS X: 8 MA O MENOS.
B03	PUNTO FOCAL DEL TUBO DE RAYOS X: 0,4 MM O MENOS.
B04	CON ROTACIÓN COMPLETA EN EL PLANO HORIZONTAL.
B05	CON ROTACIÓN EN EL PLANO VERTICAL.
B06	FILTRACIÓN TOTAL MÍNIMA: 2,5 MM AL.
B07	MÁXIMA RADIACIÓN DE FUGA PERMISIBLE (A LA TENSIÓN MÁXIMA DEL TUBO): 1 MGY/HR A 1 M DE DISTANCIA.
UNIDAD DE CONTROL	
B08	TIEMPO MÁS CORTO DE EXPOSICIÓN: 10 MS O MENOS.
B09	VISUALIZACIÓN DIGITAL DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN.
B10	SELECCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y NIÑOS.
B11	INDICADOR LUMINOSO Y AUDIBLE DE EMISIÓN DE RAYOS X.
B12	DISPARADOR PARA EMISIÓN DE RAYOS X CON CABLE DE EXTENSIÓN DE 2M COMO MÍNIMO.
C. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	
C01	220 V/ 60 Hz (CON TOLERANCIAS SEGÚN EL CÓDIGO NACIONAL DE ELECTRICIDAD)
D. ACCESORIOS	
D01	DOS (02) MANDILES EMPLOMADOS (CON SUS RESPECTIVOS COLLARINES) DE 100 CM DE LARGO COMO MÍNIMO Y CON UN ESPESOR EQUIVALENTE EN PLOMO DE AL MENOS 0,5 MM.

CARLOS VILLALBA ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL).
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN CASTELLANO (FÍSICO Y DIGITAL) QUE CONTENGA, NUMERO DE PARTES, DIAGRAMAS DE BLOQUES Y DIAGRAMAS CIRCUITALES.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 24 MESES COMO MÍNIMO.
E06	24 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MÍNIMO. EL CONTRATISTA CONSIDERARA EL SUMINISTRO DE FILTROS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CONSIDERACIONES DEL FABRICANTE.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(30) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante, gasto

CARLOS VASQUEZ ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Matos Alvar
Jefe Departamento de Cirugía

movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren

CARLOS IVAN VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR BELÉN
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

SEGUROS

El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 24 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.E. - R.E. - C.O.
Jefe Departamento de Cirugía

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El *Programa de Mantenimiento Preventivo*, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El *Programa de Mantenimiento Preventivo* es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el *Programa de Mantenimiento Preventivo*.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.

CARLOS VAN VIES LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alatorre Aburto
C.M. N. 6
Jefe Departamento de Cirugía



- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento – OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución, mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.
 - d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.

CARLOS IVAN VALLEJO ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
 - **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación
 - **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.

CARLOS VAN VILLE LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Ahurta
C.M.P. N° 10367
Jefe Departamento de Cirugía

- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL IPEN

- El contratista deberá contar con la autorización o licencia correspondiente del IPEN (Instituto Peruano de Energía Nuclear) para la prestación del servicio de mantenimiento de Fuentes de Radiaciones Ionizantes, en concordancia con la Ley 28028 "Ley de Regulación del Uso de Fuentes de Radiación Ionizante" y su respectivo Reglamento, la cual deberá estar vigente durante la prestación del servicio.
- El personal técnico especializado que destaque el contratista para la ejecución del servicio de mantenimiento en el Centro Asistencial, deberá contar con su respectiva Licencia Individual emitida por el IPEN (Instituto Peruano de Energía Nuclear), en concordancia con la Ley 28028 "Ley de Regulación del Uso de Fuentes de Radiación Ionizante" y su respectivo Reglamento, la cual deberá estar vigente durante la prestación del servicio.

PROVEEDOR

- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19371
Jefe Departamento de Cirugía

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatronico o Biomedico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 30 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
- DISTRITO : LAMBAYEQUE.

CARLOS VIAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL INOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.O.P. 19362
Jefe Departamento de Cirugía



DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

CARLOS IVARRA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Md. Mario Fernando Mateo Aburto
Jefe Departamento de Cirugía

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

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

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

CARLOS MANVILLO ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Peralta Mateo Abanto
Jefe Departamento de Cirugía

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe Indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C, D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL				
A.1	<table><tr><th data-bbox="268 1659 539 1695">REPRESENTACIÓN</th><th data-bbox="555 1659 1378 1984">Requisitos:</th></tr><tr><td></td><td><ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta.<p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p></td></tr></table>	REPRESENTACIÓN	Requisitos:		<ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p>
REPRESENTACIÓN	Requisitos:				
	<ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p>				

CARLOS MANRIQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 287261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P.A. 44462
Jefe Departamento de Cirugía



		<ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	HABILITACIÓN	<p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
B.1	FACTURACIÓN	<u>Requisitos:</u>

¹ En caso de presentarse en consorcio

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19342
Jefe Departamento de Cirugía

CARLOS IVAN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

Se consideraran bienes similares a los siguientes: EQUIPOS DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE.

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la

CARLOS IVÁN VIALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Martín Fernando Sánchez
C.M.F.
Jefe Departamento de Salud



	<p>calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD - BELEN LAMBAYEQUE

CARLOS IVAN VILSA LOBOS ROJAS
 INGENIERO MECATRONICO
 REG. CIP. 237261

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
 C.M.P. N° 19362
 Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

Firma y sello Representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN VICALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372^{RA}1

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL DE SALUD
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO - BELÉN
LAMBAYEQUE
Recibido por el Sr. Dr. Fernando Hister Aburto
Nº 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

CARLOS IVAN VAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
CENTRO DE SALUD
HOSPITAL PR. BELEN LAMBAYEQUE

18

Md. Mario Fernando Mateo Abanto
REG. N.º 14362
Jefe Departamento de Cirugía

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo
	Fecha de Instalación
	Nro. Procedimiento
	Fecha de Instalación
	Periodo de Garantía
	Contratista
	Dirección y teléfonos.

