

# *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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
4	<div>Advertencia</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
5	<div>Importante para la Entidad</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xyz</li> </ul>	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°**  
03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA

**CONTRATACIÓN DE BIENES**  
**EQUIPAMIENTO MÉDICO 2024 IOARR 2604589: “ADQUISICIÓN DE  
CRANEOTOMO, EQUIPO ECOGRAFO OFTALMOLOGICO,  
ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELECTRICO DE VAPOR Y  
MAMOGRAFO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL(LA) REGIONAL  
DOCENTE DE TRUJILLO DISTRITO DE TRUJILLO, PROVINCIA  
TRUJILLO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD **LOTE 01**”**

**ITEM N°01:** ADQUISICIÓN DE ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLE,

**ITEM N°02:** ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA

**ITEM N°03:** ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA,

**ITEM N°04:** LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO,

**ITEM N°05:** MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA”

**ITEM N°06:**

“ADQUISICIÓN DE TRES (3) VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL, UN (1)  
VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO Y SIETE (7) VENTILADOR MECANICO ADULTO-  
PEDIATRICO-NEONATAL PARA EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”.

## 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.rnp.gob.pe](http://www.rnp.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. 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 Digitales<sup>1</sup>). 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.

#### Importante

<sup>1</sup> 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>

- *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 realiza 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; 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 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 : GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD  
RUC N° : 20218911189  
Domicilio legal : Calle. LAS GEMAS 143– URB. SANTA INÉS – TRUJILLO  
Teléfono: : 044-231515  
Correo electrónico: : tramite@diresalalibertad.gob.pe

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación de:

ITEM	DENOMINACION	CANT.
01	ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLE	23
02	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	07
03	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	03
04	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	05
05	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	05
06(PAQUETE)	VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	03
	VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO	01
	VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO NEONATAL	07

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante FORMATO 02 el 17 de Abril de 2024.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS ORDINARIOS

#### 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

LLAVE EN MANO

### 1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

NO CORRESPONDE LA DISTRIBUCION DE LA BUENA PRO, SEGÚN INFORME DE INDAGACION DE MERCADO.

### 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:

ITEM	DENOMINACION	PLAZO
01	ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLE	<b>90</b> DIAS CALENDARIOS EL CUAL INCLUYE SU ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO
02	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	
03	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	
04	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	
05	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	
06 (PAQUETE)	VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	
	VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO	
	VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO NEONATAL	

, 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 de S/ 10.00 (Diez con 00/100 Soles), de acuerdo con el siguiente detalle:

✓Pago al contado y en efectivo, para proveedores locales y aquellos que deseen hacerlo personalmente, solo en el área de atención al cliente de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD, sito en Av. MANSICHE 1130- URB. SANTA INES. TRUJILLO

#### Importante

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

### 1.11. BASE LEGAL

- Ley 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024.
- Ley 31954, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
- Ley 27785 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
- Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.
- Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 28016 – Ley de Promoción de Competencia y Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del Acceso al Empleo, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2008-TR.

- Ley N° 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR - Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Código Civil, en forma supletoria

-

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 documentos<sup>2</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

##### 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- 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 – PIDE<sup>3</sup> 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.*

- Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

<sup>2</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>3</sup> 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/>

- e) Se deberá consignar la marca, modelo, año de fabricación y procedencia de los bienes ofertados en el Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de cumplimiento de las características técnicas (según modelo adjunto Formato N° 01). Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características técnicas del bien.

Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante de los equipos médicos y electromecánicos, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará hasta una carta del fabricante para sustentar hasta tres (3) característica, dicha carta con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la ofertas; para sustentar una característica técnica del mismo (debidamente acreditada por el fabricante y la información sea verdadera y verificable bajo responsabilidad del postor). Respecto al sustento gráfico (planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas. Para acreditar el cumplimiento de las características técnicas de los componentes, accesorios u otros detallados en la ficha técnica, éstas serán con documentos folletos, catálogos u otro documento de similitud que demuestre el cumplimiento de lo solicitado en la marca y modelo propuesto por el postor.

Las características técnicas que no podrán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son:

- Accesorios,
- Garantía, Mantenimiento, y rotulado, Capacitación
- Certificados y Manuales,
- Requerimiento de energía.

Se presentará carta emitido por el fabricante autorizando a su representante o distribuidor a emitir la declaración jurada de disponibilidad de repuestos, accesorios, componentes y servicio técnico por tiempo no menor a cinco años.

- f) Autorización del Fabricante hacia el postor, como Distribuidor o Representante de la Marca.
- g) Autorización del Fabricante indicando que el postor asume el compromiso de disponibilidad de servicios, repuestos, partes y piezas originales por un periodo mínimo de 05 años para bien ofertado. El fabricante debe indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su(s) nuevo(s) representante(s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir.
- h) BPA (Según lo expuesto en el ítem 4 y PRONUNCIAMIENTO N°101-2020/OSCE-DGR).
- i) Certificado de seguridad eléctrica: UL, AAMI, NFPA, IEC, EN, CSA o NTP IEC 606011:2010 Equipos Médicos Eléctricos.  
Cualquiera de los certificados emitido por Institución competente.  
Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pisco. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizara la inspección técnica respectiva.
- j) Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems-Requirements for regulatory purposes; o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para propósitos regulatorios. 2° Edición, o equivalente. 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.

- k) 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 u otros, que describa el producto ofertado. Los datos expresados en la oferta presentan deben coincidir en los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado.

Cuando se trata de productos importados, se deben presentar el Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario que permita la comercialización en territorio nacional. (Conforme Oficio N°1494-2011-DIGEMID –DG-DAS/ATAG/MINSA) del 24/05/2011.

En la entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción verificara la vigencia, a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.

- l) Declaración jurada de plazo de entrega. **(Anexo N° 4)**<sup>4</sup>
- m) 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° 5)**
- n) El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 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.

#### 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.

#### 2.2.2. Documentación de presentación facultativa

#### 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.

<sup>4</sup> 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.



- 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 – PIDE<sup>5</sup> 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 comunicación<sup>6</sup> (**Anexo N° 11**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>7</sup>.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los bienes que conforman el paquete<sup>8</sup>.

#### Importante

- *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*

<sup>5</sup> 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/>

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

<sup>7</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>8</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

*cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>9</sup>.*

- *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 Mesa de Partes de la Gerencia Regional de Salud sito en las Gemas N° 143 Urb. Santa Inés – Trujillo – La Libertad.

### 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: Prestación principal: entrega instalación, prueba operativa, capacitación y mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de garantía.

El pago será efectuado por la unidad ejecutora de la Entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizará según lo establecido en el Art. 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación y prueba operativa de los Equipos (Formato N° 02) adjuntando los documentos que se indican:

### Documentos para el pago:

- Guía de remisión firmada y sellada por el almacén del Hospital Belén de Trujillo y almacén central de la Gerencia Regional de Salud la Libertad dando la recepción del bien recepcionado.
- Comprobante debidamente descrito.

Se debe de presentar la guía de remisión en el almacén central de la Gerencia Regional de la Libertad y el comprobante de pago de la Oficina de Abastecimiento de la GERESA, sito en la calle Av. Mansiche 1130 Urb. Santa Inés, Trujillo: quienes solicitarán la emisión del informe con la ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS y la conformidad final con oficio por el JEFE DE LA OFICINA DRE PLANIFICACION – GERENCIA REGIONAL DE SALUD de manera oficial

<sup>9</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

### 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

**ITEM N°01: ADQUISICIÓN DE ASPIRADORES DE SECRECIONES RODABLE.**

**ITEM N°02: ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA.**

**ITEM N°03: ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA.**

**ITEM N°04: LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO.**

**ITEM N°05: MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA.**

**REGIÓN LA LIBERTAD**  
**REPOSICIÓN DE EQUIPAMIENTO**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

**COMPONENTE: EQUIPAMIENTO**

**IOARR: 2604589** "ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMAS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"

**AÑO: 2024**

  
Dra. Laura Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

**PARAMETROS**

  
.....  
Ing. David Lara Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
C.I.P: 112314

IOARR: 2604589

**"ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"**

**PARAMETROS**

Las condiciones y formatos del presente documento, han sido elaborados con la finalidad de brindar las facilidades técnicas a los miembros del comité de selección u órgano encargado de las contrataciones o quien hiciera sus veces; para lograr una óptima adquisición, asegurando un equipamiento de calidad y un adecuado servicio post venta.

El equipamiento que entregue el proveedor adjudicado, deberán ser bienes nuevos (sin uso), cumpliendo con las especificaciones técnicas. La fecha de fabricación de los bienes no deberá exceder de un (01) año anterior a la fecha presentación de su oferta.

Las empresas proveedoras deben cumplir con lo estipulado por la Resolución Ministerial N° 022-2024/MINSA, Artículo 1 Derogación: Derogar la Directiva Administrativa N° 339-MINSA/DGIESP-2023 Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS CoV-2, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2023-MINSA; y Artículo 2: Aprobar la Directiva Administrativa N° 349-MINSA/DGIESP-2024 Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS CoV-2, conforme al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

1. **FINALIDAD PUBLICA:** La adquisición de los bienes descritos en el acápite 11, tienen por finalidad mejorar la calidad de atención, a los pacientes del **HOSPITAL DOCENTE DE TRUJILLO DE TRUJILLO – DISTRITO DE TRUJILLO – PROVINCIA TRUJILLO**, perteneciente a la IOARR:

**"ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"**

2. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Dotar con equipamiento biomédico, electromecánico y unidad móvil en la modalidad de reposición (según Formato N° 08 MATRIZ DE CONSOLIDACION DEL PLAN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD del PLAN MULTIANUAL DE EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS (PEES) 2023-2025 de La Libertad, aprobado con RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL N° 2022-2022-GRLL-GGR- GRSS); para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud del HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – TRUJILLO, en beneficio de la población con el objetivo de efectuar el diagnóstico de sus problemas de salud y curar sus enfermedades; todo lo expuesto, se cumplirá con la contratación de una o más empresas proveedoras, que suministren e instalen equipos de acuerdo a las características técnicas solicitadas, de cantidad y en el lugar de entrega señalado.

3. **REGISTRO SANITARIO** de los bienes que por normatividad correspondan, presentar una copia de registro sanitario que lo acredite; los bienes que no lo requieren deberá adjuntar la **DECLARACIÓN JURADA Y EL LISTADO DE MATERIALES Y EQUIPOS QUE NO ESTÁN SUJETO A REGISTRO SANITARIO (EMITIDO POR DIGEMID)**.

4. **BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DEL POSTOR (BPA)**, asegurando con esto, que los bienes que son objeto de la convocatoria, tengan un almacenamiento adecuado y que el postor cumpla con las normativas en almacenamiento en equipos médicos, por lo que deberá presentar un Certificado que valide las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA); esto en concordancia al listado de equipos que requieran contar con Registro Sanitario; el cual será acreditado en la presentación de propuesta técnica.

Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento- BPA

- Vigente a la fecha de presentación de propuesta.
- Expedido por DIGEMID
- En el caso de consorcios o de postores que contratan servicios de almacenamiento, el Certificado debe estar a nombre de la empresa que se hará cargo del Almacenamiento de los productos (verificable durante inspecciones) acompañado del Contrato de Servicio de Almacenaje que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.2. del Pronunciamiento N° 330-2008/DOP), así como acreditar el cumplimiento de los procesos que lo correspondan realizando a trazabilidad de cada producto tanto en la empresa que presta el servicio como en la empresa que solicita el servicio del almacenamiento (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.1 del Pronunciamiento N° 039-2011/DTN).
- En caso los postores contraten el servicio de almacenamiento no basta que este último cuente con un CBPA a su nombre si no que el postor deberá acreditar el cumplimiento de los procesos que le correspondan mediante el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento a su nombre, ello de acuerdo a lo señalado por la DIGEMID (mediante Oficio N°1191-2011-DIGEMID-DG-DCVS-ECVE/MINSA (pronunciamiento N°141-2014-DSU)

  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



- En el caso que la empresa postora sea un fabricante nacional se considera suficiente la presentación del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (CBPM).
- Vigente a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (éste último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias).

**5. CAPACITACIÓN**, se impartirá horas de capacitación al personal asistencial y de mantenimiento que asignen las jefaturas correspondientes, según lo establecido:

**5.1** El capacitador realizará la capacitación de manera presencial.

La capacitación del personal asistencial deberá abarcar el manejo, el cuidado y la conservación del equipo con sus componentes y accesorios.

**5.2** El proveedor realizará los siguientes tipos de capacitación:

**5.2.1** Capacitación en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica de los equipos: dirigido a los profesionales de la salud u otros que designe el Hospital.

**5.2.2** Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación del equipo: dirigido al personal profesional encargado del mantenimiento y/o soporte biomédico u otros que designe el Hospital.

Culminado se suscribirán mediante los formatos: **ACTA DE CAPACITACIÓN BÁSICA EN EL CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO** y **ACTA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO**, de corresponder; documentos de cumplimiento para la firma final del **ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN PRUEBA OPERATIVA DE EQUIPOS**

**6. SERVICIO POST VENTA** para garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales, dentro del territorio nacional del Perú; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante; debiendo adjuntar la **DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO POST-VENTA**, firmada por el representante legal de la empresa y refrendada por el Fabricante. El fabricante deberá indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su (s) nuevo (s) representante (s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir.

**7. ADELANTOS:** No se otorgaran adelantos de ninguna índole.

**8. REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL PROVEEDOR**

REQUISITOS	DETALLE
Perfil del proveedor	Proveedor dedicado a la comercialización y/o venta de Equipos iguales o similares al objetivo de la convocatoria.
Otros requisitos	Ficha RUC activo y habido. RNP vigente. BPA vigente

**9. GARANTÍA COMERCIAL:** El periodo de garantía mínima comercial, se encuentra establecido de manera independiente, en su respectivas **especificaciones técnicas del bien**, materia de la convocatoria. La misma que debe cubrir en la post venta los siguientes aspectos:

Parámetro	Descripción
Cobertura	• El equipo, componentes y accesorios, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Proveedor realizará la reparación del equipo proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios
Fecha de inicio	• La que indica en el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos "Formato N° 02"
Duración	• Establecido en la ficha técnica del bien • El Proveedor de acuerdo a su oferta, puede ofrecer mayor tiempo de garantía según (Anexo N° 11)
Atención por garantía	• Se realiza en caso de fallas de fábrica, fallas por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos; será efectuado por el personal clave, los insumos y repuestos, herramientas y gastos estará a cargo del Proveedor • Plazo inicial: el Proveedor tiene un plazo de cinco (05) días calendarios para la atención por garantía, contados a partir del día siguiente de haber sido comunicado del requerimiento de reparación. De ser necesario el Proveedor podrá trasladar a su taller particular el equipo o el componente averiado, previa autorización del Establecimiento de Salud.

  
Dra. Dora Luna Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
C.I.P.: 112314

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plazo adicional: Si el equipo no ha sido reparado en el plazo inicial, el Proveedor tendrá un plazo adicional máximo de quince (15) días calendarios para culminar la reparación, debiendo reemplazar el equipo con otro de similares características o superiores (Back Up) dentro de las 24 horas de otorgado el plazo adicional</li> <li>Si el equipo no ha sido reparado en el Plazo adicional el Proveedor reemplazará el equipo defectuoso por uno nuevo, de igual característica técnica o superior, durante el tiempo que demore el reemplazo se mantendrá el equipo (Back Up). El plazo para el reemplazo definitivo del equipo por otro igual o de característica superior, se efectuará en un plazo no mayor al plazo de entrega según la oferta del primer equipo.</li> <li>La conformidad estará dada por el área usuaria.</li> <li>El incumplimiento en la prestación de este servicio, dará lugar a penalidades indicadas en 2.2.9. y las acciones legales correspondientes.</li> </ul>
Extensión de garantía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al Proveedor, éste deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se, descontarán los días que el Proveedor reemplazó el equipo con otro de similares características (Anexo N° 11)</li> <li>De no cumplir con la programación de mantenimiento preventivo establecida, se extenderá la garantía por los mes (s) o año (s), que el proveedor no cumplió con dichas responsabilidades (Anexo N° 14)</li> </ul>

La aplicación de la sanción no exime al adjudicatario de ninguna de las obligaciones establecidas para el periodo de garantía

- 10. EL PLAZO** máximo a considerarse para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder del bien (de acuerdo a lo indicado en la ficha técnica), es contabilizado en días calendarios, desde el día siguiente de suscrito el contrato, en caso de bienes adquiridos por procedimiento de selección o desde el día siguiente de emitida la Orden de Compra, en caso de compras directas menores a 8 UIT's.
- En caso de retraso injustificado del proveedor para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder dentro del plazo establecido para los bienes, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, conforme al **Artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado**, el mismo que se detalla, según su grupo genérico, en lo **CUADRO N° 01**, respectivamente.

**CUADRO N° 01: PLAZO MAXIMO PARA EL EQUIPO MEDICO**

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	PLAZO DE ENTREGA
1	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	23	90 DÍAS
2	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	7	
3	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	3	
4	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	5	
5	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	5	

Ing. AIDA Dora Lidia Ordoñez  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

- 11. LUGAR DE ENTREGA E INSTALACION DE BIENES:** La totalidad de bienes serán entregados en la siguiente dirección:

**Sito en: AV. MANSICHE N° 795 URB. SANCHEZ CARRIÓN-TRUJILLO - LA LIBERTAD - Perú**

- 12. FORMA DE ENTREGA:** Sera de la siguiente manera:

- a) El contratista comunicará al Responsable del almacén de la Gerencia Regional de Salud de la Libertad (email: jurbinal@diressalalibertad.gob.pe Teléfono: 962981625), y al Responsable del Almacén General del Hospital Regional Docente de Trujillo (almacen.general.hrdt@gmail.com / Teléfono: 961989404), ó al personal designado por el (ella) y a la Oficina de Planificación – GERESA (daviolgrdz@gmail.com/927590498), vía correo electrónico con un mínimo de 48 horas de anticipación, pactando fecha de entrega entre las partes, señalando día(s) y hora(s) en el establecimiento de salud. El jefe de almacén central de la GERESALL o el personal designado por éste, efectuará la



recepcion del (los) bien (es) al momento de la entrega de parte del proveedor (conforme al Artículo 168.1 RLCE) y/o el jefe de almacén de la red de Salud/Hospital o quien haga dichas funciones (de estimar oportuno).