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE SALUD
LAMBAYEQUE

19
CARLOS VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Mario Fernando Maldonado
C.M.P. 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN PALACIOS ROJAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LA SIERRA - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Francisco Mateo Aburto
CIP. 141152
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital/centro de salud o quien
haga sus veces

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL FUENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Md. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. 1419387
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

CARLOS IVAN VILA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Alateo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N°	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS VIANEY ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19502
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud: _____

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS WALTER MORALES ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE

Med. Mario Fernando Mateo Abanto
C.O.P. N° 19382
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS MENDOZA ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.M.P. N° 19352
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

CARLOS NAYVIL ALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abanto
C.M.P. N° 19455
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

CARLOS IVAN LLALLOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237281

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PABLO DE ARRIAGA - BELEN
LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Aburto
C.O.P. N° 19262
Jefe Departamento de Cirugía
28

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

CARLOS VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
INSTITUTO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mateo Abanto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de con R.U.C. N°
DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por danos ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN
Med. María Eugenia Torres Aburto
C.M.P. 12345
Jefe Departamento Cirugía

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista


CARLOS NAN VALLEJOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372R1


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL BELEN LAMBAYEQUE
Med. Mario Fernando Mallo Aburto
C.M.P. N° 19362
Jefe Departamento de Cirugía



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

"ADQUISICIÓN DE UN VENTILADOR DE TRANSPORTE – ÍTEM 38 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN- LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

ADQUISICIÓN DE UN (01) VENTILADOR DE TRANSPORTE – ÍTEM 36 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN- LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"

2. FINALIDAD PÚBLICA

La atención médica de manera oportuna y en situaciones de emergencia, puede marcar la diferencia entre la vida y la criticidad de un paciente. Por esto, en las UPSS de alta criticidad deben existir mejoramientos continuos que permitan la optimización de los procesos, para marcar la diferencia en los niveles de atención.

Por lo cual el presente proceso busca contar con un ventilador de transporte, con la finalidad de abastecer la demanda requerida por la población y al mismo tiempo brindar de esta manera una atención de calidad.

3. ANTECEDENTES

El Hospital Belén Lambayeque se encuentra ubicado Av. Ramón Castilla N° 597, Distrito de Lambayeque, Provincia de Lambayeque y Departamento de Lambayeque. Este al ser hospital nivel II-1, requiere de forma primordial contar con equipos de precisión que aporten de manera positiva los servicios asistenciales. En este sentido, la institución requiere adquirir un equipo con vigencia tecnológica con el cual cubrir la brecha de atención a la población.

Teniendo en consideración que los equipos médicos objeto de adquisición a la fecha requieren de reposición y optimización para garantizar la atención médica.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:** ADQUISICIÓN DE UN (01) VENTILADOR DE TRANSPORTE – ÍTEM 36 DE LA IOARR CON C.U.I. N.º 2547828 EN EL(LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE"
- **Objetivo Específico:**
 - Instalar el equipo para brindar una respuesta inmediato a las necesidades que pueda presentar el paciente tras deficiencias respiratorias, durante un traslado terrestre o aéreo.
 - Contar con el equipo para la correcta atención a los pacientes y la atención oportuna.

5. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - F.O. 1984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Manuel López Mañón
C.M.P. 60934
JEFE DPTO. ANATOMÍA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



5.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UN VENTILADOR DE TRANSPORTE	
MARCA	: INDICAR OFERTA
MODELO	: INDICAR OFERTA
PROCEDENCIA:	INDICAR OFERTA
A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	
A01	EQUIPO BIOMÉDICO UTILIZADO PARA EL SOPORTE VENTILATORIO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS DURANTE SU TRASLADO INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO TERRESTRE Y AÉREO.
B. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
B01	PARA SER UTILIZADO EN TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA) Y AÉREO (AVIÓN/HELICÓPTERO).
B02	PORTÁTIL NO RODABLE CON SISTEMA DE ANCLAJE (A CAMILLA, INCUBADORA, ETC).
B03	CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.
B04	PESO TOTAL DEL EQUIPO (INCLUIDA LA(S) BATERÍA(S)) NO MAYOR DE 08 KG.
B05	EL AJUSTE Y SECCIÓN DE PARÁMETROS SOLICITADOS MEDIANTE SISTEMA DE PERILLAS y/o PANTALLA TOUCH SCREEN
B06	CON VÁLVULA PEEP INTEGRADA EN EL EQUIPO.
B07	CON COMPENSACIÓN BAROMÉTRICA, MEDIANTE CALIBRACIÓN MANUAL (UNA SOLA VEZ EN EL LUGAR DE DESTINO) O AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
B08	COMPRESOR DE AIRE MÉDICO, PISTÓN O TURBINA, INTEGRADO AL EQUIPO.
MODALIDADES DE VENTILACIÓN	
B09	CONTROLADO POR PRESIÓN Y VOLUMEN
B10	ASISTIDO / CONTROLADO O CMV O IPPV / SIPPV.
B11	CPAP / PEEP
B12	SIMV + PC Y SIMV + VC.
B13	PRESIÓN SOPORTE
CONTROLES CON PROGRAMACIÓN DIRECTA	
B14	DE VOLUMEN TIDAL DE 50 ml O MENOS A 1500 ml O MAS.
B15	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA, HASTA 40 Resp / Minuto O MAS
B16	DE FI02: DE 21% A 100% Ó RANGO MAYOR
B17	DE PEEP DE 0 A 20 CMH2O O MÁS
B18	TEMPO INSPIRATORIO
B19	FLUJO INSPIRATORIO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261

Dra. Katheryne M. Sánchez Morón
CMP. 80934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA



B20	PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA POR LO MENOS HASTA 50 CMH ₂ O SOBRE PEEP
B21	RELACIÓN I:E
MONITOREO	
B22	DE VOLUMEN TIDAL (VT) O VOLUMEN MINUTO (VM), AJUSTADO Y/O MEDIDO.
B23	DE PRESIÓN DE VÍAS AÉREAS EN BARRAS O GRÁFICAS.
B24	DE PRESIÓN PICO INSPIRATORIA.
B25	DE PRESIÓN MEDIA DE VÍAS AÉREAS.
ALARMAS	
B26	DE ALTA PRESIÓN DE VÍAS AÉREAS
B27	DE BAJA PRESIÓN DE VÍAS AÉREAS.
B28	DE FALLA ELÉCTRICA (BATERÍA BAJA O RED).
B29	DE APNEA
B30	VOLUMEN TIDAL ALTO Y BAJO
B31	PRESIÓN DE SUMINISTRO DE OXÍGENO BAJO
C. ACCESORIOS	
C01	OCHO (08) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE (REUSABLE). 04 JUEGOS PARA PEDIÁTRICOS. 04 JUEGOS PARA ADULTOS.
C02	UN (01) PULMÓN DE PRUEBA.
C03	MANGUERAS DE OXIGENO.
C04	UN (01) CILINDRO DE OXIGENO TIPO E, DE ALUMINIO, CON SU RESPECTIVO REGULADOR DE PRESIÓN.
C05	VENTILACIÓN NO INVASIVA (NIV, NCPAP, NDUOPAP), INCLUYE 20 MASCARILLAS DESECHABLES (OPCIONAL).
D. REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA	
D01	220 -230 VAC / 60Hz. CABLE Y ENCHUFE DEBEN CUMPLIR CON LA RM 175- 2008-MEM.
D02	BATERIA(S) RECARGABLE(S) INCORPORADA(S).
D03	BATERÍA(S) RECARGABLE(S) QUE PERMITA LA AUTONOMÍA EN LA TOTALIDAD DE SUS FUNCIONES POR CUATRO HORAS O MÁS.
D04	SISTEMA DE ALIMENTACION CON CAPACIDAD PARA USO EN AMBULANCIA Y AVION / HELICOPTERO (INCLUYENDO LOS ACCESORIOS REQUERIDOS: CABLES, CONECTORES U OTROS).
OTROS	
E01	ENTREGA DE (02) MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES EN INGLES Y/O CASTELLANO
E02	ENTREGA DE (02) MANUALES DE SERVICIO TÉCNICO ORIGINALES EN INGLES

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moran
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Luis Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
COORDINADOR DE C.C.