- b) El bien será entregado en el establecimiento de salud beneficiario (usuario final), consignando en la Guía de Remisión la fecha de recepción. Adicionalmente el personal de almacén central asignado, sellará la (s) guía (s) de remisión, verificando que los bienes entregados correspondan a los detallados en la guía, constituyéndose para este caso en un solo acto.

### 13. VERIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS, INSTALACIÓN Y CONFORMIDAD

**Condiciones de Verificación de Características:** Las condiciones de verificación del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), estará sujeta a cumplimiento de cada uno de los puntos que se describen en el Formato **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS**, para efectos de dar inicio a la Operatividad, Funcionamiento e inicio de la Garantía Comercial; de no cumplir con las características solicitadas, se aplicará lo estipulado en el artículo 168.7 del RLCE.

Dentro del Plazo de Entrega estipulado en el Cuadro N° 01, se deberán efectuar las labores de: Capacitación en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica de los equipos; y Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación del equipo.

Los acápite anteriormente descritos serán efectuados dentro del plazo de ejecución establecido en el contrato y/u orden de compra, **todo acto efectuado fuera de este plazo, será contabilizado para la aplicación de penalidades.**

De presentarse observaciones en esta etapa, estas serán subsanadas por el proveedor previo a la Instalación y a la suscripción del **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS**, con un plazo perentorio de 02 a 08 días, de acuerdo a la complejidad de la misma (s) (Artículo 168.4 del RLCE) y a lo expuesto en los Artículos 168.5 y 168.6 del RLCE.

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), serán: el jefe (a) del servicio o usuario final del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), el representante de la oficina de servicios generales o área técnica del establecimiento o red de salud, con V°B° del director (a) del Establecimiento de Salud beneficiario o Red de Salud y profesional de elaboración de Expediente Técnico o profesional que designe el responsable de la UEI – Planificación. Finalmente, a solicitud de la Oficina de Administración de la Gerencia Regional de Salud, se emitirá el informe; donde se alcanzará el **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS** y con la documentación debidamente consignada y firmada se emitirá el Oficio de la conformidad final por el **JEFE DE LA OFICINA DE PLANIFICACION – GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

### 14. CONDICIONES DE EJECUCION

- 14.1 El (los) equipo (s), componentes y sus periféricos ofertados por los Proveedores deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica. Los equipos, componentes y sus periféricos propuestos no serán un prototipo, ni tampoco serán repotenciados (refurbished). 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).
- 14.2 El Proveedor será el único responsable ante la Entidad Contratante de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir, total o parcialmente esta responsabilidad a terceros (sub Proveedores), otras entidades o terceros en general; sustentado en su propuesta técnica el personal técnico que efectuarán las responsabilidades asumidas.
- 14.3 El Proveedor deberá dejar el Equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el Establecimiento de Salud de destino. Si en el servicio del establecimiento no cuenta con una toma eléctrica para el enchufe tipo Schuko u otro tipo de energía (fuerza, caso específico de los equipos electromecánicos); el proveedor estará obligado a proporcionar e instalar bajo su cuenta el tomacorriente en la ubicación final del equipo o según las condiciones de lo especificado en la Ficha Técnica de cada equipo.
- 14.4 Para los casos en los que sea obligatoria la autorización de propiedad y/o uso de determinados recursos (hardware y/o software o aplicativos) utilizados con o por el equipo y sus componentes, se deberá entregar al Establecimiento de Salud las respectivas licencias de uso al momento de la recepción de los equipos. Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces, las contraseñas o claves o password de ingreso al modo de servicio técnico del equipo y sus periféricos
- 14.5 El proveedor previo a la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos, deberá suministrar al Hospital dos (02) juegos de manuales originales completos (físico y en archivo digital: USB)

  
Contratacion  
HOSPITALARIO  
CIF: 112314

de operación y servicio técnico del equipamiento. Los manuales deberán ser originales del fabricante y de estar en idioma diferente al español, se deberá entregar su correspondiente traducción al idioma español (para el caso de manuales físicos).

- 14.6 El Proveedor deberá elaborar y presentar a la Oficina de UEI – Equipamiento - Planificación GERESA, dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato o recepción de Orden de Compra: Programa de Mantenimiento Preventivo y Procedimiento de Programa de Mantenimiento Preventivo; y el Protocolo de Pruebas, quien aprobará y comunicará por escrito al Proveedor, en un plazo no mayor de diez (10) calendarios. La Entidad precisará el procedimiento para presentar el programa de mantenimiento preventivo y protocolo de pruebas, incluyendo aspectos como: forma de presentación, plazos para su aprobación, forma de notificación de las actuaciones al respecto, entre otros. Se precisa que Oficina de UEI – Equipamiento - Planificación GERESA o quien haga sus veces, previo a la aprobación por este último del Programa de Mantenimiento Preventivo y Protocolo de Pruebas, podrá mejorar dicho Programa de Mantenimiento Preventivo y Protocolo de Pruebas, de acuerdo a las condiciones de funcionamiento del equipo en el Establecimiento de Salud de destino. Asimismo, la versión final de dicho documento deberá ser elaborada por el Proveedor.  
Se aclara que el periodo del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos, deberá coincidir con el periodo de garantía ofertado. Es decir, si el contratista oferta un periodo de garantía mayor que el mínimo solicitado, el periodo de mantenimiento preventivo se incrementará en igual proporción.
- 14.7 Para la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, el contratista deberá tener en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, asegurándola operación y funcionamiento del equipo.
- 14.8 Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos y sus componentes encontrándose listos para su perfecto estado de funcionamiento al momento de la entrega en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, de ser el caso; debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente que hayan sido individualizados o no en forma específica en la Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica y en las presentes condiciones generales de adquisición.
- 14.9 El equipo ofertado incluirá todos los costos; es decir, los gastos de importación, transporte interno, materiales de embalaje, seguros, acondicionamiento, montaje o instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (incluyendo consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento, de acuerdo a las horas de funcionamiento y/o estipulado por el fabricante en el manual de servicio técnico), gastos de personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación. La oferta deberá indicar el monto de la prestación principal.
- 14.10 El Proveedor, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se compromete 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).
- 14.11 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.
- 14.12 El Proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por el plazo que dure el periodo de garantía total ofertado contados a partir de la fecha de suscripción de la conformidad otorgada por el Establecimiento de Salud.
- 14.13 El Proveedor deberá asegurar, en un periodo no menor de cinco (05) años, la disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de los equipos ofertados, contados a partir del día siguiente de suscrito el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos-Formato N° 02".
- 14.14 Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con Voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pico. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizará la inspección técnica respectiva.

  
ES: JESSICA JAVIER GARCIA  
OFICINA DE EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



14.15 A fin de que los postores formulen una adecuada propuesta técnica – económica, de creer conveniente; podrán realizar una visita técnica previa coordinación a las instalaciones del Establecimiento de Salud con la finalidad de evaluar la planta física de los ambientes y verificar las condiciones para la instalación del (los) equipo (s) en el/los ambiente (s) designado (s) por la Entidad; además tener en cuenta lo indicado en el Anexo N° 13 "DEFINICION DEL EQUIPAMIENTO SEGÚN SU CONDICIONES TECNICAS" y los detalles específicos de la Ficha Técnica. Adicionalmente de requerir opinión técnica relevante de parte del área usuaria y/o técnica del Establecimiento de Salud, solicitarlo con documento oficial.

14.16 Previo a la firma del Acta de Conformidad, el proveedor deberá colocar en el equipo una placa metálica, donde irá grabado en bajo relieve y en lugar visible, lo siguiente:

LOGO DE LA ENTIDAD	Procedimiento de Selección N° _____
	Contrato N° _____
	Orden de compra N° _____
	Nombre del equipo _____
	Razón social del contratista _____
	Teléfono _____
	Dirección _____
	Fecha de instalación (mes, año) _____
Fecha de inicio de la garantía _____	
Tiempo de la garantía _____	

Dicha placa metálica no entorpecerá el reconocimiento de los datos o manejo del equipo. La placa deberá estar firmemente unida al cuerpo del equipo. Lo anterior será realizable en caso se permita en el equipo.

## 15. GARANTIA

La garantía comercial será por 3 años, se computará a partir de la entrega formal del equipo, para garantizar el funcionamiento y la operatividad del equipo, el proveedor deberá realizar mantenimientos periódicos, preventivos y correctivos, asumiendo el gasto total de las mismas.

15.1 **CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO:** El proveedor cumplirá el programa de mantenimiento preventivo propuesto en las fechas señaladas bajo responsabilidad; y de no existir, justificación sustentatoria y fehaciente de atraso, se exigirá y deberá ampliar el plazo de la garantía por lo meses de incumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo propuesto; toda vez que el periodo de Mantenimiento Preventivo está concordante con la garantía.

### PROCEDIMIENTO

Tipo de Mantenimiento	Características
Mantenimiento preventivo	<ul style="list-style-type: none"><li>Actividad en la que se interviene al equipo con la finalidad de conservar su buen funcionamiento y prevenir fallas.</li><li>Se realizará durante el periodo establecido para la garantía, el mismo que se contabilizará a partir del día siguiente de la firma del "Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" - Formato N° 02.</li><li>Se realizará cada seis (6) meses durante el periodo de garantía ofertado y según programa de mantenimiento preventivo - Formato N° 12 - Las actividades se efectuarán según lo indicado en el manual de servicio técnico del fabricante del equipo.</li><li>Será efectuado en las instalaciones del Establecimiento de Salud en donde se encuentren ubicados.</li><li>Reemplazo de consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento, de acuerdo a las horas de funcionamiento y/o estipulado por el fabricante en el manual de servicio técnico.</li></ul>
Mantenimiento correctivo	<ul style="list-style-type: none"><li>Este mantenimiento que se realiza luego que ocurra una falla o avería en el equipo que por su naturaleza no pueden planificarse en el tiempo, puede implicar el cambio de algunas piezas del equipo en caso de ser necesario.</li><li>El Proveedor destaca a su personal a las instalaciones del Establecimiento de Salud donde se encuentra el equipo. Además, los insumos, repuestos, herramientas y gastos estarán cubierto por el Proveedor.</li></ul>

El mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo será registrado en la orden de trabajo de mantenimiento (OTM) - Formato N° 04 - Este documento es válido cuando cuenta con la firma del responsable del servicio usuario del equipo, del responsable del área de mantenimiento de equipos biomédicos del establecimiento de salud o quien haga sus veces y el responsable del mantenimiento del Proveedor.

### CONFORMIDAD

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) será emitido una vez por cada año de garantía y debe estar suscrito por los siguientes representantes:

- Un representante del área usuaria del Establecimiento de Salud;
- Un representante del área técnica del Establecimiento de Salud, y
- Un representante (técnico y/o comercial y/o legal) del Proveedor

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes.

## 16. SOPORTE TÉCNICO

### 16.1 FALLAS DE EQUIPO

Al ocurrir un evento, de requerimiento de atención al equipo, la Entidad Contratante y/o Establecimiento de Salud comunica al Proveedor quien deberá dar el soporte a distancia en forma inmediata, de no haber solución al incidente el Proveedor debe atender en forma presencial con su personal técnico calificado y con experiencia demostrable en reparación y mantenimiento, dentro del plazo establecido en el contrato. La atención se dará de las siguientes formas:

Tipo de Soporte	Características
A distancia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se desarrolla por medio de los canales siguientes: teléfono y correo electrónico, para este fin el Proveedor proporcionará estos datos y es su obligación mantenerlo actualizado y vigente durante el periodo de garantía del equipo.</li><li>• Para la suscripción del contrato, el Proveedor deberá proporcionar una dirección de correo electrónico, la sola revisión del correo electrónico por parte del Establecimiento de Salud o Entidad al Proveedor será considerado como una notificación válida.</li></ul>
Presencial	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con el personal designado por el Proveedor, se apersona al establecimiento de salud, según se establece en el contrato</li></ul>

### 16.2 PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR

Los profesionales y técnicos que conformen el equipo de soporte del proveedor, deberán acreditar la experiencia necesaria para realizar el trabajo de soporte técnico.

#### Profesional encargado de la instalación y capacitación:

Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico (en relación a lo expuesto en el ítem 21 inciso B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL) con experiencia de cuatro (04) años o mayor en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos ofertados.

Deberá ser colegiado y habilitado (demostrable con certificado de habilidad vigente).

La experiencia se contabilizará de la fecha de la colegiatura en adelante.

#### Profesional encargado del mantenimiento:

Técnico Electrónico o técnico electricista o técnico mecánico electricista. Técnico titulado o egresado de Instituto superior tecnológico de seis (06) semestres académicos o mayor (en relación a lo expuesto en el ítem 22 inciso B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL). También podrá participar como personal de mantenimiento el Bachiller en Ingeniería Electrónica o Ingeniería Mecánica o Ingeniería Mecatrónica o Ingeniería Eléctrica o Ingeniería Mecánica eléctrica o Ingeniería Industrial o Ingeniería Biomédica.

Con experiencia de cuatro (04) años o mayor en mantenimiento y/o reparación de equipos.

La experiencia se contabilizará, para el caso del profesional técnico a partir de la fecha de obtención del título en adelante y para el caso del bachiller en ingeniería a partir de la fecha del grado de bachiller en adelante.

Asimismo, el profesional colegiado en Ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos.

Los gastos que ocasione la participación de profesionales y técnicos especialistas, personal técnico de apoyo y otros recursos humanos que se amerite para cumplir con los productos esperados en los plazos propuestos, se encuentran bajo responsabilidad y son parte de la oferta técnica del proveedor.

**17. PLAZO DE RESPONSABILIDAD DE VICIOS OCULTOS:** La responsabilidad por vicios ocultos, tiene el mismo periodo de garantía comercial, en concordancia con lo establecido en el ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA del bien, contabilizado desde la de suscripción de la misma.

  
Ing. Juan Carlos Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

**18. FORMA DE PAGO:**

**18.1 Pago N° 01:** Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación

El pago al Contratista serpa efectuado por la unidad ejecutora de la entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizara 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 y Prueba Operativa de los Equipos (formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

**Documentos para el pago:**

- Guía de remisión visada por el almacén del Hospital Regional Docente de Trujillo y almacén central del Gerencia Regional de Salud La Libertad, dando la conformidad del bien recepcionado.
- Comprobante de pago, debidamente descrito

Se debe presentar la Guía de remisión en el almacén central del Gerencia Regional La Libertad y el comprobante de pago a la Oficina de Abastecimiento de la GERESA, sito en calle Av. Mansiche 1130, Urb. Santa Inés, Trujillo; quienes solicitarán la emisión del informe con las ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS y la conformidad final con Oficio por el JEFE DE LA OFICINA DE PLANIFICACION – GERENCIA REGIONAL DE SALUD de manera oficial.

**19. PLAZO PARA HACER EFETIVO LOS PAGOS:** 15 días calendario contados a partir de la suscripción de la conformidad técnica otorgada por el área usuaria especializada.

**20. SISTEMA DE CONTRATACION Y MODALIDAD DE EJECUCION:** El sistema de contratación de los bienes es: **suma alzada** y la modalidad de ejecución contractual, es según lo establecen los siguientes cuadros.

**CUADRO N° 02: MODALIDAD DE EJECUCIÓN DE EQUIPO MEDICO**

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	MODALIDAD DE EJECUCIÓN
1	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	23	LLAVE EN MANO
2	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	7	
3	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	3	
4	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	5	
5	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	5	

**21. REQUISITOS DE CALIFICACION: (APLICADO EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN):**

**A) EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD:**

**a). Facturación:**

<b>Requisitos:</b>

  
Dra. NIS. Diana Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a [CONSIGNAR EL MONTO DE FACTURACIÓN EXPRESADO EN NÚMEROS Y LETRAS EN LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA, MONTO QUE NO PODRÁ SER MAYOR A TRES (3) VECES EL VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM], 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 [CONSIGNAR EL MONTO DE FACTURACIÓN EXPRESADO EN NÚMEROS Y LETRAS EN LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA, MONTO QUE NO DEBE SUPERAR EL 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 comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.	
1	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	23	S/ 430,650.00	Cuatrocientos Treinta mil seiscientos cincuenta con 00/100 soles	S/ 107,662.50	Ciento siete mil seiscientos sesenta y dos con 50/100 soles		
2	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	7	S/ 1,584,900.00	Un millón quinientos ochenta y cuatro mil novecientos con 00/100 soles				
3	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	3	S/ 526,500.00	Quinientos veinte seis mil quinientos con 00/100 soles	S/ 131,625.00	Ciento treinta y un mil seiscientos veinticinco con 00/100 soles		
4	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	5	S/ 978,750.00	Novecientos setenta y ocho mil setecientos cincuenta con 00/100 soles				
5	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	5	S/ 2,463,750.00	Dos millones cuatrocientos sesenta y tres mil setecientos cincuenta con 00/100 soles	S/ 615,937.50	Seiscientos quince mil novecientos treinta y siete con 50/100 soles		

Se consideran bienes similares a los siguientes:

ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	Aspirador de Secreciones, Aspirador de Secreciones de Sobremesa, Aspirador de Secreciones Portátil.
ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	Electrobisturí de todo tipo de potencia, Electrocauterio.
ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	Electrobisturí de todo tipo de potencia, Electrocauterio.
LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	Lampara Cialítica de Techo de dos Cupulas, Lampara Cialítica de Techo de dos Cupulas con Cámara, Lampara Cialítica Rodable,
MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	Mesa de Operaciones, Mesa de Partos, Equipos Biomédicos de Centro Quirúrgico.

Ing. A. Land. A. Grández  
ESP. ALISTA DE EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

**b). 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<sup>1</sup> 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 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 del 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 una persona absorbida 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.

**Importante**

*En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

**B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL**

**1) PARA EQUIPOS MÉDICOS:**

Requisitos:

<sup>1</sup> 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 sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".*

PARA LA INSTALACION, PRUEBA OPERATIVA, PROTOCOLO DE PRUEBAS Y CAPACITACION PARA EQUIPOS MÉDICOS (En relación a lo expuesto en la Ficha Técnica del Equipo)

**Personal Profesional**

Profesión: Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 10 personas como mínimo, en el Hospital Belén de Trujillo – Trujillo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

Cuatro (04) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos médicos ofertados.

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante.

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas.

**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.

La capacitación del profesional se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto

**Requisitos:**

**RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

**Personal Técnico**

Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

Cuatro (04) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de los equipamientos médicos.

La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante.

También, el personal profesional colegiado de ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos médicos.

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas

**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.

La capacitación del profesional se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto

**22. INFORMACION COMPLEMENTARIA  
DE LA SELECCIÓN**

**Documentos de presentación obligatoria**

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características técnicas del bien de acuerdo a la ficha técnica.

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

**22.1 SUSTENTO Y ACREDITACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EN PROPUESTAS:**

**Documentos de presentación obligatoria**

22.1.1 Se deberá consignar la marca, modelo, año de fabricación y procedencia de los bienes ofertados en el Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de cumplimiento de las características técnicas (según modelo adjunto – Formato N° 01.

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características técnicas del bien.

**A) EQUIPOS MEDICOS**

- Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante de los equipos médicos y electromecánicos, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará hasta una carta del fabricante para sustentar hasta tres (3) característica, dicha carta con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la ofertas; para sustentar una característica técnica del mismo (debidamente acreditada por el fabricante y la información sea verdadera y verificable bajo responsabilidad del postor). Respecto al sustento gráfico

  
Dra. Diana Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



(planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas.

Para acreditar el cumplimiento de las características técnicas de los componentes, accesorios u otros detallados en la ficha técnica, éstas serán con documentos folletos, catálogos u otro documento de similitud que demuestre el cumplimiento de lo solicitado en la marca y modelo propuesto por el postor.

Las características técnicas que no podrán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son:

- Accesorios,
- Garantía, Mantenimiento, y rotulado,
- Capacitación Certificados y Manuales,
- Requerimiento de energía.

- Se presentará carta emitido por el fabricante autorizando a su representante o distribuidor a emitir la declaración jurada de disponibilidad de repuestos, accesorios, componentes y servicio técnico por tiempo no menor a cinco años.

22.1.2 Certificado de seguridad eléctrica: UL, AAMI, NFPA, IEC, EN, CSA o NTP IEC 606011:2010 Equipos Médicos Eléctricos.

Cualquiera de los certificados emitido por Institución competente.

Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pisco. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizará la inspección técnica respectiva.

22.1.3 Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems- Requirements for regulatory purposes; o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para propósitos regulatorios. 2ª Edición, o equivalente.

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.

22.1.4 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 u otros, que describa el producto ofertado.

Los datos expresados en la oferta presentan deben coincidir en los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado.

Cuando se trata de productos importados, se deben presentar el Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario que permita la comercialización en territorio nacional. (Conforme Oficio N°1494-2011-DIGEMID – DG-DAS/ATAG/MINSA) del 24/05/2011.

En la entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción verificará la vigencia, a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.

  
Dra. Diana Luna Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

(ANEXO N° 10)

(APLICADO EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN)  
**DECLARACIÓN JURADA DE MATERIALES Y EQUIPOS QUE NO ESTÁN SUJETO A REGISTRO  
SANITARIO**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
Presente. -

De nuestra consideración,

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 el (CONSIGNAR EL BIEN OFERTADO) incluido dentro del ITEM N° ..... no requiere de registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, sometiéndome a la descalificación de comprobarse lo contrario.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

(ANEXO N° 11)

**DECLARACIÓN JURADA DE LA GARANTÍA DE LOS BIENES**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe, ..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC 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 detalla siguiente:

N° Ítem	Descripción del Ítem	Garantía según EETT (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía Total ofertada (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 representada, salvo que las falas 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 imputables a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causa 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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o**  
**Representante legal o común, según corresponda**

(ANEXO N° 12)

**FORMATO DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIO POST-VENTA**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe, ..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC N° ....., DECLARO BAJO JURAMENTO que mi representada se compromete a lo siguiente:

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

- Servicio de mantenimiento postventa una vez vencida la garantía comercial y técnica; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante.
- Garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales en la postventa; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante, el cual es de ..... (SEÑALAR TIEMPO DE VIDA ÚTIL DEL PRODUCTO OFRECIDO).

Todo ello conforme a las recomendaciones del fabricante.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

(ANEXO N° 13)

DEFINICION DEL EQUIPAMIENTO SEGÚN SU CONDICIONES TÉCNICAS  
CUADRO N° 04: DEFINICIÓN DE CONDICIONES DEL EQUIPO MÉDICO

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	CATALOGACIÓN DE SU COMPLEJIDAD
1	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	23	MEDIANA COMPLEJIDAD
2	ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA	7	MEDIANA COMPLEJIDAD
3	ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA	3	MEDIANA COMPLEJIDAD
4	LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE INTENSIDAD ALTA	5	MEDIANA COMPLEJIDAD
5	MESA DE OPERACIONES HIDRAULICA/ELECTRICA	5	MEDIANA COMPLEJIDAD

(ANEXO N° 14)

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y AMPLIACION DE  
GARANTIA POR INCUMPLIMIENTO**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe ..... Identificado con DNI N° ....., en mi  
calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC N°  
....., DECLARO BAJO JURAMENTO que mi representada se compromete a lo siguiente:

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

- Cumplir el programa de mantenimiento preventivo en el periodo concordante con la garantía y el manual de servicio técnico del equipo (incluyendo consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de Mantenimiento).
- La presente ampliación de garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de no cumplir con la programación de Mantenimiento preventivo a los equipos médicos, por causa atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo sin mantenimiento preventivo el equipo ofertado.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**



**FORMATO N° 01**

## HOJA DE PRESENTACION DEL EQUIPO /SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICAS TECNICAS

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

Presente. -

En calidad de Postor y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características indicadas en la Ficha Técnica

[illegible]

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

Fecha.....

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

**Nota:** Consignar el número de folio del sustento de la característica técnica, deberá presentar un formato por cada ítem del bien y/o equipo ofertado



FORMATO N° 02

**ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE EQUIPOS**

"PROCESO DE LICITACIÓN (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

Siendo las ..... horas del día....., el Proveedor ..... hizo efectivo el acto de entrega en el Servicio de ..... del ..... el equipo que a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Orden de Compra:

Dicho acto contó con la presencia del Comité de Recepción de Equipos: Usuario Final, jefe o Representante del Área de Almacén, jefe o Representante del área de Mantenimiento de Equipos. En la recepción del citado equipo se pudo constatar:

1. Cumplimiento de especificaciones técnicas según el detalle de las especificaciones técnicas presentadas en la propuesta del proveedor, así como las condiciones señaladas en la orden de compra y en las Bases.
2. Integridad física y estado de conservación óptimo del equipo médico y sus componentes periféricos.
3. Las placas de fábrica del bien o equipo entregado, consignará el año de fabricación, condición del equipo nuevo y el año de fabricación de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la propuesta
4. Entrega de Ficha de especificaciones técnicas con el cumplimiento de las mismas, firmado por Representante Legal de la Empresa.
5. Entrega de la Ficha Técnica de equipamiento.
6. Instalación y Prueba operativa del equipo médico, teniendo en consideración el protocolo de pruebas, resultado del protocolo de pruebas y condiciones de pre instalación (de ser el caso).
7. Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación
8. Acta de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación del Equipo
9. Acta de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento
10. Entrega de un Certificado de Garantía de ..... meses (que rige a partir de hoy) por el por el bien o equipo.
11. Los bienes adquiridos tienen grabados en bajo relieve (o colocada una placa de metal, de preferencia remachada) el logotipo de la Entidad, el nombre del equipo, la razón social y el teléfono del Proveedor y fecha de instalación y garantía (mes y Año), de acuerdo a lo indicado en el numeral 13.15
12. Entrega en original de dos (02) Juegos de Manual (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital: USB), según lo indicado en el numeral 13.6
13. Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y su correspondiente Procedimientos de Mantenimiento Preventivo en concordancia con el Manual de Servicio Técnico.
14. Entrega del Formato de Declaración Jurada de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo, bajo compromiso de ampliar la garantía del equipo en los meses de no cumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo propuesto.
15. Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados
16. Entrega de documento Compromiso De Suministro De Insumos, Repuestos Y Accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa
17. Entrega de Video de Operación y Mantenimiento
18. Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

Acto seguido se llevó a cabo la instalación y prueba operativa del equipo, encontrándose todo conforme.  
Firman dando fe de lo anterior.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EES/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :

<b>A</b> A01 A02 A03	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
<b>B</b> B01 B02 B03	<b>ACCESORIOS/COMPONENTES</b>
<b>C</b> C01 C02 C03	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
<b>D</b> D01 D02 D03	<b>GARANTIA Y MANTENIMIENTO:</b>
<b>E</b> E01 E02 E03	<b>CAPACITACIÓN, MANUALES Y OTROS:</b>

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FICHA TÉCNICA**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	O/C	Nº DE SERIE

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	REFERENCIA

ACCESORIOS// CONSUMIBLES DEL EQUIPO	CANT.	MARCA	CODIGO DE PARTE	OBSERVACIONES

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS**

**"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"**

(Presentar con 10 días de anticipación a la entrega del equipo, en referencia lo estipulado en el manual técnico del equipo y de las recomendaciones del fabricante)

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

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
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

Nº	Descripción de la prueba	Procedimientos para realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (*)	Tiempo estimado de realización	Cumple (SI/NO)	Resultado – Valor esperado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

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

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL



**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

N°	DESCRIPCION ACTIVIDAD (Año 1, 2 y 3)	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (MESES)											
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
1			X		X		X		X		X		X
2			X		X		X		X		X		X
3			X		X		X		X		X		X
4			X		X		X		X		X		X
5			X		X		X		X		X		X
6			X		X		X		X		X		X
7			X		X		X		X		X		X
8			X		X		X		X		X		X
9			X		X		X		X		X		X
10			X		X		X		X		X		X
11			X		X		X		X		X		X
12			X		X		X		X		X		X
13			X		X		X		X		X		X
14			X		X		X		X		X		X
15			X		X		X		X		X		X
16			X		X		X		X		X		X
17			X		X		X		X		X		X

**Nota:**

El Mantenimiento Preventivo que se le realice al equipo, deberá ser consignado en la Ficha "Orden de Trabajo de Mantenimiento" que será proporcionada por la entidad.

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EES/Red de Salud

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

N o	Descripción Actividad	Procedimientos para Realizar cada actividad	Insumos y Repuestos	Herramientas Instrumentos	Ejecutore s (Ing. /Tec.)	Horas Hombre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

(\*) Insumos: materiales utilizados para la ejecución del mantenimiento preventivo: limpiador de contactos eléctricos alcohol, lubricante teflón, soldadura, etc.

(\*\*) Repuesto: Provisión, conjunto de cosas guardadas para usarlas como recambio de consumibles de operación, piezas, accesorios, partes y componentes de un equipo.

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL



**ACTA DE CAPACITACION BÁSICA EN EL CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO**

**"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"**

Siendo las ..... horas del día ..... del mes de ..... del año .....; reunidos en el ambiente ..... del EESS ..... del distrito de ..... provincia de ..... región La Libertad. Se lleva a cabo la capacitación al personal de mantenimiento del siguiente bien:

Nombre del bien:  
Marca:  
Modelo:  
Serie:  
Proceso de adquisición:  
N° de Contrato:  
Razón social del proveedor:  
Domicilio legal:  
RUC:  
N° Teléfono o Móvil:

La **CAPACITACIÓN** brindada a favor de la entidad orientada al personal de asistencial, corresponde al manejo, operación, cuidado y conservación básica del equipo. El personal participante al finalizar la capacitación recibió un "Certificado de Capacitación" por parte del proveedor (**Dicho certificado, así como la impartición de capacitación solo se otorgará en caso se encuentre consignada en las especificaciones técnicas de bien en cuestión**).

N°	Temática	SI / NO
<b>Orientada a Personal Asistencial (A)</b>		
1.	Presentación del Equipo, accesorios/componentes	
2.	Presentación y explicación de los principios de funcionamiento del bien	
3.	Uso y manejo de las funciones del bien	
4.	Cuidados básicos del equipo a cargo del usuario	
5.	Medidas de seguridad en el uso de los equipos	
6.	Práctica dirigida del manejo del bien	
7.	Comprobación de los aprendizajes impartidos	
8.	Otros contenidos que considere el proveedor	

Representante (s) Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR):

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

Siendo las ..... horas del día ..... del mes de ..... del año .....; en conformidad suscriben las partes.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**ACTA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

Siendo las ..... horas del día ..... del mes de ..... del año .....; reunidos en el ambiente ..... del EESS ..... del distrito de ..... provincia de ..... región La Libertad. Se lleva a cabo la capacitación al personal de mantenimiento del siguiente bien:

Nombre del bien:  
Marca:  
Modelo:  
Serie:  
Proceso de adquisición:  
N° de Contrato:  
Razón social del proveedor:  
Domicilio legal:  
RUC:  
N° Teléfono o Móvil:

La **CAPACITACIÓN** brindada a favor de la entidad orientada al personal de asistencial, corresponde al manejo, operación, cuidado y conservación básica del equipo. El personal participante al finalizar la capacitación recibió un "Certificado de Capacitación" por parte del proveedor (**Dicho certificado, así como la impartición de capacitación solo se otorgará en caso se encuentre consignada en las especificaciones técnicas de bien en cuestión**).

N°	Temática	SI / NO
	<b>Orientada a Personal de Mantenimiento</b>	
1.	Presentación del Equipo, accesorios/componentes	
2.	Presentación y explicación de los principios de funcionamiento del bien	
3.	Uso y manejo de las funciones del bien	
4.	Desarmado del equipo en sus componentes	
5.	Explicaciones técnicas de funcionamiento de tarjetas electrónicas	
6.	Detección de Fallas eléctricas y Electrónicas	
7.	Detalle del Mantenimiento Preventivo del equipo	
8.	Otros contenidos que considere el proveedor	
9.	Armado del Equipo	
10.	Prueba Operativa del Equipo	

Representante (s) Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR):

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

Siendo las .....horas del día ....., del mes de ..... del año .....; en conformidad suscriben las partes.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FORMATO N° 03**

**ACTA DE CONFORMIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

Siendo las ....., horas del día ..... la empresa ....., hizo efectivo el acto de conformidad del mantenimiento preventivo en el ....., Del Servicio/Unidad o Departamento de ....., del equipo que a continuación se detalla:

Descripción	Marca	Modelo	No. Serie

No. Orden de Compra:

No. Contrato

Dicho acto contó con la presencia del representante del ..... y representante de la Empresa Proveedora, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Condiciones para el Mantenimiento Preventivo, según el detalle de los Formatos del Programa de Mantenimiento Preventivo, así como las condiciones señaladas en los documentos contractuales.

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 Área Especialista  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
jefe de Servicio y/o director  
del EESS.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Técnica  
del EESS.

**FORMATO N° 04**

### ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO (OTM) (APLICADO EN LA POST VENTA)

(Llenado por la oficina de mantenimiento)

DEPENDENCIA DE SALUD		N°	DIA	MES	AÑO
(Para ser llenado por la dependencia solicitante)					
AREA USUARIA		UBICACIÓN FÍSICA			
DENOMINACIÓN DEL EQUIPO O SERVICIO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL	
PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACION					
FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE		FECHA SOLICITUD SERV.		FIRMA Y SELLO DE RECEPCION	
		DIA	MES	AÑO	FECHA DE RECEP.
					DIA
					MES
					AÑO
(Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento)					
DIAGNOSTICO TÉCNICO		PRIORIDAD	MUY URGENTE		
			URGENTE		
			PROGRAMADA		
JEFE / ENCARGADO DE MANTENIMIENTO	FECHA	MODALIDAD DE ATENCION	PERSONAL PROPIO		
			TERCEROS A TODO COSTO		
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO DE MANTENIMIENTO:					
FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO		GRANTIA DEL SERVICIO	COSTO DEL SERVICIO
RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO					



**FORMATO N° 04 (REVERSO)**

**COSTOS DEL SERVICIO**  
(PARA USO DE LA OFICINA DE MANTENIMIENTO)

<b>CENTROS DE COSTOS</b>	
--------------------------	--

MANO DE OBRA			
ESPECIALIDAD	HR/HOMBRE	VALOR HR/HOMBRE	COSTO M.O.
COSTO POR MANO DE OBRA S/.			