Carlos Matthei Lobos Rojas
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 2372h1



	Y/O CASTELLANO.
E03	CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
E04	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO RECOMENDADA POR EL FABRICANTE.
E05	GARANTÍA DEL EQUIPO Y TODOS LOS COMPONENTES PERIFÉRICOS SERA DE 36 MESES COMO MÍNIMO
E06	36 MESES CON MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS CON FRECUENCIA RECOMENDADA POR EL FABRICANTE COMO MINIMO.
PLAZO DE ENTREGA	
F01	(45) DÍAS CALENDARIOS, POR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DEL EQUIPO.

5.2 CONDICIONES GENERALES

- Los equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los proveedores deberán ser nuevos (sin uso ni repotenciados), cumpliendo con las características técnicas proporcionadas por la entidad.
- Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica. Debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente de que hayan sido individualizados o no en forma específica en las características técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).
- El proveedor será el único responsable ante la entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir total o parcialmente esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas u otras entidades o terceros en general.
- El equipo ofertado incluirá todos los costos, es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje e instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (Incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de mantenimiento que deberá proporcionar según recomendaciones del fabricante), gasto personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.
- El contratista deberá dejar el equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con esto.
- El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se comprometa a realizar los upgrade o actualizaciones de los software instalados en el equipo y sus

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Jaime Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS VANDERBOS ROJAS 4
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).

- El contratista durante el periodo de garantía ofertado, deberá brindar el mantenimiento preventivo al equipo y sus componentes periféricos con mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen los manuales e información técnica del fabricante. Además, deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo y el informe de sus procedimientos.
- Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o quien haga sus veces las contraseñas o claves de ingreso al modo servicio técnico del equipo y sus periféricos.
- La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentarlo doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

5.3 EMBALAJE Y ROTULADO

El proveedor deberá embalar los equipos para la entrega, con los materiales mas adecuados para proteger dichos bienes durante el transito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

El equipo y sus componentes periféricos será embalado y rotulado de manera apropiada de acuerdo a las instrucciones estipuladas en las normas, según los usos del comercio y de acuerdo con cualquier requisito impuesto por la ley aplicable a los transportistas y fabricantes de las mercancías.

El contratista no tendrá derecho a devolución alguna sobre los materiales de embalaje.

5.4 MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde.

5.5 TRANSPORTE Y SEGUROS

TRANSPORTE

EL CONTRATISTA será el único responsable del transporte de los bienes, debiendo éste tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los bienes en las condiciones requeridas.

EL CONTRATISTA será el único responsable de que, al momento de realizar la descarga de los bienes en el espacio indicado por LA ENTIDAD, los mismos no sufrieran roturas, fisuras o cualquier desperfecto producto de las maniobras de estiba y desestiba, debiendo EL CONTRATISTA, reponer los bienes que fueren afectados en el plazo máximo de diez (10) días calendarios, caso contrario no se le otorgará la respectiva conformidad.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - R.N.E. 35984
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Rojas Rojas
C.M.P. 17862
JEFE OPTO. ANATOMIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO METATRONICO
REG. CIP. 233261



El CONTRATISTA deberá contar con los seguros correspondientes para la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes adquiridos.

5.6 GARANTÍA COMERCIAL

Los equipos, componentes periféricos, accesorios y periféricos deberán tener una garantía contra cualquier desperfecto, deficiencia, falla o vicios ocultos de fabricación, defectos de diseño, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados producto de fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgo la conformidad.

El equipo y sus componentes periféricos tendrán una garantía como mínimo de 36 meses, contabilizados desde la puesta en servicio. Esta garantía no se aplica a daños por accidente, mal uso o negligencia por parte del usuario.

Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al contratista, este deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se descontaran los días que el contratista reemplace el equipo con otro de similares características.

5.7 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El postor deberá presentar la Declaración Jurada de Disponibilidad de Servicios y repuestos.

Debe garantizar la disponibilidad de repuestos, accesorios y servicios que requiera el bien, luego del vencimiento de la garantía, para reemplazo por desgaste o deterioro de estos, para garantizar la operatividad del bien durante su vida útil.

5.8 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

ACTIVIDADES

- **El Programa de Mantenimiento Preventivo** será elaborado por el postor de acuerdo a la periodicidad y recomendaciones establecidas en los manuales del fabricante.
- Cumplimiento a cabalidad por parte del contratista del *Programa de Mantenimiento Preventivo* de los equipos y sus componentes periféricos.
- **Servicio de Mantenimiento Correctivo**, el cual se llevará a cabo cuando sea necesario, y de acuerdo al resultado del correspondiente servicio de diagnóstico tras la paralización del equipo por defectos de fabrica sobre partes o componentes o correcta instalación.
- **Suministro e instalación de repuestos, partes y componentes durante el periodo de garantía para los equipos y sus componentes periféricos por cuenta del contratista**, cada vez que sea requerido como resultado del servicio de diagnóstico por parte del contratista, y se constituya como una actividad ineludible en el servicio de reparación.

Quedan excluidos los repuestos, partes y componentes de los equipos que sean necesarios reemplazar como consecuencia de daños producidos por agentes externos a los equipos, caso fortuito o fuerza mayor y mal uso u operación del equipo por parte de personal de la institución.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morán
CIP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
CIP. 1417962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALBA ROSAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 237261



De presentarse estos casos, el contratista entregará las Especificaciones Técnicas de los repuestos, partes o componentes a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios de la institución para la elaboración de la solicitud de compra.

Una vez adquiridos por la institución los repuestos, partes o componentes, el contratista se encuentra obligado a instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo y sus componentes periféricos siempre y cuando se encuentre dentro del periodo de garantía.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El Programa de Mantenimiento Preventivo, será elaborado en función a las recomendaciones del fabricante con la finalidad de asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
- Queda entendido que el Programa de Mantenimiento Anual comprende el siguiente documento:
 - a) Descripción de Actividades de Mantenimiento, indicando las frecuencias en el caso de Mantenimiento Preventivo y/o correctivo programado.
 - b) Deberá hacer el cronograma de actividades en base a las recomendaciones del fabricante de los equipos, siendo la frecuencia de mantenimientos preventivos la mas optima para asegurar la operatividad continua de los equipos.
- **Reprogramación:** El Programa de Mantenimiento Preventivo es susceptible de ser reprogramado por diversos factores, tales como: necesidad del servicio por uso continuo del equipo, es decir, por causas atribuibles a la entidad, por incumplimiento del contratista, u otras causas fortuitas o fuerza mayor no atribuibles al contratista, que impidan la ejecución del mantenimiento preventivo programado en la fecha prevista.