<b>REPUESTOS Y MATERIALES</b>							
<b>SUMINISTRO</b>		<b>DECRIPCION</b>		<b>U.M.</b>	<b>CANT.</b>	<b>COSTO UNIT S/.</b>	<b>COSTO PARCIAL S/.</b>
<b>MINSA</b>	<b>EMPRES.</b>						
<b>COSTO DE REPUESTOS Y MATERIALES S/.</b>							

COSTO POR MANO DE OBRA	
COSTO POR REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES	
OTROS GASTOS	
IMPUESTOS DE LEY	
<b>TOTAL, GENERAL S/.</b>	

<b>FIRMA DEL EJECUTOR DE MANTENIMIENTO</b>	<b>VºBº JEFE DE OFICINA DE MANTENIMIENTO (Minsa)</b>



## **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## **ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE**

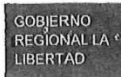
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ASPIRADOR DE SECRECIONES	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACIÓN ESTANDARIZADA DE EQUIPAMIENTO EN SALUD	ASPIRADOR DE SECRECIONES.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO DE SUCCIÓN DISEÑADO PARA LA ASPIRACIÓN MECÁNICA DE SECRECIONES BUCALES, SANGRE Y OTROS FLUIDOS EXCEDENTES DEL PACIENTE. PERMITE REGULAR EL NIVEL DE SUCCIÓN DE ACUERDO A LA VISCOSIDAD DEL FLUIDO Y COLECTARLO EN RECIPIENTES DE FÁCIL DESINFECCIÓN.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO NUEVO DE ASPIRADORES DE SECRECIONES PARA LOS SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO, CIRUGÍA DE DÍA Y PEDIATRÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 EQUIPO PROVISTO DE ESTRUCTURA ESTABLE Y RODABLE, POR LO MENOS DOS RUEDAS CON FRENO CON COMPARTIMENTO PARA ALMACENAMIENTO DE ACCESORIOS INTEGRADO EN LA CARCASA DEL EQUIPO.
	A02 CON MANOMETRO INDICADOR DE PRESIÓN NEGATIVA (VACUOMETRO).
	A03 BOMBA DE VACÍO TIPO PISTON O DIAFRAGMA, LIBRE DE LUBRICACION.
	A04 CONTROL DE REGULACION DE VACÍO ACCESIBLE DESDE PANEL DE CONTROL.
	A05 RANGO DE PRESIÓN: HASTA 680 mmHg O MÁS.
	A06 CAPACIDAD DE SUCCIÓN CONTINUA: 60 L/min O MAYOR.
	A07 NIVEL DE RUIDO: 45 dB O MENOR, MEDIDO A 1 mt. DE DISTANCIA RESPECTO DEL EQUIPO.
	A08 INTERRUPTOR DE ENCENDIDO/APAGADO MANUAL Y/O A PEDAL.
B. COMPONENTES	FRASCOS RECOLECTORES
	B01 SISTEMA DE 02 (DOS) FRASCOS, DE CAPACIDAD DE 2.5 L O MÁS, CADA UNO.
	B02 DE PLASTICO TRANSPARENTE DE POLISULFONA O POLICARBONATO O VIDRIO, CON ESCALA DE MEDIDA EN mL O cm³.
	B03 ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
	B04 TAPA DE CIERRE HERMETICO, CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE REBALSE O SOBREFLUJO.
	CONDUCTOS AUXILIARES
C. ACCESORIOS	B05 MANGUERAS SILICONADAS Y CONECTORES AUTOCLAVABLES, ENTRE FRASCOS Y BOMBA DE VACÍO.
	B06 CON FILTRO HIDROFÓBICO O BACTERICIDA ENTRE FRASCO Y BOMBA DE VACÍO.
	C01 02 (DOS) FRASCOS RECOLECTORES DE REPUESTO INCLUIDO TAPAS, DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LOS ESTANDAR.
	C02 30 (TREINTA) CÁNULAS DE SUCCIÓN TAMAÑO ADULTOS, DESCARTABLES.
D. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO	C03 20 (VEINTE) CÁNULAS DE SUCCIÓN TAMAÑO PEDIATRICO, DESCARTABLES.
	C04 20 (VEINTE) FILTROS HIDROFÓBICOS O BACTERICIDAS.
	GARANTÍA
	D01 03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
	MANTENIMIENTO
	D02 PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE. TODOS LOS REPUESTOS Y/O CONSUMIBLES A REEMPLAZAR DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL PARA LA INSTITUCIÓN.
	D03 INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Mc. Walter Jesús Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA Y EQUIPOS QUIRÚRGICOS  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

F. CAPACITACIONES Y  
MANUALES

D04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.
D05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
D06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
	<b>ROTULADO</b>
D07	EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRABADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN:</b> N° .....</p> <p><b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:</b> XXXXXX</p> <p><b>TELÉFONO:</b> XXXXXX</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> XXXXXX</p> <p><b>FECHA DE INSTALACIÓN:</b> (mes y año)</p> <p><b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA:</b> (mes y año)</p> <p><b>PERIODO DE GARANTÍA:</b> XXXXXX</p> </div> </div> </div>
	<b>CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)</b>
	<b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA:</b>
H01	a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.
	<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL</b>
H02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
H03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 04 (CUATRO) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
H04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL AREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
	<b>CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO</b>
H05	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADEMÁS SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.
H06	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 06 (SEIS) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
H07	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, 01 (UN) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Mr. Walter Jesús Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara Leon  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

	<b>CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN</b>
H08	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTILUNA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.
	<b>MANUALES</b>
H09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERÁ TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
H10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
H11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
H12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
<b>G. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA</b>	<b>G01</b> MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz. 2 mt DE LONGITUD DEL CABLE VULCANIZADO COMO MÍNIMO Y TOMA ELÉCTRICA TIPO B (GRADO HOSPITALARIO).



REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional De Salud

Dr. Walter Aníbal Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CONTROL DOLOROSO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

Miguel Arturo Vergara Leon  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"



## **ELECTROBISTURI DE POTENCIA ALTA**

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ELECTROBISTURÍ POTENCIA ALTA	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACIÓN ESTANDARIZADA DE EQUIPAMIENTO EN SALUD	ELECTROBISTURÍ DE POTENCIA ALTA.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO USADO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA CORTAR, COAGULAR O ELIMINAR TEJIDO BLANDO, EXTIRPAR TEJIDOS DAÑINOS O INDESEADOS. TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR PARA CAUTERIZAR Y SELLAR VASOS SANGUÍNEOS.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICIÓN DE PARA LOS SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO Y CIRUGÍA DE DÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 GENERADOR ELECTROQUIRÚRGICO CON CORRIENTE DE SALIDA AISLADA QUE PERMITE LA SECCIÓN, LA DESECACIÓN Y LA FULGURACIÓN DE TEJIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS EN MODO BIPOLAR Y MONOPOLAR.
	A02 SALIDAS DOBLES CON INTERRUPTORES INDEPENDIENTES, DISPONIBLE EN MODO COAGULACIÓN.
	A03 MONOPOLAR PARA CORTE Y COAGULACIÓN.
B. COMPONENTES	<b>MODOS DE TRABAJO</b>
	B01 03 (TRES) MODOS DE CORTE.
	B02 05 (CINCO) MODOS DE COAGULACIÓN.
	B03 04 (CUATRO) MODOS DE CORTE BIPOLAR.
	<b>POTENCIAS DE SALIDA</b>
	B04 POTENCIA DE CORTE MONOPOLAR HASTA 400 W.
	B05 POTENCIA DE COAGULACIÓN MONOPOLAR HASTA 300 W.
	B06 POTENCIA BIPOLAR 100 W.O MAYOR.
	<b>CONEXIONES</b>
	B07 02 (DOS) SALIDAS MONOPOLARES PARA CABLE CONECTOR DE TRES GUÍAS Y/U 8 mm PARA LAPAROSCOPIA.
	B08 02 (DOS) SALIDAS BIPOLARES.
	B09 01 (UNA) SALIDA PARA ELECTRODO NEUTRO CON SISTEMA REM, MONITOREO DE DOS CAMPOS.
	B10 02 (DOS) SALIDAS PARA PEDAL MONOPOLAR.
	B11 UNA SALIDA PARA PEDAL BIPOLAR.
	<b>SISTEMA DE SEGURIDAD</b>
	B12 ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DE LA POTENCIA O VOLTAJE DE SALIDA, EN RESPUESTA A LOS CAMBIOS DE IMPEDANCIA DEL TEJIDO.
	B13 MONITOREO DE LA CALIDAD DE CONTACTO DEL ELECTRODO DE RETORNO, CON DESCONEXIÓN AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
	B14 MONITOREO ADAPTIVO DE LA CALIDAD DE CONTACTO DEL ELECTRODO DE RETORNO, CON DESCONEXIÓN AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
C. ACCESORIOS	B15 ALARMAS AUDIO VISUAL CON CÓDIGOS DE ERROR DE FALLAS.
	B16 ALARMAS DE ACTIVACIÓN DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE TRABAJO.
	B17 SALIDA AISLADA PARA LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE.
	C01 01 (UN) COCHE DE TRANSPORTE ORIGINAL DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
	C02 01 (UN) PEDAL MONOPOLAR DOBLE.
	C03 01 (UN) PEDAL BIPOLAR.
	C04 01 (UN) CABLE BIPOLAR REUSABLE DE 4.6 mt COMO MÍNIMO.
	C05 01 (UNA) PINZA BAYONETA BIPOLAR DE 19 cm, PUNTA DE 1 mm.
	C06 01 (UN) ADAPTADOR UNIVERSAL MONOPOLAR PARA LAPAROSCOPIA.
	C07 01 (UN) CABLE DE ALIMENTACIÓN CON TOMA A TIERRA DE GRADO MÉDICO.
	C08 60 (SESENTA) ELECTRODOS DESCARTABLES DE RETORNO ADULTO ORIGINAL Y CON CABLE DE 2.7 mt COMO MÍNIMO.
	C09 20 (VEINTE) ELECTRODOS DE RETORNO DESCARTABLES PEDIÁTRICO ORIGINAL CON CABLE DE 2.7 mt COMO MÍNIMO.
	C10 20 (VEINTE) ELECTRODOS DE RETORNO DESCARTABLES NEONATAL ORIGINAL CON CABLE DE 2.7 mt DE LONGITUD COMO MÍNIMO.
	C11 06 (SEIS) ELECTRODOS REUTILIZABLES ADULTO.
	C12 03 (TRES) CABLES DE RETORNO REUTILIZABLE DE 4.5 mt DE LONGITUD COMO MÍNIMO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

M. Walter Jesús Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CIERRE QUIRÚRGICO  
del Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

D. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO		<b>GARANTÍA</b>
	D01	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
		<b>MANTENIMIENTO</b>
	D02	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE. TODOS LOS REPUESTOS Y/O CONSUMIBLES A REEMPLAZAR DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL PARA LA INSTITUCIÓN.
	D03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.
	D04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.
	D05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
	D06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
E. CAPACITACIONES Y MANUALES		<b>ROTULADO</b>
		EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRABADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:
	D07	 <div> <b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: N° .....</b>  <b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR: XXXXXX</b>  <b>TELÉFONO: XXXXXX</b>  <b>DIRECCIÓN: XXXXXX</b>  <b>FECHA DE INSTALACIÓN: (mes y año)</b>  <b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA: (mes y año)</b>  <b>PERIODO DE GARANTÍA: XXXXXX</b> </div>
		<b>CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)</b>
	E01	<b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA:</b> a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.
		<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL</b>
	E02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
	E03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 04 (CUATRO) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	E04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL ÁREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
		<b>CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO</b>
	E05	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADemás SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Mr. Walter Jesús Carpio Montenegro  
Jefe del Departamento de Asesoría y Coordinación  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO



GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

E06	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 06 (SEIS) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
E07	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, 01 (UN) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.
	<b>CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN</b>
E08	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTILUNA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.
	<b>MANUALES</b>
E09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERÁ TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
E10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS.
E11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
E12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
F. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	F01 MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz. Y TOMA ELÉCTRICA TIPO B (GRADO HOSPITALARIO) CON CABLE VULCANIZADO DE AL MENOS 2 mt DE LONGITUD.

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Dr. Walter Jesús Carnio Montenegro  
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

## **ELECTROBISTURI DE POTENCIA MEDIA**



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ELECTROBISTURÍ POTENCIA MEDIA	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACIÓN ESTANDARIZADA DE EQUIPAMIENTO EN SALUD	ELECTROBISTURÍ DE POTENCIA MEDIA.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO USADO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA CORTAR, COAGULAR O ELIMINAR TEJIDO BLANDO, EXTIRPAR TEJIDOS DAÑINOS O INDESEADOS. TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR PARA CAUTERIZAR Y SELLAR VASOS SANGUÍNEOS.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICIÓN DE PARA LOS SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO Y CIRUGÍA DE DÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 GENERADOR ELECTROQUIRÚRGICO CON CORRIENTE DE SALIDA AISLADA QUE PERMITE LA SECCIÓN, LA DESECACIÓN Y LA FULGURACIÓN DE TEJIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS EN MODO BIPOLAR Y MONOPOLAR.
	A02 SALIDAS DOBLES CON INTERRUPTORES INDEPENDIENTES, DISPONIBLE EN MODO COAGULACIÓN.
	A03 MONOPOLAR PARA CORTE Y COAGULACIÓN.
B. COMPONENTES	<b>MODOS DE TRABAJO</b>
	B01 03 (TRES) MODOS DE CORTE
	B02 05 (CINCO) MODOS DE COAGULACIÓN
	B03 04 (CUATRO) MODOS DE CORTE BIPOLAR
	<b>POTENCIAS DE SALIDA</b>
	B04 POTENCIA DE CORTE MONOPOLAR HASTA 200 W.O MAYOR
	B05 POTENCIA DE COAGULACIÓN MONOPOLAR HASTA 200 W. O MAYOR
	B06 POTENCIA BIPOLAR 70 W. O MAYOR
	<b>CONEXIONES</b>
	B07 02 (DOS) SALIDAS MONOPOLARES PARA CABLE CONECTOR DE TRES GUÍAS Y/U 8 mm PARA LAPAROSCOPÍA.
	B08 02 (DOS) SALIDAS BIPOLARES.
	B09 01 (UNA) SALIDA PARA ELECTRODO NEUTRO
	B10 02 (DOS) SALIDAS PARA PEDAL MONOPOLAR.
	B11 01 (UNA) SALIDA PARA PEDAL BIPOLAR.
	<b>SISTEMA DE SEGURIDAD</b>
C. ACCESORIOS	B12 ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DE LA POTENCIA O VOLTAJE DE SALIDA, EN RESPUESTA A LOS CAMBIOS DE IMPEDANCIA DEL TEJIDO.
	B13 MONITOREO DE LA CALIDAD DE CONTACTO DEL ELECTRODO DE RETORNO, CON DESCONEXIÓN AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
	B14 MONITOREO ADAPTIVO DE LA CALIDAD DE CONTACTO DEL ELECTRODO DE RETORNO, CON DESCONEXIÓN AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
	B15 ALARMAS AUDIO VISUAL CON CÓDIGOS DE ERROR DE FALLAS.
	B16 ALARMAS DE ACTIVACIÓN DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE TRABAJO.
	B17 SALIDA AISLADA PARA LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE.
	C01 01 (UN) COCHE DE TRANSPORTE ORIGINAL DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
	C02 01 (UN) PEDAL MONOPOLAR DOBLE.
	C03 01 (UN) PEDAL BIPOLAR.
	C04 01 (UN) CABLE BIPOLAR REUSABLE DE 4.6 M COMO MÍNIMO.
	C05 01 (UNA) PINZA BAYONETA BIPOLAR DE 19 cm, PUNTA DE 1 mm.
	C06 01 (UN) ADAPTADOR UNIVERSAL MONOPOLAR PARA LAPAROSCOPÍA.
	C07 01 (UN) CABLE DE ALIMENTACIÓN CON TOMA A TIERRA DE GRADO MÉDICO.
	C08 60 (SESENTA) ELECTRODOS DESCARTABLES DE RETORNO ADULTO ORIGINAL CON CABLE DE 2.7 M COMO MÍNIMO.
	C09 20 (VEINTE) ELECTRODOS DE RETORNO DESCARTABLES PEDIÁTRICO ORIGINAL CON CABLE DE 2.7 mt COMO MÍNIMO.
	C10 06 (SEIS) ELECTRODOS REUTILIZABLES ADULTO.
	C11 03 (TRES) CABLES DE RETORNO REUTILIZABLE DE 4.5 M DE LONGITUD COMO MÍNIMO.
	<b>GARANTÍA</b>
	D01 03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBILES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional De Salud

Mt. Walter Jesús Cepeda Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TECNICA Y LOGISTICA  
HOSPITAL REGIONAL Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO



GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD




Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

D. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO	D02	<b>MANTENIMIENTO</b> PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE. TODOS LOS REPUESTOS Y/O CONSUMIBLES A REEMPLAZAR DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL PARA LA INSTITUCIÓN.
	D03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.
	D04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.
	D05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
	D06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
	<b>ROTULADO</b> EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRABADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:	
	D07	 <p>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: N° .....</p> <p>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR: XXXXXX</p> <p>TELÉFONO: XXXXXX</p> <p>DIRECCIÓN: XXXXXX</p> <p>FECHA DE INSTALACIÓN: (mes y año)</p> <p>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA: (mes y año)</p> <p>PERIODO DE GARANTÍA: XXXXXX</p>
E. CAPACITACIONES Y MANUALES	E01	<b>CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)</b> <b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA:</b> a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.
	<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL</b>	
	E02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
	E03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 04 (CUATRO) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	E04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL ÁREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
	<b>CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO</b>	
	E05	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, LOS CUALES DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADEMÁS SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Mc. Walter Jesús Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Y CENTRO QUIRÚRGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

F. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	E06	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 06 (SEIS) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	E07	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, 01 (UN) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.
		<b>CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN</b>
	E08	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTULINA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.
		<b>MANUALES</b>
	E09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERÁ TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
	E10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
	E11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
	E12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
	F01	MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz. Y TOMA ELÉCTRICA TIPO B (GRADO HOSPITALARIO) CON CABLE VULCANIZADO DE AL MENOS 2 mt DE LONGITUD.



REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Jefatura Dpto. de Anestesia Gasoleros y Centro Quirúrgico  
Walter Jesús Carpio Montenegro  
Jefe de Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional Docente de Trujillo

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

**LAMPARA QUIRURGICA DE TECHO DE  
INTENSIDAD ALTA**





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LÁMPARA CIALÍTICA DE TECHO	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACIÓN ESTANDARIZADA DE EQUIPAMIENTO EN SALUD	LÁMPARA CIALÍTICA DE TECHO.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO BIOMÉDICO USADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROPORCIONAN LUZ HOMOGÉNEA SIN SOMBRAS SOBRE LA ZONA DEL PACIENTE QUE SE VA A OPERAR.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN POR REPOSICIÓN DE LÁMPARAS CIALÍTICAS DE TECHO DE DOS SATÉLITES PARA EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 ANCLADO EN EL TECHO.
	A02 DE 02 (DOS) CUERPOS LUMINOSOS LOS CUALES PRODUCEN LUZ NATURAL.
	A03 LOS CUERPOS LUMINOSOS SEGÚN CADA FABRICANTE Y SUPERFICIE CERRADA.
	A04 LOS CUERPOS LUMINOSOS DEBEN DISTORSIONAR MINIMAMENTE EL FLUJO LAMINAR DEL QUIROFANO.
	A05 CON MANGOS DE ORIENTACIÓN ESTERILIZABLE.
	A06 DISEÑO QUE PERMITA LA INSTALACIÓN DE LA FUENTE DE PODER EN EL TECHO.
	A07 IRRADIACIÓN ENERGÉTICA 4Mw/M2.lux COMO MÁXIMO.
	A08 CON AJUSTE ELECTRÓNICO DE LA INTENSIDAD LUMINOSA.
	A09 VIDA ÚTIL DE LOS LED MAYOR O IGUAL A 50,000 HORAS.
	A10 RANGO DE GIRO DE LOS BRAZOS GIRATORIOS Y BASCULANTES DE 360°.
B. SISTEMA DE ILUMINACIÓN	B01 ILUMINACIÓN CON TECNOLOGÍA LED DE LUZ BLANCA.
	B02 REDUCCIÓN DE SOMBRAS CREADAS POR EL CUERPO DEL CIRUJANO.
	B03 INTENSIDAD LUMINOSA DE 120,000 LUX O MÁS PARA AMBAS CUPULAS UN METRO DE DISTANCIA.
	B04 TEMPERATURA DE COLOR DE 4,300°K O MÁS PARA AMBOS CUERPOS LUMINOSOS.
	B05 DIÁMETRO MÍNIMO DE CAMPO ILUMINADO 22 cm O MAYOR PARA AMBOS CUERPOS LUMINOSOS.
	B06 RELACIÓN d50/d10 MAYOR O IGUAL A 0.55 PARA AMBOS CUERPOS LUMINOSOS.
	B07 ÍNDICE DE REPRODUCCIÓN CROMÁTICA (CRI) MAYOR O IGUAL A 95 PARA AMBOS CUERPOS LUMINOSOS.
	B08 ÍNDICE PARTICULAR (R9) MAYOR O IGUAL A 92.
	B09 CONTROL DE INTENSIDAD LUMINOSA DE 30% A 100% O RANGO MÁS AMPLIO.
	B10 PROFUNDIDAD DE ILUMINACIÓN L1+L2 AL 20% MAYOR O IGUAL A 110 cm.
C. SISTEMA MECÁNICO DE POSICIONAMIENTO	B11 PROFUNDIDAD DE ILUMINACIÓN L1+L2 AL 60% MAYOR O IGUAL A 60 cm.
	B12 PROGRAMA DE ESTABILIDAD DE FLUJO (FSP) QUE PROPORCIONA UNA ILUMINACIÓN CONSTANTE DURANTE TODO EL PROCEDIMIENTO O CON MODO DE SINCRONIZACIÓN.
	B13 CON SISTEMA PRECABLEADO PARA INSTALAR UNA CÁMARA A FUTURO.
D. ACCESORIOS	C01 DE FÁCIL MANIOBRABILIDAD Y ESTABILIDAD DE POSICIONAMIENTO DE LOS CAMPOS ILUMINADOS.
	C02 SISTEMA DE SUSPENSIÓN CON BRAZO ARTICULADO Y GIRO DE BRAZO A 360°.
	C03 GIRO DE CUPULA A 320° O MÁS.
E. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO	D01 02 (DOS) JUEGOS DE MANGOS DE ORIENTACIÓN ESTERILIZABLE (EN EL EQUIPO Y RESERVA).
	E01 GARANTÍA
	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
	E02 MANTENIMIENTO
	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE. TODOS LOS REPUESTOS Y/O CONSUMIBLES A REEMPLAZAR DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL PARA LA INSTITUCIÓN.
	E03 INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.

Luis A. Ramos Velásquez  
Coordinador de Soporte de Vida  
OFICINA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"


REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional De Salud

Mc. Walter José Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Y CENTRO QUIRÚRGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional De Salud

ALFREDO MATOS RAMIREZ  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Año la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

F. CAPACITACIONES Y MANUALES	E04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.
	E05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN E04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
	E06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
		ROTULADO
		EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRABADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:
	E07	<div>  <p><b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: N°</b>.....</p> <p><b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:</b> XXXXXX</p> <p><b>TELÉFONO:</b> XXXXXX</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> XXXXXX</p> <p><b>FECHA DE INSTALACIÓN:</b> (mes y año)</p> <p><b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA:</b> (mes y año)</p> <p><b>PERIODO DE GARANTÍA:</b> XXXXXX</p> </div>
		CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)
	F01	<p><b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA:</b></p> <p>a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.</p>

Luis A. Ramos Velásquez  
Coordinador de Soporte de Vida  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Mc. Walter Jesus Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

ALFREDO MATEOS RAMIREZ  
REF. DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

		<b>MANUALES</b>
	F09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERÁ TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
	F10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
	F11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
	F12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
	G01	MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz.
<b>G. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA</b>	G02	01 (UN) UPS DE 2KVA O SEGÚN RECOMENDACIONES DEL EL FABRICANTE PARA MANTENER ENCENDIDOS AMBOS BULBOS CON UNA AUTONOMÍA DE 30 (TREINTA) MINUTOS COMO MÍNIMO O SISTEMA DE BATERÍA(S) DE RESPALDO ANTE FALLA DE ENERGÍA DE LA RED ELÉCTRICA EL CUAL DEBE ESTAR INCORPORADO AL EQUIPO Y BRINDAR UNA AUTONOMÍA MAYOR O IGUAL 30 (TREINTA) MINUTOS.
<b>H. GARANTÍA</b>	H01	GARANTÍA DE 3 (TRES) AÑOS COMO MÍNIMO.
	H02	CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO PROGRAMADO CADA 06 (SEIS) MESES DURANTE LA GARANTÍA.
<b>I. CAPACITACIONES Y MANUALES</b>	I01	01 (UN) MANUAL DE SERVICIO EN FÍSICO Y DIGITAL, IDIOMA ESPAÑOL DEL EQUIPO Y COMPONENTES.
	I02	01 (UN) MANUAL DE OPARACIÓN EN FÍSICO Y DIGITAL, IDIOMA ESPAÑOL DEL EQUIPO Y COMPONENTES.
	I03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 6 HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	I04	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 6 HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	I05	ENTREGA DE CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE.
	I06	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON FRECUENCIA SEMESTRAL, SEGÚN RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE.
<b>J. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA</b>	J01	MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz.
	J02	CON SISTEMA DE BATERÍA(S) DE RESPALDO ANTE FALLA DE ENERGÍA DE LA RED ELÉCTRICA EL CUAL DEBE ESTAR INCORPORADO AL EQUIPO Y DE BRINDAR UNA AUTONOMÍA MAYOR O IGUAL A 60 MIN.
<b>K. REQUERIMIENTO DE INSTALACIÓN</b>	K01	COMPRENDE: SUMINISTRO, TRANSPORTE, INSTALACIÓN (CONSIDERAR QUE TODO CABLEADO O TUBERÍA DEBE SER EMPOTRADO O POR ENCIMA DEL CIELO RASO) Y PRUEBAS OPERATIVAS.
	K02	INSTALACIÓN: DEBERÁ CONSIDERAR LA OFERTA TÉCNICA LOS TRABAJOS DE INSTALACIÓN, DE LAS LÍNEAS ELÉCTRICAS NECESARIAS PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.
	K03	PRE INSTALACIÓN: EL CONTRATISTA SE HARÁ CARGO DE EVALUAR Y GARANTIZAR EL INGRESO DEL EQUIPO AL ÁREA DE CENTRO QUIRÚRGICO, LO CUAL INCLUYE EL DESMONTAJE DE LA LÁMPARA CIALÍTICA ACTUAL Y MONTAJE DE LA NUEVA LÁMPARA, DE SER NECESARIO DEBERÁ CONSIGNAR LA OFERTA TÉCNICA LOS TRABAJO PARA EMPOTRAR AL TECHO, GARANTIZANDO EL CORRECTO ACABADO PARA OPERATIVIDAD DE LA LÁMPARA CIALÍTICA.
	K04	LA INSTITUCION BRINDARÁ: ENERGÍA ELÉCTRICA 220VAC, 60 HZ -- TRIFÁSICO.
	K05	EL POSTOR TENDRÁ QUE COLOCAR DE SER NECESARIO, ALGÚN COMPONENTE O ACCESORIO QUE NO CONTEMPLA EL PRESENTE EL CUAL GARANTICE EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL EQUIPO EN COORDINACIONES PREVIAS CON PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES, ASÍ COMO EL ÁREA USUARIA.

"Justicia Social con Inversión"

Luis A. Ramos Velásquez  
Coordinador de Soporte de Vida  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

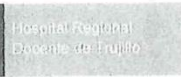
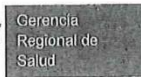
Dr. Walter Justis Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

ALFREDO MATTOS RAMIREZ  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



**MESA DE OPERACIONES  
HIDRAULICA/ELECTRICA**



JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE MESA DE OPERACIONES ELECTROHIDRÁULICA	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACION Estandarizada de Equipamiento en Salud	MESA DE OPERACIONES ELECTROHIDRÁULICA
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	USADO PARA ALOJAMIENTO DEL PACIENTE EN LAS DIFERENTES OPERACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN POR REPOSICIÓN DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO Y CIRUGÍA DE DÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 MESA FABRICADA COMPLETAMENTE EN ACERO INOXIDABLE (BASE Y COLUMNA), A FIN DE QUE OFREZCA RESISTENCIA Y FÁCIL DESINFECCIÓN DE LA MESA.
	A02 ESTRUCTURA ESTABLE, CUATRO RUEDAS O MÁS, SISTEMA DE COMANDO DE FRENO CENTRALIZADO ACTIVADO DESDE EL CONTROL REMOTO. BASE DE ACERO INOXIDABLE.
	A03 RIELES LATERALES DE ACERO INOXIDABLE PARA ACOPLAMIENTO DE ACCESORIOS.
	A04 ACCIONAMIENTO DE MOVIMIENTOS ELECTROHIDRÁULICOS
	A05 COMANDO DE CONTROLES CON CABLE Y/O REMOTO (INFRARROJO, INCLUIR CARGADOR SI LO REQUIERE.
	A06 CONTROL AUXILIAR UBICADOS EN LA COLUMNA.
	A07 SUPERFICIE DE LA MESA TRANSPARENTE A LOS RAYOS X.
	A08 CON RIELES O DISPOSITIVOS DE ELEVACIÓN DE LOS COLCHONES PARA INTRODUCIR EL PORTA CHASIS DE PLACAS RADIOGRÁFICAS.
	A09 FACILIDAD PARA EL USO DE INTENSIFICADOR DE IMÁGENES (ARCO EN C).
	A10 PLACA APOYA PIERNAS: EN DOS PIEZAS (UNA PARA CADA PIERNA, CON ANGULACIÓN DE SEPARACIÓN) Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA, CON REGULACIÓN DE ALTURA, ANGULACIÓN DE SEPARACIÓN Y ALMOHADILLAS.
	A11 TODOS MOVIMIENTOS DEBEN TENER LA CAPACIDAD DE SER OPERADOS A TRAVÉS DE LOS CONTROLES REMOTOS.
	A12 FUNCIONAMIENTO DE LA MESA EN POSICIÓN NORMAL E INVERSA
B. COMPONENTES	B01 TRENDELENBURG $\geq 25^\circ$
	B02 TRENDELENBURG INVERSA $\geq 25^\circ$
	B03 RESPALDAR HACIA ARRIBA $\geq 70^\circ$
	B04 RESPALDAR HACIA ABAJO $\geq -40^\circ$
	B05 INCLINACIONES LATERALES $\geq 20^\circ$
	B06 SECCIÓN PIERNAS HACIA ABAJO $\geq 90^\circ$
	B07 SECCIÓN PIERNAS HACIA ARRIBA $\geq 20^\circ$
	B08 SECCIÓN CABEZA DESMONTABLE.
	B09 MOVIMIENTO ASCENDENTE SIN COLCHONETAS $\geq 1000$ mm COMO MÍNIMO RESPECTO AL SUELO.
	B10 MOVIMIENTO DESCENDENTE $\leq 600$ mm RESPECTO AL SUELO.
	B11 CAPACIDAD DE SOPORTAR PESO DEL PACIENTE: $\geq 250$ Kg.
	B12 DESPLAZAMIENTO LONGITUDINAL 300 mm COMO MÍNIMO.
	B13 MOVIMIENTO FLEX DE $220^\circ$ O MÁS Y FLEX INVERSO DE $140^\circ$ O MENOS.
	B14 LONGITUD: NO MAYOR DE 2060 mm, ANCHO DE RESPALDO NO MAYOR DE 590 mm DE RIEL A RIEL, ANCHO SIN RIEL NO MAYOR DE 540 mm.
C. ACCESORIOS	C01 01 (UN) ARCO PARA ANESTESIA CON BARRAS DE EXTENSIÓN LATERAL CON FIJADOR A RIEL LATERAL (UNA UNIDAD).
	C02 02 (DOS) APOYA BRAZO, CON ALMOHADILLAS Y CORREA DE FIJACIÓN.
	C03 01 (UN) APOYA BRAZO DE ALTURA AJUSTABLE, PARA POSICIÓN EN DECUBITO LATERAL CON CORREA Y FIJADOR AL RIEL LATERAL.
	C05 01 (UN) APOYO CABEZA CON SISTEMA DE FIJACIÓN ARTICULABLE.
	C06 01 (UN) JUEGO DE PIERNERAS DE GOEPEL ACOLCHADO, CON CORREA DE FIJACIÓN, CON ARTICULACIÓN ESFÉRICA Y FIJADORES A LOS RIELES LATERALES.
	C07 02 (DOS) FIJADORES RADIALES (GIRATORIO) CON TORNILLO DE FIJACIÓN AL RIEL LATERAL.
	C08 01 (UN) JUEGO DE COLCHONETA SFC LAVABLE (EN EL EQUIPO), ANTIESTÁTICA, RADIOTRANSARENTE, DE DOBLE COSTURA, DE 80 mm DE ESPESOR COMO MÍNIMO O COLCHONETA DE POLIURETANO, QUE PERMITE FÁCIL LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.

"Justicia Social con Inversión"

*Ing. Electromecánica*  
CARLOS SING ACOSTA

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Me. Walter J. Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
ALFREDO MATOS RAMIREZ  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS DE ASESORIA Y MONITOREO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

D. GARANTÍA,  
MANTENIMIENTO Y  
ROTULADO

E. CAPACITACIONES Y  
MANUALES

C09	01 (UN) CINTURÓN DE FIJACIÓN PARA EL PACIENTE.
C10	01 (UN) PORTA SUERO TELESCÓPICO DE ACERO INOXIDABLE.
	<b>GARANTÍA</b>
D01	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
	<b>MANTENIMIENTO</b>
D02	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE. TODOS LOS REPUESTOS Y/O CONSUMIBLES A REEMPLAZAR DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL PARA LA INSTITUCIÓN.
D03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.
D04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.
D05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
D06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
	<b>ROTULADO</b>
D07	EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRABADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: N°</b> .....</p> <p><b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:</b> XXXXXX</p> <p><b>TELÉFONO:</b> XXXXXX</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> XXXXXX</p> <p><b>FECHA DE INSTALACIÓN:</b> (mes y año)</p> <p><b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA:</b> (mes y año)</p> <p><b>PERIODO DE GARANTÍA:</b> XXXXXX</p> </div>
	<b>CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)</b>
	<b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA Y TÉCNICA:</b>
E01	a) ING. MECÁNICO ELECTRICISTA Y/O ING. ELECTROMECAÁNICO Y/O ING. MECÁNICO, TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.
	<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL</b>
E02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
E03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 04 (CUATRO) HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
E04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL AREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.

*Fig*  
Téc. ELECTROMECAÁNICO  
CARLOS SING ACOSTA

"Justicia Social con Inversión"

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Mc. Walter Jesús Carpio Montenegro  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

ALFREDO MATTOS RAMIREZ  
JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo





**ITEM N°02:**

*“ADQUISICIÓN DE TRES (3) VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL, UN (1) VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO Y SIETE (7) VENTILADOR MECANICO ADULTO-PEDIATRICO-NEONATAL PARA EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”.*

**REGIÓN LA LIBERTAD**  
**REPOSICIÓN DE EQUIPAMIENTO**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

**COMPONENTE: EQUIPAMIENTO**

**IOARR: 2604589** "ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMÁS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"

**AÑO: 2024**

  
Ing. J.B.A. David Luna Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



## PARAMETROS

  
.....  
Ing. Dr. David Luna Grández  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

IOARR: 2604589

**"ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMAS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"**

**PARAMETROS**

Las condiciones y formatos del presente documento, han sido elaborados con la finalidad de brindar las facilidades técnicas a los miembros del comité de selección u órgano encargado de las contrataciones o quien hiciera sus veces; para lograr una óptima adquisición, asegurando un equipamiento de calidad y un adecuado servicio post venta.

El equipamiento que entregue el proveedor adjudicado, deberán ser bienes nuevos (sin uso), cumpliendo con las especificaciones técnicas. La fecha de fabricación de los bienes no deberá exceder de un (01) año anterior a la fecha presentación de su oferta.

Las empresas proveedoras deben cumplir con lo estipulado por la Resolución Ministerial N° 022-2024/MINSA, Artículo 1 Derogación: Derogar la Directiva Administrativa N° 339-MINSA/DGIESP-2023 Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS CoV-2, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2023-MINSA; y Artículo 2: Aprobar la Directiva Administrativa N° 349-MINSA/DGIESP-2024 Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS CoV-2, conforme al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

1. **FINALIDAD PUBLICA:** La adquisición de los bienes descritos en el acápite 11, tienen por finalidad mejorar la calidad de atención, a los pacientes del **HOSPITAL DOCENTE DE TRUJILLO DE TRUJILLO – DISTRITO DE TRUJILLO - PROVINCIA TRUJILLO**, perteneciente a la IOARR:

**"ADQUISICIÓN DE CRANEÓTOMO, EQUIPO ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO, ESTERILIZADOR CON GENERADOR ELÉCTRICO DE VAPOR Y MAMÓGRAFO; ADEMAS DE OTROS ACTIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO"**

2. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Dotar con equipamiento biomédico, electromecánico y unidad móvil en la modalidad de reposición (según Formato N° 08 MATRIZ DE CONSOLIDACION DEL PLAN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD del PLAN MULTIANUAL DE EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS (PEES) 2023-2025 de La Libertad, aprobado con RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL N° 2022-2022-GRLL-GGR- GRSS); para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud del HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – TRUJILLO, en beneficio de la población con el objetivo de efectuar el diagnóstico de sus problemas de salud y curar sus enfermedades; todo lo expuesto, se cumplirá con la contratación de una o más empresas proveedoras, que suministren e instalen equipos de acuerdo a las características técnicas solicitadas, de cantidad y en el lugar de entrega señalado.