La institución y el contratista coordinarán la reprogramación de actividades debiendo quedar formalizado en un **Programa de Mantenimiento Preventivo Reprogramado**, el cual deberá ser suscrito por ambas partes.

5.8.1 MANTENIMIENTO PREVENTIVO

- El contratista, de conformidad con el Programa de Mantenimiento Preventivo.
 - a) Coordinará con el Jefe del Área Usaria y la Jefatura de Servicios Generales y Mantenimiento, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa inopinadamente la labor del servicio usuario.
 - b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos adecuados, y empleando los equipos e instrumentos de medición recomendados por el fabricante.
 - c) El contratista utilizará el formato "Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM" que le será proporcionado sin costo alguno por la institución,

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katerlyne M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17962
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.G.

CARLOS IVAN VILLALBA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281



mediante el cual se inicia el requerimiento del mantenimiento, hasta la conformidad final del servicio prestado.

- d) Concluido el trabajo demostrará al área usuaria la eficacia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe de Área Usuaria suscribir la Orden de Trabajo de Mantenimiento, en el campo correspondiente.
 - e) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
 - f) Aceptada la actividad de mantenimiento, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento del equipo.
 - g) Las actividades antes indicadas serán supervisadas permanentemente por un profesional de la institución, designado por el jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
- El contratista, en caso de no ejecutar la actividad de mantenimiento preventivo en la fecha prevista:
- a) Reprogramará el mantenimiento preventivo en coordinación con el Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces.
 - b) Estará sujeto a la aplicación de penalidades, si el incumplimiento fuese injustificado.
- De persistir en el incumplimiento se comunicará al OSCE para la aplicación de las sanciones que correspondan.
- En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento ó un (01) día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, o quien haga sus veces para su evaluación y conformidad, de ser el caso.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

- Si durante el periodo de garantía se genera la ocurrencia de una falla o avería de los equipos o de sus componentes periféricos, que pueda ser reportada por el servicio usuario o la oficina de servicios generales y mantenimiento, el contratista, previa comunicación vía correo electrónico y/o cartas en el mismo día de ocurrido el evento, o a más tardar al día siguiente, se apersonará al centro asistencial para evaluar, diagnosticar y reparar la falla del equipo en un **plazo máximo de 04 días calendario** (en caso de no requerir repuestos, partes o componentes), efectuando su registro en forma clara y precisa en la OTM.
- De requerirse un repuesto o parte para la ejecución del mantenimiento correctivo, el contratista ejecutará dicho mantenimiento a conformidad del área usuaria, dentro del siguiente plazo:
- **06 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) no requiere importación

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - R.N.E. 53984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Manuel Noya Muñoz
C.M.P. 17563
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.G.

CARLOS IVÁN VELAZQUEZ
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- **15 días calendario como máximo**, si el repuesto (o parte) requiere importación, debidamente demostrado con la documentación correspondiente.
- Concluido el trabajo, el contratista demostrará al usuario la eficacia del mantenimiento correctivo ejecutado, solicitando al jefe del Servicio Usuario firmar la OTM en el campo correspondiente.
- Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la institución.
- Aceptada la actividad de mantenimiento correctivo, en la OTM se registrará integralmente las actividades ejecutadas, la mano de obra empleada, los recursos materiales cambiados o aplicados, y las horas-hombre efectivas utilizadas en la ejecución del mantenimiento correctivo del equipo. De ser necesario, se insertarán hojas adicionales para completar la información requerida en los campos de la OTM.

5.9 SOPORTE TÉCNICO

Se deberá proveer de soporte técnico a distancia, por medio de canales de comunicación como correo electrónico, chats y/o teléfono.

Posterior a la suscripción de contrato, el contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válido, cuya vigencia a lo largo del periodo de garantía de los bienes será de su exclusiva responsabilidad, siendo el contratista responsable de mantenerlo activo. La sola remisión del correo electrónico por parte de la institución al contratista será considerada como una notificación válida.

5.10 CAPACITACIÓN

Luego de el inicio y puesta en marcha del equipo, el contratista realizará la capacitación dentro de los diez días calendarios siguientes a la entrega de los equipos, las capacitaciones se realizarán de manera presencial en las instalaciones del establecimiento de salud, en cada una de las áreas usuarias respectivas donde se instalarán los equipos.

- El contratista deberá brindar al personal usuario capacitación en los conceptos básicos de funcionamiento, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación del equipo. En un total de 08 horas, con la finalidad de que personal de la institución manipule y sepa distinguir alarmas y controles de operación.
- Capacitación especializada técnica para el servicio técnico de mantenimiento preventivo del equipo con una duración de 08 horas. Con la finalidad de que el personal técnico y especializado de la institución pueda atender a eventualidades anormales básicas de funcionamiento del equipo.
- El proveedor deberá entregar una Certificación de capacitación a cada uno de los participantes. Debidamente firmada y sellada demostrando fehacientemente la autenticidad de la misma.

5.11 REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

PROVEEDOR

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - T.I.E.: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17902
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

CARLOS IVAN VILLALBA LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Tener RUC habilitado y habido.
- Contar con RNP vigente en el rubro de bienes.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para la suscripción del Contrato.
- Registro Sanitario.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

PERFIL DEL PROVEEDOR

- Empresa Natural o Jurídica.
- El contratista deberá proporcionar personal calificado en equipos iguales o similares al objeto de contratación, siendo este responsable por la puesta en marcha y pruebas operativas del equipo.
- El contratista deberá realizar todos los trabajos pertinentes a la instalación y puesta en marcha del equipo. Quedando prohibido la subcontratación total o parcial con la finalidad de cumplir las especificaciones técnicas.
- Deberá cumplir con las normativas descritas en la presente especificaciones técnicas, cumpliendo con el marco normativo nacional y garantizando la calidad del bien a adquirir.

PERSONAL

- El personal técnico especializado deberá ser calificado, estar capacitado para equipos de tecnología iguales o similares y contará con el perfil mínimo.
- El contratista designará un profesional responsable del servicio, quién se hará cargo de coordinar con la institución, el cumplimiento del *Programa de Mantenimiento Preventivo* y los mantenimientos correctivos imprevistos, dar solución de las situaciones imprevistas que se presenten en los equipos y realizar otras actividades afines e inherentes al servicio, según el requerimiento del jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- El profesional responsable designado por el contratista será Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico o Mecánico Electricista, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
- El personal del contratista deberá cumplir las siguientes normas de conducta:
 - ✓ Pulcritud y orden personal en todo momento
 - ✓ Responsabilidad
 - ✓ Respeto, cortesía y buenas costumbres
 - ✓ Utilizar el uniforme e implemento de seguridad y foto check, que el contratista le entregará a su costo, en forma impecable y decorosa.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morán
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael...
C.M.P. 17501
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

10



REQUISITOS:

- Ingeniero Electrónico o Mecatrónico o Biomédico, titulado y habilitado, requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO.

ACREDITACIÓN:

- El Ingeniero responsable del Servicio, acreditará con copia simple de TÍTULO.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CLAVE

REQUISITOS:

Ingeniero Responsable del Servicio debe contar con 20 horas académicas de capacitación en equipos objeto de la convocatoria iguales o similares.

ACREDITACIÓN:

Documentos: Constancias, certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la capacitación del personal propuesto.

5.12 LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN A ADQUIRIR

El plazo máximo e entrega de los equipos será de 45 días calendarios, contados desde el día siguiente de la firma del contrato.

El equipo y sus componentes periféricos serán entregados en el almacén del HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE.

- DIRECCIÓN : Av. Ramón Castilla N° 597.
DISTRITO : LAMBAYEQUE.
DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE.

Así mismo, la instalación, pruebas y capacitación de los equipos serán realizados en el centro de salud mencionado.

5.13 RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD

La conformidad mediante el Acta de conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa del Equipo estará sujeta al cumplimiento de lo estipulado en el (Formato N° 02).

RESPONSABLES DE LA CONFORMIDAD

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo estarán a cargo de:

- 1) El (los) responsable(s) (jefe de Servicio o Usuario final del equipo o bienes adquiridos) de la Institución Establecimiento de Salud.
- 2) Un representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad Contratante o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un Comité para la Recepción de los equipos (en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2).

5.14 FORMA DE PAGO

PAGO N° 1: Prestación
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17902
TO. ANESTESIOLOGIA Y C.G.

Carlos Manuel Lobos Rojas
CARLOS MANUEL LOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261



El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" (Formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén de la Institución.
- Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba de Operatividad de los Bienes (Formato N° 02).
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Orden de Compra. (Copia)
- Número de Cuenta Interbancaria CCI
- Copia del Contrato.

PAGO N° 2: Prestación Accesorio: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía

Se realizará en un pago por cada año por mantenimiento preventivo (de corresponder).

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de (los) Equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos.

Documentos para el pago por Mantenimiento:

- OTM del formato institucional y reporte de mantenimiento del contratista debidamente llenada y suscrita.
- Comprobante de pago, debidamente descrito.
- Copia de la Orden de Compra. (Copia)

5.15 PENALIDADES

Las penalidades serán aplicadas de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 161 y 162** del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225 aprobado por D.S N° 082-2019-EF y su modificación efectuada mediante D.L. N° 1444 y decreto supremo N°344 – 2018 EF.

- **Penalidad por mora en la ejecución de la prestación.** La Entidad podrá aplicar al contratista una penalidad por cada día por mora, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto contratado vigente. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final; o si fuera necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento o por el monto diferencial de la propuesta.

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

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 00934 - RNE: 93484
JEFE DE OPTO PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Noya Muñoz
C.M.P. 7862
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O

CARLOS IVAN VALDOLIBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIR. 237261



Penalidad diaria = $0.10 \times \text{monto}$

Fx plazo en días

Donde F tiene los siguientes valores:

- a) Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultorías y ejecución de obras: $F=0.40$
- b) Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - b.1) Para bienes, servicios en general y consultorías: $F: 0.25$
 - b.2) Para obras, $F: 0.15$

6. DE LA SELECCIÓN

DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicados en el numeral 5.1.

- FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas".

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO N° 01.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N° 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la Información Indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son: B, C y D.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

- Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems -- Requirements for regulatory purposes: o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.S. 17952
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

[Firma]
CARLOS IVAN VILELA ROSAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261



El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto.

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

7. ANEXOS

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
A.1	<p>REPRESENTACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que acredite el poder vigente del representante legal, apoderado o mandatario que rubrica la oferta. <p>En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscribe la promesa de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promesa de consorcio con firmas legalizadas¹, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 6) <p>La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de vigencia de poder expedida por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas. • Promesa de consorcio con firmas legalizadas.
A.2	<p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos</u></p> <p>El postor debe contar con:</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

[Firma]

Dra. R. M. Sánchez
C.M.P. 17902
JEFE OPTO. PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

[Firma]

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17902
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

[Firma]

CARLOS VILLANUEBAS ROJAS
INGENIERO MECANICO
REG. CIP. 267261



		<p>➤ Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA</p> <p><u>Acreditación</u></p> <p>Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</p> <p>Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</p>
--	--	---

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
B.1	<u>FACTURACIÓN</u>	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a tres veces el monto contractual por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideraran bienes similares a los siguientes: VENTILADOR MECÁNICO, EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA DE TRANSPORTE.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.C.

CARLOS IVAN PICALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 247361



		<p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p>
--	--	---

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 80934 - FIC: 33984
JEFE DE DPTO. MEDICINA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17902
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

		<p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
--	--	---

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Amador Neyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.A.

Carlos Ivan Valdivia Rojas
CARLOS IVAN VALDIVIA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 283261

FORMATO N° 01

Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas.

Señores

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Presente. –

En calidad de Contratista y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características solicitadas.

SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS					
DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO.					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR					
MARCA					
MODELO					
N °	CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICACIONES	CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO		N° FOLIO
			SI	NO	

En ese sentido, me comprometo a entregar el bien con las características, en la forma y detalles especificados.

Ciudad, de de

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Leiva Neyra
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y CUIDADO

Firma y sello Representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 68934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

CARLOS IVÁN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237281



FORMATO N ° 02

Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de equipos
(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital, al bien que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N ° SERIE

N ° DE Orden de Compra, Contrato N °

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones-señaladas en la orden de compra, contrato.
- 2) Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.
- 3) Las placas de fabrica del bien o equipo entregado, consignara el año de fabricación, series y modelos.
- 4) Ficha Técnica del equipamiento (Formato N ° 03)
- 5) Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N ° 04) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N ° 05).
- 6) Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- 7) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del equipo (Formato N ° 06 y 07).
- 8) Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N ° 08 y 09).
- 9) Entrega del Certificado de Garantía por el bien o equipo, Formato N ° 13.
- 10) Los bienes adquiridos tendrán grabado en una placa de metal, de preferencia remachada. El logotipo de la entidad, el nombre del equipo, la

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Heyra Muñoz
C.M.P. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morán
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

19
Carlos Iván Velalobos Rojas
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP 237261

razón social, el teléfono del contratista, fecha de instalación y garantía en meses u años.