3. **REGISTRO SANITARIO** de los bienes que por normatividad correspondan, presentar una copia de registro sanitario que lo acredite; los bienes que no lo requieren deberá adjuntar la **DECLARACIÓN JURADA y EL LISTADO DE MATERIALES Y EQUIPOS QUE NO ESTÁN SUJETO A REGISTRO SANITARIO (EMITIDO POR DIGEMID)**.

4. **BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DEL POSTOR (BPA)**, asegurando con esto, que los bienes que son objeto de la convocatoria, tengan un almacenamiento adecuado y que el postor cumpla con las normativas en almacenamiento en equipos médicos, por lo que deberá presentar un Certificado que valide las Buenas Practica de Almacenamiento (BPA); esto en concordancia al listado de equipos que requieran contar con Registro Sanitario; el cual será acreditado en la presentación de propuesta técnica.

Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento- BPA

- Vigente a la fecha de presentación de propuesta.
- Expedido por DIGEMID
- En el caso de consorcios o de postores que contratan servicios de almacenamiento, el Certificado debe estar a nombre de la empresa que se hará cargo del Almacenamiento de los productos (verificable durante inspecciones) acompañado del Contrato de Servicio de Almacenaje que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.2. del Pronunciamiento N° 330-2008/DOP), así como acreditar el cumplimiento de los procesos que lo correspondan realizando a trazabilidad de cada producto tanto en la empresa que presta el servicio como en la empresa que solicita el servicio del almacenamiento (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.1 del Pronunciamiento N° 039-2011/DTN).
- En caso los postores contraten el servicio de almacenamiento no basta que este último cuente con un CBPA a su nombre si no que el postor deberá acreditar el cumplimiento de los procesos que le correspondan mediante el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento a su nombre, ello de acuerdo a lo señalado por la DIGEMID (mediante Oficio N°1191-2011-DIGEMID-DG-DCVS-ECVE/MINSA (pronunciamiento N°141-2014-DSU)

  
JUAN GRÁÑDEZ  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
C.I.F.: 112314

- En el caso que la empresa postora sea un fabricante nacional se considera suficiente la presentación del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (CBPM).
- Vigente a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (éste último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias).

**5. CAPACITACIÓN**, se impartirá horas de capacitación al personal asistencial y de mantenimiento que asignen las jefaturas correspondientes, según lo establecido:

**5.1** El capacitador realizará la capacitación de manera presencial.

La capacitación del personal asistencial deberá abarcar el manejo, el cuidado y la conservación del equipo con sus componentes y accesorios.

**5.2** El proveedor realizará los siguientes tipos de capacitación:

- 5.2.1** Capacitación en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica de los equipos: dirigido a los profesionales de la salud u otros que designe el Hospital.
- 5.2.2** Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación del equipo: dirigido al personal profesional encargado del mantenimiento y/o soporte biomédico u otros que designe el Hospital.

Culminado se suscribirán mediante los formatos: **ACTA DE CAPACITACIÓN BÁSICA EN EL CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO y ACTA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO**, de corresponder; documentos de cumplimiento para la firma final del **ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN PRUEBA OPERATIVA DE EQUIPOS**

**6. SERVICIO POST VENTA** para garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales, dentro del territorio nacional del Perú; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante; debiendo adjuntar la **DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO POST-VENTA**, firmada por el representante legal de la empresa y refrendada por el Fabricante. El fabricante deberá indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su (s) nuevo (s) representante (s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir.

**7. ADELANTOS:** No se otorgaran adelantos de ninguna índole.

**8. REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL PROVEEDOR**

REQUISITOS	DETALLE
Perfil del proveedor	Proveedor dedicado a la comercialización y/o venta de Equipos iguales o similares al objetivo de la convocatoria.
Otros requisitos	Ficha RUC activo y habido. RNP vigente. BPA vigente

**9. GARANTÍA COMERCIAL:** El periodo de garantía mínima comercial, se encuentra establecido de manera independiente, en su respectivas **especificaciones técnicas del bien**, materia de la convocatoria. La misma que debe cubrir en la post venta los siguientes aspectos:

Parámetro	Descripción
Cobertura	• El equipo, componentes y accesorios, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Proveedor realizará la reparación del equipo proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios
Fecha de inicio	• La que indica en el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos "Formato N° 02"
Duración	• Establecido en la ficha técnica del bien • El Proveedor de acuerdo a su oferta, puede ofrecer mayor tiempo de garantía según (Anexo N° 11)
Atención por garantía	• Se realiza en caso de fallas de fábrica, fallas por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos; será efectuado por el personal clave, los insumos y repuestos, herramientas y gastos estará a cargo del Proveedor • Plazo inicial: el Proveedor tiene un plazo de cinco (05) días calendarios para la atención por garantía, contados a partir del día siguiente de haber sido comunicado del requerimiento de reparación. De ser necesario el Proveedor podrá trasladar a su taller particular el equipo o el componente averiado, previa autorización del Establecimiento de Salud.

Dr. NORA DÍAZ LUNA GRÓNDIZ  
ESPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



	<ul style="list-style-type: none"><li>Plazo adicional: Si el equipo no ha sido reparado en el plazo inicial, el Proveedor tendrá un plazo adicional máximo de quince (15) días calendarios para culminar la reparación, debiendo reemplazar el equipo con otro de similares características o superiores (Back Up) dentro de las 24 horas de otorgado el plazo adicional</li><li>Si el equipo no ha sido reparado en el Plazo adicional el Proveedor reemplazará el equipo defectuoso por uno nuevo, de igual característica técnica o superior, durante el tiempo que demore el reemplazo se mantendrá el equipo {Back Up}. El plazo para el reemplazo definitivo del equipo por otro igual o de característica superior, se efectuará en un plazo no mayor al plazo de entrega según la oferta del primer equipo.</li><li>La conformidad estará dada por el área usuaria.</li><li>El incumplimiento en la prestación de este servicio, dará lugar a penalidades indicadas en 2.2.9. y las acciones legales correspondientes.</li></ul>
Extensión de garantía	<ul style="list-style-type: none"><li>Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al Proveedor, éste deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se, descontarán los días que el Proveedor reemplazó el equipo con otro de similares características (Anexo N° 11)</li><li>De no cumplir con la programación de mantenimiento preventivo establecida, se extenderá la garantía por los mes (s) o año (s), que el proveedor no cumplió con dichas responsabilidades (Anexo N° 14)</li></ul>

La aplicación de la sanción no exime al adjudicatario de ninguna de las obligaciones establecidas para el periodo de garantía

10. **EL PLAZO** máximo a considerarse para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder del bien (de acuerdo a lo indicado en la ficha técnica), es contabilizado en días calendarios, desde el día siguiente de suscrito el contrato, en caso de bienes adquiridos por procedimiento de selección o desde el día siguiente de emitida la Orden de Compra, en caso de compras directas menores a 8 UIT's.
- En caso de retraso injustificado del proveedor para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder dentro del plazo establecido para los bienes, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, conforme al **Artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado**, el mismo que se detalla, según su grupo genérico, en lo **CUADRO N° 01**, respectivamente.

**CUADRO N° 01: PLAZO MAXIMO PARA EL EQUIPO MEDICO**

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	PLAZO DE ENTREGA
3	VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	3	45 DÍAS
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO	1	
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO - NEONATAL	7	

11. **LUGAR DE ENTREGA E INSTALACION DE BIENES:** La totalidad de bienes serán entregados en la siguiente dirección:

**Sito en: AV. MANSICHE N° 795 URB. SANCHEZ CARRIÓN-TRUJILLO - LA LIBERTAD - Perú**

12. **FORMA DE ENTREGA:** Sera de la siguiente manera:

- a) El contratista comunicará al Responsable del almacén de la Gerencia Regional de Salud de la Libertad (email: jurbinal@diressalibertad.gob.pe Teléfono: 962981625), y al Responsable del Almacen General del Hospital Regional Docente de Trujillo (almacen.general.hrdt@gmail.com / Teléfono: 961989404), ó al personal designado por el (ella) y a la Oficina de Planificación – GERESA (daviolgrdz@gmail.com/927590498), vía correo electrónico con un mínimo de 48 horas de anticipación, pactando fecha de entrega entre las partes, señalando día(s) y hora(s) en el establecimiento de salud. El jefe de almacén central de la GERESALL o el personal designado por éste, efectuará la recepción del (los) bien (es) al momento de la entrega de parte del proveedor (conforme al Artículo 168.1 RLCE) y/o el jefe de almacén de la red de Salud/Hospital o quien haga dichas funciones (de estimar oportuno).
- b) El bien será entregado en el establecimiento de salud beneficiario (usuario final), consignando en la Guía de Remisión la fecha de recepción. Adicionalmente el personal de almacén central asignado, sellará la (s) guía (s) de remisión, verificando que los bienes entregados correspondan a los detallados en la guía, constituyéndose para este caso en un solo acto.

13. **VERIFICACIÓN DE CARACTERISTICAS, INSTALACIÓN Y CONFORMIDAD**

**Condiciones de Verificación de Características:** Las condiciones de verificación del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), estará sujeta a cumplimiento de cada uno de los puntos que se describen en el Formato **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS**, para efectos de dar inicio a la Operatividad, Funcionamiento e inicio de la Garantía Comercial; de no cumplir con las características solicitadas, se aplicará lo estipulado en el artículo 168.7 del RCLC.

Dentro del Plazo de Entrega estipulado en el Cuadro N° 01, se deberán efectuar las labores de: Capacitación en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica de los equipos; y Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación del equipo.

Los acápites anteriormente descritos serán efectuados dentro del plazo de ejecución establecido en el contrato y/u orden de compra, **todo acto efectuado fuera de este plazo, será contabilizado para la aplicación de penalidades.**

De presentarse observaciones en esta etapa, estas serán subsanadas por el proveedor previo a la Instalación y a la suscripción del **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS**, con un plazo perentorio de 02 a 08 días, de acuerdo a la complejidad de la misma (s) (Artículo 168.4 del RLCE) y a lo expuesto en los Artículos 168.5 y 168.6 del RLCE.

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), serán: el jefe (a) del servicio o usuario final del equipo (s) o bien (es) adquirido (s), el representante de la oficina de servicios generales o área técnica del establecimiento o red de salud, con V°B° del director (a) del Establecimiento de Salud beneficiario o Red de Salud y profesional de elaboración de Expediente Técnico o profesional que designe el responsable de la UEI – Planificación. Finalmente, a solicitud de la Oficina de Administración de la Gerencia Regional de Salud, se emitirá el informe; donde se alcanzará el **ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS** y con la documentación debidamente consignada y firmada se emitirá el Oficio de la conformidad final por el **JEFE DE LA OFICINA DE PLANIFICACION – GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

#### 14. CONDICIONES DE EJECUCION

- 14.1 El (los) equipo (s), componentes y sus periféricos ofertados por los Proveedores deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica. Los equipos, componentes y sus periféricos propuestos no serán un prototipo, ni tampoco serán repotenciados (refurbished). 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).
- 14.2 El Proveedor será el único responsable ante la Entidad Contratante de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir, total o parcialmente esta responsabilidad a terceros (sub Proveedores), otras entidades o terceros en general; sustentado en su propuesta técnica el personal técnico que efectuarán las responsabilidades asumidas.
- 14.3 El Proveedor deberá dejar el Equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el Establecimiento de Salud de destino. Si en el servicio del establecimiento no cuenta con una toma eléctrica para el enchufe tipo Schuko u otro tipo de energía (fuerza, caso específico de los equipos electromecánicos); el proveedor estará obligado a proporcionar e instalar bajo su cuenta el tomacorriente en la ubicación final del equipo o según las condiciones de lo especificado en la Ficha Técnica de cada equipo.
- 14.4 Para los casos en los que sea obligatoria la autorización de propiedad y/o uso de determinados recursos (hardware y/o software o aplicativos) utilizados con o por el equipo y sus componentes, se deberá entregar al Establecimiento de Salud las respectivas licencias de uso al momento de la recepción de los equipos. Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces, las contraseñas o claves o password de ingreso al modo de servicio técnico del equipo y sus periféricos
- 14.5 El proveedor previo a la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos, deberá suministrar al Hospital dos (02) juegos de manuales originales completos (físico y en archivo digital: USB) de operación y servicio técnico del equipamiento. Los manuales deberán ser originales del fabricante y de estar en idioma diferente al español, se deberá entregar su correspondiente traducción al idioma español (para el caso de manuales físicos).
- 14.6 El Proveedor deberá elaborar y presentar a la Oficina de UEI – Equipamiento - Planificación GERESA, dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato o recepción de Orden de Compra: Programa de Mantenimiento Preventivo y Procedimiento de Programa de Mantenimiento Preventivo; y el Protocolo de Pruebas, quien aprobará y comunicará por escrito al Proveedor, en un plazo no mayor de diez (10) calendarios. La Entidad precisará el procedimiento para presentar el programa de mantenimiento preventivo y protocolo de

  
JEFE DE LA OFICINA DE EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



pruebas, incluyendo aspectos como: forma de presentación, plazos para su aprobación, forma de notificación de las actuaciones al respecto, entre otros. Se precisa que Oficina de UEI – Equipamiento - Planificación GERESA o quien haga sus veces, previo a la aprobación por este último del Programa de Mantenimiento Preventivo y Protocolo de Pruebas, podrá mejorar dicho Programa de Mantenimiento Preventivo y Protocolo de Pruebas, de acuerdo a las condiciones de funcionamiento del equipo en el Establecimiento de Salud de destino. Asimismo, la versión final de dicho documento deberá ser elaborada por el Proveedor.

Se aclara que el periodo del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos, deberá coincidir con el periodo de garantía ofertado. Es decir, si el contratista oferta un periodo de garantía mayor que el mínimo solicitado, el periodo de mantenimiento preventivo se incrementará en igual proporción.

- 14.7 Para la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, el contratista deberá tener en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, asegurándola operación y funcionamiento del equipo.
- 14.8 Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos y sus componentes encontrándose listos para su perfecto estado de funcionamiento al momento de la entrega en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, de ser el caso; debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente que hayan sido individualizados o no en forma específica en la Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica y en las presentes condiciones generales de adquisición.
- 14.9 El equipo ofertado incluirá todos los costos; es decir, los gastos de importación, transporte interno, materiales de embalaje, seguros, acondicionamiento, montaje o instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (incluyendo consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento, de acuerdo a las horas de funcionamiento y/o estipulado por el fabricante en el manual de servicio técnico), gastos de personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación. La oferta deberá indicar el monto de la prestación principal.
- 14.10 El Proveedor, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se compromete 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).
- 14.11 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.
- 14.12 El Proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por el plazo que dure el periodo de garantía total ofertado contados a partir de la fecha de suscripción de la conformidad otorgada por el Establecimiento de Salud.
- 14.13 El Proveedor deberá asegurar, en un periodo no menor de cinco (05) años, la disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de los equipos ofertados, contados a partir del día siguiente de suscrito el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos-Formato N° 02".
- 14.14 Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con Voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pico. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizará la inspección técnica respectiva.
- 14.15 A fin de que los postores formulen una adecuada propuesta técnica – económica, de creer conveniente; podrán realizar una visita técnica previa coordinación a las instalaciones del Establecimiento de Salud con la finalidad de evaluar la planta física de los ambientes y verificar las condiciones para la instalación del (los) equipo (s) en el/los ambiente (s) designado (s) por la Entidad; además tener en cuenta lo indicado en el Anexo N° 13 "DEFINICION DEL EQUIPAMIENTO SEGÚN SU CONDICIONES TECNICAS" y los detalles específicos de la Ficha Técnica. Adicionalmente de requerir opinión técnica relevante de parte del área usuaria y/o técnica del Establecimiento de Salud, solicitarlo con documento oficial.

  
Ing. David Grández  
Especialista en Equipamiento  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

- 14.16 Previo a la firma del Acta de Conformidad, el proveedor deberá colocar en el equipo una placa metálica, donde irá grabado en bajo relieve y en lugar visible, lo siguiente:

LOGO DE LA ENTIDAD	Procedimiento de Selección N°	_____
	Contrato N°	_____
	Orden de compra N°	_____
	Nombre del equipo	_____
	Razón social del contratista	_____
	Teléfono	_____
	Dirección	_____
	Fecha de instalación (mes, año)	_____
Fecha de inicio de la garantía	_____	
	Tiempo de la garantía	_____

Dicha placa metálica no entorpecerá el reconocimiento de los datos o manejo del equipo. La placa deberá estar firmemente unida al cuerpo del equipo. Lo anterior será realizable en caso se permita en el equipo.

## 15. GARANTIA

La garantía comercial será por 3 años, se computará a partir de la entrega formal del equipo, para garantizar el funcionamiento y la operatividad del equipo, el proveedor deberá realizar mantenimientos periódicos, preventivos y correctivos, asumiendo el gasto total de las mismas.

- 15.1 **CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO:** El proveedor cumplirá el programa de mantenimiento preventivo propuesto en las fechas señaladas bajo responsabilidad; y de no existir, justificación sustentatoria y fehaciente de atraso, se exigirá y deberá ampliar el plazo de la garantía por lo meses de incumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo propuesto; toda vez que el periodo de Mantenimiento Preventivo está concordante con la garantía.

### PROCEDIMIENTO

Tipo de Mantenimiento	Características
Mantenimiento preventivo	<ul style="list-style-type: none"><li>Actividad en la que se interviene al equipo con la finalidad de conservar su buen funcionamiento y prevenir fallas.</li><li>Se realizará durante el periodo establecido para la garantía, el mismo que se contabilizará a partir del día siguiente de la firma del "Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos" - Formato N° 02.</li><li>Se realizará cada seis (6) meses durante el periodo de garantía ofertado y según programa de mantenimiento preventivo - Formato N° 12 - Las actividades se efectuarán según lo indicado en el manual de servicio técnico del fabricante del equipo.</li><li>Será efectuado en las instalaciones del Establecimiento de Salud en donde se encuentren ubicados.</li><li>Reemplazo de consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento, de acuerdo a las horas de funcionamiento y/o estipulado por el fabricante en el manual de servicio técnico.</li></ul>
Mantenimiento correctivo	<ul style="list-style-type: none"><li>Este mantenimiento que se realiza luego que ocurra una falla o avería en el equipo que por su naturaleza no pueden planificarse en el tiempo, puede implicar el cambio de algunas piezas del equipo en caso de ser necesario.</li><li>El Proveedor destaca a su personal a las instalaciones del Establecimiento de Salud donde se encuentra el equipo. Además, los insumos, repuestos, herramientas y gastos estarán cubierto por el Proveedor.</li></ul>

El mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo será registrado en la orden de trabajo de mantenimiento (OTM) - Formato N° 04 - Este documento es válido cuando cuenta con la firma del responsable del servicio usuario del equipo, del responsable del área de mantenimiento de equipos biomédicos del establecimiento de salud o quien haga sus veces y el responsable del mantenimiento del Proveedor.