Logo de la institución	Denominación del Equipo Fecha de Instalación Nro. Procedimiento Fecha de Instalación Periodo de Garantía Contratista Dirección y teléfonos.
------------------------	---

- 11) Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital).
- 12) Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y sus correspondientes procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 10 y 11).
- 13) Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados. Según lo establecido en el Anexo (Formato N° 12)
- 14) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa (Formato N° 14).
- 15) Entrega de Video de Operación y Mantenimiento.
- 16) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

De no corresponder, deberá presentar resaltado en el listado de productos que no requieren registro sanitario el bien descrito del ítem al que se postula.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación, prueba operativa del equipo y conformidad del equipo, encontrándose todo conforme.

Firman dando fe de lo anterior:

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

[Firma]
Dra. Katherine M. Morón
C.M.P. 80934 - F. 184

Firma y sello del Jefe de Servicio
del Área Usaria

Firma y sello Representante del
contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

[Firma]
Dr. Francisco Ismael Noya Muñoz
C.M.P. 17852
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

Firma y sello del responsable Técnico
de la entidad o quien haga sus
veces

[Firma]
CARLOS WALTER ROBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 03

Ficha técnica

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

Sello y firma del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE

Dr. Katherine M. Sánchez Morán
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRÍA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17960
JEFE DPTO. ANESTESIA

CARLOS IVAN VALDERRAMA ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 04

Formato para el protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal del Contratista

Firma y sello del representante técnico del hospital/centro de salud o quien haga sus veces

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Negra Muñoz
C.P.A. N° 17032
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine Sánchez Morón
C.M.P. 60934 RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237281

FORMATO N° 05

Resultados del protocolo de pruebas

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

N°	Descripción de la Prueba	Resultado / valor esperado	Resultado / valor obtenido	Conforme		Observación
				Si	No	

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como contar con los instrumentos de medición necesarios.

Firma y sello del representante legal de
Contratista

Firma y sello del representante técnico
del hospital

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17839
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

23

FORMATO N° 06

Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica.

Bien		Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto			Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio		Fecha de término		Días - horario
Nº	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.			
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.			
3	Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.			
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.			
5	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.			
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.			
11	Evaluación; Examen Práctico de uso y conservación.			
Total de horas				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Usaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 14982
JEFE OPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE OPTO. PEDIATRIA

CARLOS IVAN VIALLOBO ROJAS
INGENIERO MEDATRONICO
REG. CIP. 2372R1

FORMATO N° 07

Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/Centro de salud:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Usuaria
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Noya Muñoz
C.M.P. 17562
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
CMP. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

CARLOS WILLY LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 937281 25

FORMATO N° 08

Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad		Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario	
N°	Temática mínima del curso (*)			Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo regularan.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
TOTAL DE HORA				

(*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación.

Vº Bº del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyro Muñoz
C.M.P. 17502
JEFE OPTO. ANEOD. ODIOLOGIA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moron
C.M.P. 60634 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS 26
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 09

Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento
y reparación de equipamiento

Unidad ejecutora	
Establecimiento de salud	
Servicio	

En fecha de del en la ciudad de se
desarrolló la capacitación en

Durante horas

Nombre del bien	
Marca	
Modelo	

Expositor:


En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital/C.S.:


NOMBRE	CARGO	FIRMA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los que suscriben dan la conformidad, luego que el Contratista ha ejecutado la capacitación
..... en formas satisfactoria,

V° B° del responsable del Área Técnica
del Hospital

Firma y sello del Instructor del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17562
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO PEDIATRIA


CARLOS VAN V. ALABOS ROJAS 27
INGENIERO MEATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 10

Programa de mantenimiento preventivo

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Periodo (meses) (según su propuesta técnica)	

N°	Descripción actividad (año)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

Sello y firma del representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dr. Francisco Javier Muñoz
C.M.F. 17982
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
[Firma]
Dra. Katherine M. Sánchez Mórón
CMP: 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRIA

[Firma]
CARLOS NAVILLO ROSAS
INGENIERO ELECTRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 11

Procedimientos de mantenimiento preventivo

N° ítem :
Denominación :
Marca :
Modelo :

N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing/Téc)	Hora / Hombre

(*): Las actividades de mantenimiento serán acorde a las características que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

V° B° del V° B° del Área de
mantenimiento del Hospital

Firma y sello del representante legal del
Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Samuel Acosta Muñoz
C.R.P. 17502
JEFE DPTO. INGENIERIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" - LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sanchez Moran
C.M. 60934 - RNE: 33084
JEFE DE DPTO PEDIATRIA

Carlos Manrique
CARLOS MANRIQUE ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 12

Formato de costos unitarios de componentes, repuesto, accesorios e insumos

Nombre del equipo	
Marca	
Modelo	
Ítem N°	

N°	Denominación	Código de parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

Firma y sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Muñoz
C.M.P. 10552
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGÍA Y C.O.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Mórón
C.M.P. 80534 - RNE: 20904
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

CARLOS VAN VILLE LOBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

FORMATO N° 13

Declaración Jurada de compromiso de garantía del equipo y sus componentes

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, identificado con DNI N°

Representante Legal de, con R.U.C. N°
....., DECLARO BAJO

JURAMENTO que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el siguiente detalle:

N° ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a)+(b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

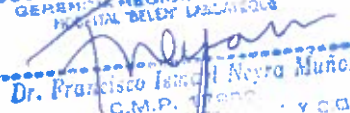
La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por daños ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

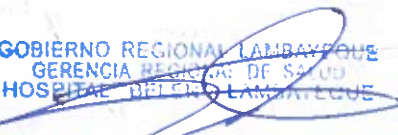
La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

Este documento será canjeado por el Certificado de Garantía da nuestra representada y con un documento de garantía de respaldo del fabricante del equipo a la entrega del equipo, de ser adjudicados.

Ciudad..... de del 20.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante Legal o común, según corresponda

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 11999 - y c.c.
JEFE DPTO. ANESTESIA

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE

Dra. Katherine M. Sánchez Morón
CMP. 60934 - RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA


CARLOS IVAN VELAZQUEZ ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 897281

FORMATO N° 14

Compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con D.N.I.
N°, Representante Legal de
con RUC N° , DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de
Insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de
..... (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como
mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la
Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)
.....

Lima, de del

Firma y sello del Representante legal del Contratista

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dr. Francisco Ismael Neyra Muñoz
C.M.P. 17992
JEFE DPTO. ANESTESIOLOGIA Y C.C.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "BELEN" LAMBAYEQUE
Dra. Katherine M. Sánchez Morón
C.M.P. 60934 RNE: 33984
JEFE DE DPTO. PEDIATRÍA

CARLOS MANUEL ALBOS ROJAS
INGENIERO MECATRONICO
REG. CIP. 237261

Importante

Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el comité de selección incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**PARA TODOS LOS ÍTEMS:**

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<u>Requisitos:</u> Autorización Sanitaria de funcionamiento de acuerdo a la Ley N ° 29459 y el reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N ° 014-2011-SA.
	Importante <i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i>
	<u>Acreditación:</u> Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda. Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.
	Importante <i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i>

B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDADRequisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a los siguientes montos facturados acumulados por cada ítem:

ÍTE M	DESCRIPCIÓN	MONTO FACTURADO ACUMULADO
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	S/ 172,250.00
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	S/ 309,000.00
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	S/ 629,249.00
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	S/ 795,870.00
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	S/ 350,466.00
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	S/ 193,258.00
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	S/ 213,781.00

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	S/ 194,497.00
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	S/ 575,416.00
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	S/ 514,890.00
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	S/ 1,189,196.00
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	S/ 430,000.00
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	S/ 130,278.00
14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	S/ 208,237.00
15	COCHE DE PARO EQUIPADO	S/ 2,090,833.00
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	S/ 233,611.00
17	CUNA DE CALOR RADIANTE CON REANIMADOR	S/ 1,440,000.00
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	S/ 1,052,500.00
19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	S/ 656,250.00
20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	S/ 823,125.00
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	S/ 181,600.00
22	FACOEMULSIFICADOR	S/ 1,116,826.00
23	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO COMPLETO	S/ 1,675,000.00
24	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA DE USO GENERAL	S/ 1,218,211.00
25	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA TRAUMATOLÓGICA	S/ 1,529,587.00
26	MESA DE PARTOS	S/ 500,535.00
27	MONITORES FETALES	S/ 304,750.00
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	S/ 137,375.00
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	S/ 605,500.00

por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de:

ÍTE M	DESCRIPCIÓN	MONTO FACTURADO ACUMULADO
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	S/ 17,225.00
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	S/ 30,900.00
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	S/ 62,924.91
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	S/ 79,587.00
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	S/ 35,046.60
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	S/ 19,325.84
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	S/ 21,378.15
8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	S/ 19,449.72
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	S/ 57,541.67
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	S/ 51,489.05
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	S/ 118,919.67
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	S/ 43,000.00
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	S/ 13,027.84
14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	S/ 20,823.75
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	S/ 23,361.13
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	S/ 105,250.00

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	S/ 65,625.00
20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	S/ 82,312.50
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	S/ 18,160.00
22	FACOEMULSIFICADOR	S/ 111,682.66
26	MESA DE PARTOS	S/ 50,053.50
27	MONITORES FETALES	S/ 30,475.00
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	S/ 13,737.50
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	S/ 60,550.00

por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran bienes similares a los siguientes:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	BIENES SIMILARES
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO INMUNOLÓGICO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA	EQUIPOS MÉDICOS DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN GENERAL
2	ANALIZADORES BIOQUÍMICOS AUTOMATIZADO	EQUIPOS MÉDICOS DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN GENERAL
3	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
4	BOMBA DE INFUSIÓN DE 02 CANALES	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
5	BOMBA DE INFUSIÓN DE DOS CANALES PEDIÁTRICO/NEONATAL	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
6	BOMBA DE INFUSIÓN DE JERINGA	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
7	CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II	CABINAS DE SEGURIDAD
8	CAMA CAMILLA MULTIPROPÓSITO ELÉCTRICA TIPO UCI	CAMAS ELÉCTRICAS, CAMAS MULTIPROÓSITOS, MOBILIARIO CLÍNICO
9	CÁMARA ANGIOGRÁFICA RETINAL	EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL
10	CAMAS ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS	CAMAS ELÉCTRICAS, CAMAS MULTIPROÓSITOS, MOBILIARIO CLÍNICO
11	CAMAS MULTIPROPÓSITO HOSPITALARIA	CAMAS TIPO UCI, MOBILIARIO MÉDICO, CAMILLAS CLÍNICAS, CAMILLAS DE TRANSPORTE
12	CAMPÍMETRO COMPUTARIZADO	EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL
13	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS	EQUIPOS MÉDICOS DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN GENERAL
14	COCHE DE INTUBACIÓN DIFÍCIL	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
15	COCHE DE PARO EQUIPADO	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
16	CONGELADOR VERTICAL DE PLASMA	EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN DE MEDICAMENTOS, LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN GENERAL
17	CUNA DE CALOR RADIANTE CON REANIMADOR	EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA NEONATALES EN GENERAL
18	ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO	EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL
19	EQUIPO DE CPAC (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS)	EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA NEONATALES EN GENERAL

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

20	EQUIPOS DE ELECTROBISTURÍ	EQUIPOS DE CAUTERIZACIÓN, COAGULACIÓN Y EQUIPOS MÉDICOS DE CORTE ELÉCTRICOS EN GENERAL
21	ESTERILIZADOR A VAPOR VERTICAL 20 LT	EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN EN GENERAL
22	FACOEMULSIFICADOR	EQUIPOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS EN GENERAL
23	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO COMPLETO	VENTILADORES MECÁNICOS, MÁQUINAS DE ANESTESIA, MONITORES MULTIPARÁMETROS, VENTILADORES MÉCANICOS DE TRANSPORTE
24	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA DE USO GENERAL	CAMA TIPO UCI, MESAS ESPECIALIZADAS PARA INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS
25	MESA DE OPERACIONES HIDRÁULICA/ELÉCTRICA TRAUMATOLÓGICA	CAMA TIPO UCI, MESAS ESPECIALIZADAS PARA INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS
26	MESA DE PARTOS	MESA DE OPERACIONES, CAMAS TIPO UCI, MOBILIARIO CLÍNICO, CAMAS MULTIPROPÓSITO, CAMILLAS
27	MONITORES FETALES	EQUIPOS MÉDICOS DE SOPORTE DE VIDA EN GENERAL
28	RAYOS X DENTAL DIGITAL	EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE
29	VENTILADOR DE TRANSPORTE	VENTILADOR MECÁNICO, EQUIPOS DE SOPORTE DE VIDA DE TRANSPORTE

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago⁹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso

⁹ Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual si se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

BASES ADMINISTRATIVAS

<p>que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>
<p>Importante</p> <p><i>En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hay comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, confor a la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.</i></p>

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C. 1	<p>FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL CLAVE</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingeniero mecatrónico o biomédico o electrónico, TITULADO Y HABILITADO requerido como INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO. - Capacitación: 20 horas lectivas mínimas académicas en capacitación de equipos igual o similares al objeto de la convocatoria. <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia simple del Título a nombre de la nación de Ingeniería y colegiatura o título a nombre de la nación de Lic. en equipos electro médicos. El grado o título profesional requerido será verificado en el registro nacional de grados académicos y títulos profesionales en el portal web de la superintendencia nacional de educación superior universitaria – SUNEDU a través del siguiente link: https://enlinea.sunedu.gob.pe/. En caso de grado o título profesional requerido no se encuentre inscrito en el referido registro, se debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida. - La capacitación se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto.
C. 2	<p>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>Tres (03) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos iguales al objeto de la convocatoria del personal clave requerido como Ingeniero Responsable del Servicio.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <p>Importante</p>