### CONFORMIDAD

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) será emitido una vez por cada año de garantía y debe estar suscrito por los siguientes representantes:

- Un representante del área usuaria del Establecimiento de Salud;
- Un representante del área técnica del Establecimiento de Salud, y
- Un representante (técnico y/o comercial y/o legal) del Proveedor

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes

Dr. Daniel Ochoa  
Especialista en Equipamiento  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314



El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes.

#### 16. SOPORTE TÉCNICO

##### 16.1 FALLAS DE EQUIPO

Al ocurrir un evento, de requerimiento de atención al equipo, la Entidad Contratante y/o Establecimiento de Salud comunica al Proveedor quien deberá dar el soporte a distancia en forma inmediata, de no haber solución al incidente el Proveedor debe atender en forma presencial con su personal técnico calificado y con experiencia demostrable en reparación y mantenimiento, dentro del plazo establecido en el contrato. La atención se dará de las siguientes formas:

Tipo de Soporte	Características
A distancia	<ul style="list-style-type: none"><li>Se desarrolla por medio de los canales siguientes: teléfono y correo electrónico, para este fin el Proveedor proporcionará estos datos y es su obligación mantenerlo actualizado y vigente durante el periodo de garantía del equipo.</li><li>Para la suscripción del contrato, el Proveedor deberá proporcionar una dirección de correo electrónico, la sola revisión del correo electrónico por parte del Establecimiento de Salud o Entidad al Proveedor será considerado como una notificación válida.</li></ul>
Presencial	<ul style="list-style-type: none"><li>Con el personal designado por el Proveedor, se apersona al establecimiento de salud, según se establece en el contrato</li></ul>

##### 16.2 PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR

Los profesionales y técnicos que conformen el equipo de soporte del proveedor, deberán acreditar la experiencia necesaria para realizar el trabajo de soporte técnico.

###### Profesional encargado de la instalación y capacitación:

Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico (en relación a lo expuesto en el ítem 21 inciso B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL) con experiencia de cuatro (04) años o mayor en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos ofertados. Deberá ser colegiado y habilitado (demostrable con certificado de habilidad vigente).

La experiencia se contabilizará de la fecha de la colegiatura en adelante.

###### Profesional encargado del mantenimiento:

Técnico Electrónico o técnico electricista o técnico mecánico electricista. Técnico titulado o egresado de Instituto superior tecnológico de seis (06) semestres académicos o mayor (en relación a lo expuesto en el ítem 22 inciso B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL). También podrá participar como personal de mantenimiento el Bachiller en Ingeniería Electrónica o Ingeniería Mecánica o Ingeniería Mecatrónica o Ingeniería Eléctrica o Ingeniería Mecánica eléctrica o Ingeniería Industrial o Ingeniería Biomédica.

Con experiencia de cuatro (04) años o mayor en mantenimiento y/o reparación de equipos.

La experiencia se contabilizará, para el caso del profesional técnico a partir de la fecha de obtención del título en adelante y para el caso del bachiller en ingeniería a partir de la fecha del grado de bachiller en adelante.

Asimismo, el profesional colegiado en Ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos.

Los gastos que ocasione la participación de profesionales y técnicos especialistas, personal técnico de apoyo y otros recursos humanos que se amerite para cumplir con los productos esperados en los plazos propuestos, se encuentran bajo responsabilidad y son parte de la oferta técnica del proveedor.

**17. PLAZO DE RESPONSABILIDAD DE VICIOS OCULTOS:** La responsabilidad por vicios ocultos, tiene el mismo periodo de garantía comercial, en concordancia con lo establecido en el ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA del bien, contabilizado desde la de suscripción de la misma.

#### 18. FORMA DE PAGO:

##### 18.1 Pago N° 01: 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 realizara 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 y Prueba Operativa de los Equipos (formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

###### Documentos para el pago:

Dr. LINDA DÍAZ LINDO  
Especialista en Equipamiento  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

- Guía de remisión visada por el almacén del Hospital Regional Docente de Trujillo y almacén central del Gerencia Regional de Salud La Libertad, dando la conformidad del bien recepcionado.

- Comprobante de pago, debidamente descrito

Se debe presentar la Guía de remisión en el almacén central del Gerencia Regional La Libertad y el comprobante de pago a la Oficina de Abastecimiento de la GERESA, sito en calle Av. Mansiche 1130, Urb. Santa Inés, Trujillo; quienes solicitarán la emisión del informe con las ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS EQUIPOS y la conformidad final con Oficio por el JEFE DE LA OFICINA DE PLANIFICACION – GERENCIA REGIONAL DE SALUD de manera oficial.

**19. PLAZO PARA HACER EFETIVO LOS PAGOS:** 15 días calendario contados a partir de la suscripción de la conformidad técnica otorgada por el área usuaria especializada.

**20. SISTEMA DE CONTRATACION Y MODALIDAD DE EJECUCION:** El sistema de contratación de los bienes es: **suma alzada** y la modalidad de ejecución contractual, es según lo establecen los siguientes cuadros.

**CUADRO N° 02: MODALIDAD DE EJECUCIÓN DE EQUIPO MEDICO**

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	PLAZO DE ENTREGA
3	VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	3	LLAVE EN MANO
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO	1	
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO - NEONATAL	7	

**21. REQUISITOS DE CALIFICACION: (APLICADO EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN):**

**A) EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD:**

**a). Facturación:**

**Requisitos:**

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 3,000,000.00 (Tres millones mil con 00/100 soles), 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes:

- VENTILADOR DE TRANSPORTE, VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO, VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO-PEDIATRICO, VENTILADOR DE TRANSPORTE PEDIATRICO, VENTILADOR DE TRANSPORTE PEDIATRICO - NEONATAL, VENTILADOR MECANICO ADULTO, VENTILADOR VOLUMETRICO, EQUIPOS BIOMEDICOS DE UCI, EQUIPOS BIOMEDICOS DE EMERGENCIA.

**b). 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<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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 sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".*



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 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 del 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 una persona absorbida 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.

#### Importante

*En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

## B) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

### 1) PARA EQUIPOS MÉDICOS:

Requisitos:

PARA LA INSTALACION, PRUEBA OPERATIVA, PROTOCOLO DE PRUEBAS Y CAPACITACION PARA EQUIPOS MÉDICOS (En relación a lo expuesto en la Ficha Técnica del Equipo)

#### Personal Profesional

Profesión: Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 10 personas como mínimo, en el Hospital Belén de Trujillo – Trujillo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

Cuatro (04) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos médicos ofertados.

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante.

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas.

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.

La capacitación del profesional se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto

Requisitos:

RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

#### Personal Técnico

  
Dra. Diana Grández  
Especialista en Equipamiento  
Hospitalario  
CIP: 112314



Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

Cuatro (04) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de los equipamientos médicos. La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante.

También, el personal profesional colegiado de ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos médicos.

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas

**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.

La capacitación del profesional se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto

**22. INFORMACION COMPLEMENTARIA  
DE LA SELECCIÓN**

**Documentos de presentación obligatoria**

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características técnicas del bien de acuerdo a la ficha técnica.

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

**22.1 SUSTENTO Y ACREDITACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EN PROPUESTAS:**

**Documentos de presentación obligatoria**

22.1.1 Se deberá consignar la marca, modelo, año de fabricación y procedencia de los bienes ofertados en el Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de cumplimiento de las características técnicas (según modelo adjunto – Formato N° 01).

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características técnicas del bien.

**A) EQUIPOS MEDICOS**

- Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante de los equipos médicos y electromecánicos, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará hasta una carta del fabricante para sustentar hasta tres (3) característica, dicha carta con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la oferta; para sustentar una característica técnica del mismo (debidamente acreditada por el fabricante y la información sea verdadera y verificable bajo responsabilidad del postor). Respecto al sustento gráfico (planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas.

Para acreditar el cumplimiento de las características técnicas de los componentes, accesorios u otros detallados en la ficha técnica, éstas serán con documentos folletos, catálogos u otro documento de similitud que demuestre el cumplimiento de lo solicitado en la marca y modelo propuesto por el postor.

Las características técnicas que no podrán acreditarse con los documentos adicionales mencionados, son:

- Accesorios,
- Garantía, Mantenimiento, y rotulado,
- Capacitación Certificados y Manuales,
- Requerimiento de energía.

- Se presentará carta emitido por el fabricante autorizando a su representante o distribuidor a emitir la declaración jurada de disponibilidad de repuestos, accesorios, componentes y servicio técnico por tiempo no menor a cinco años.

22.1.2 Certificado de seguridad eléctrica: UL, AAMI, NFPA, IEC, EN, CSA o NTP IEC 606011:2010 Equipos Médicos Eléctricos.

Cualquiera de los certificados emitido por Institución competente.

  
Ing. David Grández  
ESPECIALISTA EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pisco. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizará la inspección técnica respectiva.

- 22.1.3 Copia del certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems- Requirements for regulatory purposes; o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para propósitos regulatorios. 2ª Edición, o equivalente.

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.

- 22.1.4 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 u otros, que describa el producto ofertado.

Los datos expresados en la oferta presentan deben coincidir en los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado.

Cuando se trata de productos importados, se deben presentar el Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario que permita la comercialización en territorio nacional. (Conforme Oficio N°1494-2011-DIGEMID – DG-DAS/ATAG/MINSA) del 24/05/2011.

En la entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción verificará la vigencia, a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.

  
MBA. Diana Luna Grández  
SPECIALISTA EN EQUIPAMIENTO  
HOSPITALARIO  
CIP: 112314

(ANEXO N° 10)

(APLICADO EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN)  
**DECLARACIÓN JURADA DE MATERIALES Y EQUIPOS QUE NO ESTÁN SUJETO A REGISTRO  
SANITARIO**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
Presente. -

De nuestra consideración,

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 el (CONSIGNAR EL BIEN OFERTADO) incluido dentro del ITEM N° ..... no requiere de registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, sometiéndome a la descalificación de comprobarse lo contrario.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

(ANEXO N° 11)

**DECLARACIÓN JURADA DE LA GARANTÍA DE LOS BIENES**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe, ..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC 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 detalla siguiente:

N° Ítem	Descripción del Ítem	Garantía según EETT (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía Total ofertada (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 representada, salvo que las falas 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 imputables a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causa 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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o**  
**Representante legal o común, según corresponda**



(ANEXO N° 12)

**FORMATO DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIO POST-VENTA**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe, ..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC N° ....., DECLARO BAJO JURAMENTO que mi representada se compromete a lo siguiente:

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

- Servicio de mantenimiento postventa una vez vencida la garantía comercial y técnica; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante.
- Garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales en la postventa; por el periodo de vida útil recomendada por el fabricante, el cual es de ..... (SEÑALAR TIEMPO DE VIDA ÚTIL DEL PRODUCTO OFRECIDO).

Todo ello conforme a las recomendaciones del fabricante.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

(ANEXO N° 13)

DEFINICION DEL EQUIPAMIENTO SEGÚN SU CONDICIONES TECNICAS  
CUADRO N° 04: DEFINICIÓN DE CONDICIONES DEL EQUIPO MÉDICO

ITEM	DESCRIPCIÓN EQUIPO MEDICO	CANT. TOTAL	CATALOGACIÓN DE SU COMPLEJIDAD
3	VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	3	ALTA COMPLEJIDAD
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO	1	ALTA COMPLEJIDAD
	VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO - NEONATAL	7	ALTA COMPLEJIDAD

(ANEXO N° 14)

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y AMPLIACION DE GARANTIA POR INCUMPLIMIENTO**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**

**Presente.** -

De nuestra consideración,

El que suscribe ..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ..... con RUC N° ....., DECLARO BAJO JURAMENTO que mi representada se compromete a lo siguiente:

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

- Cumplir el programa de mantenimiento preventivo en el periodo concordante con la garantía y el manual de servicio técnico del equipo (incluyendo consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del programa de Mantenimiento).
- La presente ampliación de garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de no cumplir con la programación de Mantenimiento preventivo a los equipos médicos, por causa atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo sin mantenimiento preventivo el equipo ofertado.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda**





FORMATO N° 02

**ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE EQUIPOS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

Siendo las ..... horas del día....., el Proveedor .....  
hizo efectivo el acto de entrega en el Servicio de ..... del ..... el equipo que  
a continuación se detalla:

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Orden de Compra:

Dicho acto contó con la presencia del Comité de Recepción de Equipos: Usuario Final, jefe o Representante del Área de Almacén, jefe o Representante del área de Mantenimiento de Equipos. En la recepción del citado equipo se pudo constatar:

1. Cumplimiento de especificaciones técnicas según el detalle de las especificaciones técnicas presentadas en la propuesta del proveedor, así como las condiciones señaladas en la orden de compra y en las Bases.
2. Integridad física y estado de conservación óptimo del equipo médico y sus componentes periféricos.
3. Las placas de fábrica del bien o equipo entregado, consignará el año de fabricación, condición del equipo nuevo y el año de fabricación de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la propuesta
4. Entrega de Ficha de especificaciones técnicas con el cumplimiento de las mismas, firmado por Representante Legal de la Empresa.
5. Entrega de la Ficha Técnica de equipamiento.
6. Instalación y Prueba operativa del equipo médico, teniendo en consideración el protocolo de pruebas, resultado del protocolo de pruebas y condiciones de pre instalación (de ser el caso).
7. Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación
8. Acta de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación del Equipo
9. Acta de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento
10. Entrega de un Certificado de Garantía de ..... meses (que rige a partir de hoy) por el por el bien o equipo.
11. Los bienes adquiridos tienen grabados en bajo relieve (o colocada una placa de metal, de preferencia remachada) el logotipo de la Entidad, el nombre del equipo, la razón social y el teléfono del Proveedor y fecha de instalación y garantía (mes y Año), de acuerdo a lo indicado en el numeral 13.15
12. Entrega en original de dos (02) Juegos de Manual (Operación y Servicio Técnico) por el bien o equipo (medio físico y archivo digital: USB), según lo indicado en el numeral 13.6
13. Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y su correspondiente Procedimientos de Mantenimiento Preventivo en concordancia con el Manual de Servicio Técnico.
14. Entrega del Formato de Declaración Jurada de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo, bajo compromiso de ampliar la garantía del equipo en los meses de no cumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo propuesto.
15. Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados
16. Entrega de documento Compromiso De Suministro De Insumos, Repuestos Y Accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa
17. Entrega de Video de Operación y Mantenimiento
18. Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID.

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

Firman dando fe de lo anterior.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	
A02	
A03	
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS/COMPONENTES</b>
B01	
B02	
B03	
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGÍA</b>
C01	
C02	
C03	
<b>D</b>	<b>GARANTIA Y MANTENIMIENTO:</b>
D01	
D02	
D03	
<b>E</b>	<b>CAPACITACIÓN, MANUALES Y OTROS:</b>
E01	
E02	
E03	

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FICHA TÉCNICA**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	O/C	Nº DE SERIE

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	REFERENCIA

ACCESORIOS// CONSUMIBLES DEL EQUIPO	CANT.	MARCA	CODIGO DE PARTE	OBSERVACIONES

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

(Presentar con 10 días de anticipación a la entrega del equipo, en referencia lo estipulado en el manual técnico del equipo y de las recomendaciones del fabricante)

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

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
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**

Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL



**RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

Nº	Descripción de la prueba	Procedimientos para realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (*)	Tiempo estimado de realización	Cumple (SI/NO)	Resultado – Valor esperado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

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

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

N°	DESCRIPCION ACTIVIDAD (Año 1, 2 y 3)	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (MESES)											
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
1			X		X		X		X		X		X
2			X		X		X		X		X		X
3			X		X		X		X		X		X
4			X		X		X		X		X		X
5			X		X		X		X		X		X
6			X		X		X		X		X		X
7			X		X		X		X		X		X
8			X		X		X		X		X		X
9			X		X		X		X		X		X
10			X		X		X		X		X		X
11			X		X		X		X		X		X
12			X		X		X		X		X		X
13			X		X		X		X		X		X
14			X		X		X		X		X		X
15			X		X		X		X		X		X
16			X		X		X		X		X		X
17			X		X		X		X		X		X

**Nota:**

El Mantenimiento Preventivo que se le realice al equipo, deberá ser consignado en la Ficha "Orden de Trabajo de Mantenimiento" que será proporcionada por la entidad.

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

**"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"**

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

N o	Descripción Actividad	Procedimientos para Realizar cada actividad	Insumos y Repuestos	Herramientas Instrumentos	Ejecutore s (Ing. /Tec.)	Horas Hombre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

(\*) Insumos: materiales utilizados para la ejecución del mantenimiento preventivo: limpiador de contactos eléctricos alcohol, lubricante teflón, soldadura, etc.

(\*\*) Repuesto: Provisión, conjunto de cosas guardadas para usarlas como recambio de consumibles de operación, piezas, accesorios, partes y componentes de un equipo.

Nota: Se realizará con el Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR).

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**ACTA DE CAPACITACION BÁSICA EN EL CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO**

**"PROCESO DE LICITACIÓN (consignar nombre del proceso u orden de compra)"**

Siendo las ..... horas del día ..... del mes de ..... del año .....; reunidos en el ambiente ..... del EESS ..... del distrito de ..... provincia de ..... región La Libertad. Se lleva a cabo la capacitación al personal de mantenimiento del siguiente bien:

Nombre del bien:  
Marca:  
Modelo:  
Serie:  
Proceso de adquisición:  
N° de Contrato:  
Razón social del proveedor:  
Domicilio legal:  
RUC:  
N° Teléfono o Móvil:

La **CAPACITACIÓN** brindada a favor de la entidad orientada al personal de asistencial, corresponde al manejo, operación, cuidado y conservación básica del equipo. El personal participante al finalizar la capacitación recibió un "Certificado de Capacitación" por parte del proveedor (**Dicho certificado, así como la impartición de capacitación solo se otorgará en caso se encuentre consignada en las especificaciones técnicas de bien en cuestión**).