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

	<ul style="list-style-type: none">• <i>El tiempo de experiencia mínimo debe ser razonable y congruente con el periodo en el cual el personal ejecutará las actividades para las que se le requiere, de forma tal que no constituya una restricción a la participación de postores.</i>• <i>Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.</i>• <i>En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.</i>• <i>Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.</i>
--	---

Importante

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de las Especificaciones Técnicas se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de las características y/o requisitos funcionales. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

PARA TODOS LOS ÍTEMS:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
A. PRECIO	
<u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor. <u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i = Oferta P_i = Puntaje de la oferta a evaluar O_i = Precio i O_m = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;">70 puntos</p>

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	30 puntos
B. PLAZO DE ENTREGA¹⁰	
<u>Evaluación:</u> Se evaluará en función al plazo de entrega ofertado, el cual debe mejorar el plazo de entrega establecido en las Especificaciones Técnicas. <u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N.º 4)	<p>Para los ítems 1; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 10, 11; 12; 13; 14; 16; 19; 21; 26; 27; 28</p> <p>De 15 hasta 20 días calendario 10 puntos</p> <p>De 21 hasta 29 días calendario 05 puntos</p> <p>Para los ítems 2, 9; 17; 18; 20; 22; 23; 24; 25; 29</p> <p>De 25 hasta 34 días calendario 10 puntos</p> <p>De 35 hasta 44 días calendario 05 puntos</p>

¹⁰ Este factor podrá ser consignado cuando del expediente de contratación se advierta que el plazo establecido para la entrega de los bienes admite reducción, para lo cual deben establecerse rangos razonables para la asignación de puntaje, esto es que no suponga un riesgo de incumplimiento contractual y que represente una mejora al plazo establecido.

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	30 puntos
	<p><u>Para el ítem 15</u></p> <p>De 30 hasta 39 días calendario</p> <p style="text-align: right;">10 puntos</p> <p>De 40 hasta 49 días calendario</p> <p style="text-align: right;">05 puntos</p>
C. GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR¹¹	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará en función al tiempo de garantía comercial ofertada, el cual debe superar el tiempo mínimo de garantía exigido en las Especificaciones Técnicas.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada del postor.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Advertencia</p> <p><i>De conformidad con el literal h) del artículo 50 de la Ley, constituye infracción pasible de sanción por el Tribunal de Contrataciones del Estado "negarse injustificadamente a cumplir las obligaciones derivadas del contrato que deben ejecutarse con posterioridad al pago".</i></p> </div>	<p><u>Para todos los ítems</u></p> <p>Más de 7 hasta 12 MESES</p> <p style="text-align: right;">20 puntos</p> <p>Más de 1 hasta 6 MESES</p> <p style="text-align: right;">05 puntos</p>
PUNTAJE TOTAL	100 puntos¹²

Importante

Los factores de evaluación elaborados por el comité de selección son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas ni los requisitos de calificación.

¹¹ Este factor debe ser establecido teniendo en consideración la vida útil de los bienes a ser adquiridos.

¹² Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.

Conste por el presente documento, la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha [.....], el comité de selección adjudicó la buena pro de la **LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

El presente contrato tiene por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN].

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del bien, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución de la prestación materia del presente contrato.

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹³

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR EL DETALLE DEL PAGO ÚNICO O PAGOS A CUENTA, SEGÚN CORRESPONDA], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza

¹³ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

BASES ADMINISTRATIVAS

mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

Importante para la Entidad

En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:

CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS¹⁴

"Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].

El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO].

[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS]."

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL

¹⁴ De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesoria(s), pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

BASES ADMINISTRATIVAS

DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados sea igual o menor a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Importante para la Entidad

Sólo en el caso que la Entidad hubiese previsto otorgar adelanto, se debe incluir la siguiente cláusula:

CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO

“LA ENTIDAD otorgará [CONSIGNAR NÚMERO DE ADELANTOS A OTORGARSE] adelantos directos por el [CONSIGNAR PORCENTAJE QUE NO DEBE EXCEDER DEL 30% DEL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL] del monto del contrato original.

EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.

LA ENTIDAD debe entregar el monto solicitado dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO] siguientes a la presentación de la solicitud del contratista.”

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La recepción será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA DE ALMACÉN O LA QUE HAGA SUS VECES] y la conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

BASES ADMINISTRATIVAS

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en 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, de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Importante

De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

BASES ADMINISTRATIVAS

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 las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, 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 las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

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 ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁵

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR

¹⁵ De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

"LA ENTIDAD"

"EL CONTRATISTA"

Importante

Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹⁶.

¹⁶ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

ANEXOS

ANEXO N.º 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. -

El que se suscribe, [...], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Autorización de notificación por correo electrónico:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra¹⁷

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

¹⁷ Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

BASES ADMINISTRATIVAS

Importante*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:***ANEXO N.º 1****DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN**LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1**

Presente. -

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Datos del consorciado 2			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Datos del consorciado ...			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra¹⁸

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

¹⁸ Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del representante
común del consorcio**

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

ANEXO N.º 2

DECLARACIÓN JURADA

(ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. -

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO N.º 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. -

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con las Especificaciones Técnicas que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.

ANEXO N.º 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. -

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

ANEXO N.º 5

PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. -

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **LICITACIÓN PÚBLICA N.º [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

- a) Integrantes del consorcio
 1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
 2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].
- b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N.º [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

- c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].
- d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]¹⁹

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²⁰

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%²¹

¹⁹ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁰ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²¹ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Consortiado 1
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....
Consortiado 2
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

Importante

De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.

ANEXO N.º 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. –

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

Importante

- El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio, que de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:

“Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]”.
- El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente”.
- El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias”.

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

**LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828**

BASES ADMINISTRATIVAS**ANEXO N.º 8****EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. –

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²²	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²³	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁴ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁵	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁶	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁷
1										
2										
3										

²² Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²³ **Únicamente**, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

²⁴ Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN “Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz”. Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, “... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe”.

²⁵ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

²⁶ El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²⁷ Consignar en la moneda establecida en las bases.

HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
LP-SM-1-2023-GRL-HBL-CS-1 – ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITALARIO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL (LA) EESS HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE BELEN LAMBAYEQUE DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE C.U.I. N.º 2547828

BASES ADMINISTRATIVAS

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²²	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²³	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁴ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁵	TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁶	MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁷
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

ANEXO N.º 9

DECLARACIÓN JURADA
(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. –

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>. También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.

ANEXO N.º 10

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

ITEM [CONSIGNAR EL N° DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR ESTIMADO CORRESPONDE A UNA AS])

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. –

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

Importante

- Para asignar la bonificación, el comité de selección, según corresponda, verifica la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/>.
- Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con la condición de micro y pequeña empresa.

ANEXO N.º 11

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COMUNICACIÓN

(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N.º 001-2023-GRL-HBL-CS-1

Presente. –

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N.º [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según
corresponda**

Importante

La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.