N°	Temática	SI / NO
<b>Orientada a Personal Asistencial (A)</b>		
1.	Presentación del Equipo, accesorios/componentes	
2.	Presentación y explicación de los principios de funcionamiento del bien	
3.	Uso y manejo de las funciones del bien	
4.	Cuidados básicos del equipo a cargo del usuario	
5.	Medidas de seguridad en el uso de los equipos	
6.	Práctica dirigida del manejo del bien	
7.	Comprobación de los aprendizajes impartidos	
8.	Otros contenidos que considere el proveedor	

Representante (s) Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR):

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				



Siendo las ..... horas del día ..... del mes de ..... del año .....; en conformidad suscriben las partes.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**ACTA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO**

"PROCESO DE LICITACIÓN (consignar nombre del proceso u orden de compra)"

Siendo las ....., horas del día ..... del mes de ..... del año .....; reunidos en el ambiente ..... del EESS ..... del distrito de ....., provincia de ....., región La Libertad. Se lleva a cabo la capacitación al personal de mantenimiento del siguiente bien:

Nombre del bien:  
Marca:  
Modelo:  
Serie:  
Proceso de adquisición:  
N° de Contrato:  
Razón social del proveedor:  
Domicilio legal:  
RUC:  
N° Teléfono o Móvil:

La **CAPACITACIÓN** brindada a favor de la entidad orientada al personal de asistencial, corresponde al manejo, operación, cuidado y conservación básica del equipo. El personal participante al finalizar la capacitación recibió un "Certificado de Capacitación" por parte del proveedor (**Dicho certificado, así como la impartición de capacitación solo se otorgará en caso se encuentre consignada en las especificaciones técnicas de bien en cuestión**).

N°	Temática	SI / NO
<b>Orientada a Personal de Mantenimiento</b>		
1.	Presentación del Equipo, accesorios/componentes	
2.	Presentación y explicación de los principios de funcionamiento del bien	
3.	Uso y manejo de las funciones del bien	
4.	Desarmado del equipo en sus componentes	
5.	Explicaciones técnicas de funcionamiento de tarjetas electrónicas	
6.	Detección de Fallas eléctricas y Electrónicas	
7.	Detalle del Mantenimiento Preventivo del equipo	
8.	Otros contenidos que considere el proveedor	
9.	Armado del Equipo	
10.	Prueba Operativa del Equipo	

Representante (s) Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación (PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR):

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

Siendo las .....horas del día ....., del mes de ..... del año .....; en conformidad suscriben las partes.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Usuario Final  
Servicio, Unidad o Departamento

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
responsable SSGG/Área Técnica  
EESS/Red de Salud

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora (acuerdo al ítem 16.2.1)

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Legal  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Profesional  
UEI – Planificación – GERESA/LL

**FORMATO N° 03**

**ACTA DE CONFORMIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

Siendo las ....., horas del día ..... la empresa ....., hizo efectivo el acto de conformidad del mantenimiento preventivo en el ....., Del Servicio/Unidad o Departamento de ....., del equipo que a continuación se detalla:

Descripción	Marca	Modelo	No. Serie

No. Orden de Compra:

No. Contrato

Dicho acto contó con la presencia del ..... y representante de la Empresa Proveedora, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de Condiciones para el Mantenimiento Preventivo, según el detalle de los Formatos del Programa de Mantenimiento Preventivo, así como las condiciones señaladas en los documentos contractuales.

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 Área Especialista  
Empresa Proveedora

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
jefe de Servicio y/o director  
del EESS.

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Técnica  
del EESS.



**FORMATO N° 04**

### ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO (OTM) (APLICADO EN LA POST VENTA)

(Llenado por la oficina de mantenimiento)

DEPENDENCIA DE SALUD		N°	DIA	MES	AÑO
(Para ser llenado por la dependencia solicitante)					
AREA USUARIA			UBICACIÓN FÍSICA		
DENOMINACIÓN DEL EQUIPO O SERVICIO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL	
PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACION					
FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE		FECHA SOLICITUD SERV.		FIRMA Y SELLO DE RECEPCION	
		DIA	MES	AÑO	FECHA DE RECEP.
					DIA
					MES
					AÑO
(Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento)					
DIAGNOSTICO TÉCNICO			PRIORIDAD		
			MUY URGENTE		
			URGENTE		
			PROGRAMADA		
JEFE / ENCARGADO DE MANTENIMIENTO			FECHA		
MODALIDAD DE ATENCION			PERSONAL PROPIO		
			TERCEROS A TODO COSTO		
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO DE MANTENIMIENTO:					
FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO		GRANTIA DEL SERVICIO	
RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO					



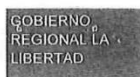
## **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**EQUIPO MEDICO**



**DOCUMENTOS GESTION**

**VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO  
PEDIATRICO NEONATAL**



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE EQUIPO VENTILADOR MECANICO DE TRANSPORTE ADULTO PEDIÁTRICO NEONATAL	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACION Estandarizada de Equipamiento en Salud	VENTILADOR MECÁNICO DE TRANSPORTE.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO BIOMEDICO UTILIZADO PARA EL SOPORTE VENTILATORIO DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATAL DURANTE SU TRASLADO INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO (TERRESTRE Y AEREO).
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICIÓN DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 PARA SER UTILIZADO EN TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA) Y AEREO AVIÓN/HELICÓPTERO).
	A02 PORTÁTIL NO RODABLE CON SISTEMA DE ANCLAJE ORIGINAL DE FÁBRICA.
	A03 CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.
	A04 PESO TOTAL DEL EQUIPO (INCLUIDA LAS BATERÍAS) NO MAYOR A 7 Kg.
	A05 EL AJUSTE Y SELECCIÓN DE PARÁMETROS SOLICITADOS MEDIANTE PERILLAS Y/O PANTALLA TÁCTIL.
	A06 CON VÁLVULA PEEP INTEGRADA EN EL EQUIPO.
	A07 CON COMPENSACIÓN BAROMÉTRICA MEDIANTE CALIBRACIÓN MANUAL (UNA SOLA VEZ EN EL LUGAR DE DESTINO O AUTOMÁTICA EN EL EQUIPO).
	A08 SISTEMA DE AIRE MEDICINAL INTEGRADO AL EQUIPO.
	A09 PARA SER UTILIZADO CON LA INTERFAZ NO INVASIVA O TUBO ENDOTRAQUEAL.
	A10 CON CAPNOGRAFÍA (CO <sub>2</sub> ).
B. MODOS DE VENTILACIÓN	B01 CONTROLADO POR PRESIÓN Y VOLUMEN.
	B02 ASISTIDO CONTROLADO O CMV O IPPV/SIPPV.
	B03 PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS AÉREAS (CPAP).
	B04 VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV).
	B05 PRESIÓN DE SOPORTE (PS O PSV O ASB).
C. CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA	C01 VOLUMEN TIDAL DESDE 2 mL O MENOS HASTA 1500 mL O MÁS.
	C02 DE FRECUENCIA DE RESPIRATORIA HASTA 150 RESP/MIN COMO MÍNIMO.
	C03 PRESIÓN INSPIRATORIA PICO DE 1 A 60 cmH <sub>2</sub> O O MÁS.
	C04 PRESIÓN SOPORTE (PS) DE 5 cmH <sub>2</sub> O O MENOS HASTA 60 cmH <sub>2</sub> O O RANGO MAS AMPLIO.
	C05 TIEMPO INSPIRATORIO DE 0.1 O MENOS A 5 SEG O MAS.
	C06 PEEP HASTA 30 cmH <sub>2</sub> O O RANGO MAS AMPLIO.
	C07 FIO <sub>2</sub> : 0.21 A 1.00. (21% AL 100%).
	C08 SENSIBILIDAD DE DISPARO POR FLUJO Y PRESIÓN.
D. MONITOREO DE PARÁMETROS DEL PACIENTE	D01 DE FRECUENCIA TOTAL RESPIRATORIA.
	D02 DE PRESIÓN PICO INSPIRATORIO.
	D03 DE PRESIÓN MEDIA DE VÍAS AÉREAS.
	D04 DE FIO <sub>2</sub> .
	D05 DE VOLUMEN TIDAL ESPIRADO.
	D06 DE VOLUMEN MINUTO ESPONTANEO.
	D07 DE PEEP.
	D08 FLUJO ESPIRATORIO NUMÉRICO O GRÁFICO.
	D09 RELACIÓN I:E.
	D10 PORCENTAJE DE FUGAS.
	D11 SPO <sub>2</sub> Y FRECUENCIA CARDICA.
	D12 CO <sub>2</sub> .
E. ALARMAS AUDIOVISUALES	E01 AUDIBLES Y VISUALES PRIORIZADAS, CON CONTROL AJUSTABLE DE VOLUMEN DE ALARMA Y SILENCIADOR DE ALARMA.
	E02 DE ALTA Y BAJA PRESIÓN DE VÍAS AÉREAS.
	E03 DE BAJO PEEP O DESCONEXIÓN.
	E04 DE TIEMPO DE APNEA DE 6 SEG Ó MENOS, A 20 SEG Ó MÁS.
	E05 DE VOLUMEN MINUTO ALTO Y BAJO.
	E06 DE CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO (FIO <sub>2</sub> ) ALTO Y BAJO (AUTOMÁTICO)
	E07 DE FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Dra. Flor Alva del Pilar Montes Figueroa  
CMF - 0283 - 1185 - 2564 - 23703  
Unidad de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

F. COMPONENTES	E08	DE PEEP (PÉRDIDA DE PEEP Y/O ALTO PEEP).
	E09	DE FALLA DE SUMINISTRO DE GASES (OXÍGENO Y AIRE).
	E10	DE DCO <sub>2</sub> O CO <sub>2</sub> ALTO Y BAJO.
	E11	DE FALLA ELÉCTRICA (RED Y BATERÍA BAJA).
		<b>CALEFACTOR/HUMIDIFICADOR</b>
	F01	SERVOCONTROLADO.
	F02	PARA USO INVASIVO Y NO INVASIVO.
	F03	CONTROL DE TEMPERATURA AUTOMÁTICA EN TRES NIVELES.
	F04	VISUALIZACIÓN DE TEMPERATURA DE VÍAS AÉREAS.
	F05	SILENCIADOR DE ALARMA.
	F06	ALARMAS DE HUMEDAD Y/O TEMPERATURA ALTA Y BAJA.
	F07	AUTORREGULACIÓN DE NIVEL DE AGUA EN LA CÁMARA DE HUMEDAD.
	F08	QUE TRABAJE CON CIRCUITOS DESECHABLES CON CABLE CALEFACTOR EN AMBAS RAMAS.
	F09	SISTEMA QUE MINIMICE LA CONDENSACIÓN CON SENSOR DE TEMPERATURA INTEGRADO EN EL CIRCUITO.
G. ACCESORIOS	G01	DIEZ (10) JUEGOS DE CIRCUITO DE VENTILACIÓN PARA PACIENTE NEONATAL DESECHABLES CON CABLE CALEFACTOR EN AMBAS RAMAS, CÁMARAS DE HUMIDIFICACIÓN DESECHABLES CON SISTEMA DE AUTOLLENADO Y DOBLE FLOTADOR.
	G02	DIEZ (10) JUEGOS DE CIRCUITO DE VENTILACIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO DESECHABLES.
	G03	DIEZ (10) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA CON INTERFAZ (CIRCUITO, GENERADOR DE PEEP, CÁMARA DE HUMIDIFICACIÓN, GORRO, PRONG 9, 10.5 Y 12) DESECHABLES PARA CPAP.
	G04	DIEZ (10) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA CON INTERFAZ (CIRCUITO, GENERADOR DE PEEP, CÁMARA DE HUMIDIFICACIÓN, GORRO, PRONG 10 Y 12) DESECHABLES PARA CPAP.
	G05	DIEZ (10) CIRCUITO CON SUS CÁNULAS NEONATALES PARA TERAPIA DE OXÍGENO DE ALTO FLUJO.
	G06	DIEZ (10) CIRCUITO CON SUS CÁNULAS PEDIÁTRICOS PARA TERAPIA DE OXÍGENO DE ALTO FLUJO.
	G07	DOS (02) PULMONES DE PRUEBA NEONATAL (TIPO ACORDEÓN).
	G08	DOS (02) PULMONES DE PRUEBA PEDIÁTRICOS (500 mL).
	G09	MANGUERA DE OXÍGENO.
	G10	CINCO (05) SENSORES DE FLUJO REUSABLE CON UN (01) CABLE DE CONEXIÓN AL EQUIPO.
	G11	UN (01) CILINDRO DE OXÍGENO TIPO E CON SU RESPECTIVO REGULADOR DE PRESIÓN.
	G12	UN (01) SENSOR DE CAPNOGRAFÍA CON CABLE.
	G13	DIEZ (10) ADAPTADORES PARA SENSOR DE CAPNOGRAFÍA NEONATAL.
	G14	DIEZ (10) ADAPTADORES PARA SENSOR DE CAPNOGRAFÍA PEDIÁTRICO.
H. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO		<b>GARANTÍA</b>
	H01	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
		<b>MANTENIMIENTO</b>
	H02	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE.
	H03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.

REGIÓN LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Dra. Eugenia de Villavicencio Piqueroa  
C.M.P. N° 385 - RNE 22563 - 23703  
Jefe del Departamento de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo






Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

I. CAPACITACIONES, CERTIFICADO Y MANUALES	H05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
	H06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
		ROTULADO
		EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRAVADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:
	H07	 <div> <p>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN: N° .....</p> <p>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR: XXXXXX</p> <p>TELÉFONO: XXXXXX</p> <p>DIRECCIÓN: XXXXXX</p> <p>FECHA DE INSTALACIÓN: (mes y año)</p> <p>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA: (mes y año)</p> <p>PERIODO DE GARANTÍA: XXXXXX</p> </div>
		CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)
		PARA LA CAPACITACIÓN TÉCNICA:
	101	<p>a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.</p> <p>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA:</p> <p>b) PROFESIONAL EN MEDICINA Y/O TECNOLOGÍA MÉDICA, SEGÚN LA ESPECIALIDAD QUE HAYA SIDO CAPACITADO EN FÁBRICA Y/O POR EL FABRICANTE EN LA MARCA EN EL MANEJO DEL EQUIPO OFERTADO, SEGÚN LA ESPECIALIDAD.</p>
		CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL
	102	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
	103	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 8 EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	104	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL AREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
		CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO
	105	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADEMÁS SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.
	106	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 8 HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
	107	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, UN (01) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.
		CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
	108	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTILUNA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Dra. Fiorella del Pilar Flores Figueroa  
CMR 40395 - RNE/22563 - 23703  
Jefe del Depto. de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

J. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	109	<b>MANUALES</b>
		02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERA TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
		02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
		02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
	110	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
		J01 DISEÑO EN FABRICA PARA SER CONECTADO DIRECTAMENTE AL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ., MONOFÁSICO.
		J02 BATERÍA (S) INTERNA RECARGABLE(S) CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 3 HORAS O MÁS DE FUNCIONAMIENTO CONTINUO QUE GARANTICE LA PROGRAMACIÓN Y EL MONITOREO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA COMO MÍNIMO (NO UPS EXTERNO),
		J03 CABLE DE ALIMENTACIÓN CON CONECTOR A TIERRA DE GRADO MEDICO
	J04	UN (01) ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SOLIDO CON LINEA A TIERRA, VARIACIÓN DEL VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/- 3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% O MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO (SI EL RANGO DEL VOLTAJE DE ALIMENTACIÓN ACEPTADO POR EL EQUIPO OFERTADO ES DE 100 A 240 VAC O MÁS AMPLIO NO SERÁ NECESARIO LA INCLUSION DE ESTE ACCESORIO).

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Dra. Florinda del Pilar Flores Figueroa  
CMP 49395 - RNE 22563 - 23703  
Jefe del Depto. de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

**VENTILADOR MECANICO ADULTO –  
PEDIATRICO**





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

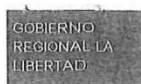
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE EQUIPO VENTILADOR MECANICO ADULTO PEDIÁTRICO	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACION Estandarizada de Equipamiento en Salud	VENTILADOR MECÁNICO ADULTO PEDIÁTRICO.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO BIOMÉDICO USADO PARA BRINDAR ASISTENCIA MECÁNICA EN LA VENTILACIÓN PULMONAR ESPONTÁNEA CUANDO ESTA ES INEXISTENTE O INEFICAZ PARA LA VIDA DEL PACIENTE GINECOLÓGICO.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICIÓN DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 RODABLE DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO CON FRENO EN AL MENOS 02 (DOS) RUEDAS.
	A02 CONTROLADO POR MICROPROCESADOR(ES).
	A03 VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN Y POR PRESIÓN.
	A04 VÁLVULA ESPIRATORIA INTEGRADA AL EQUIPO Y DESMONTABLE PARA ESTERILIZAR.
	A05 MONITOR (PANTALLA) 15" COMO MÍNIMO A COLOR TFT-LCD TOUCH SCREEN, DE AL MENOS TRES (03) ONDAS GRÁFICAS EN FORMA SIMULTÁNEA, INTEGRADO EN EL PANEL DE CONTROL DE PARAMETROS, ALARMAS Y MONITORIZACION.
	A06 CON COMPENSACIÓN BAROMÉTRICA, MEDIANTE CALIBRACIÓN MANUAL (UNA SOLA VEZ EN EL LUGAR DE DESTINO) O AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
	A07 SISTEMA DE SUMINISTRO DE AIRE MEDICINAL MEDIANTE TURBINA O COMPRESOR INTEGRADO EN LA MISMA ESTRUCTURA.
	A08 SOFTWARE PARA REALIZAR MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO PULMONAR: P/V TOOL O LR TOOL O OPEN LUNG TOOL O RA/RM.
	A09 COMPENSACIÓN DE LA RESISTENCIA DEL TUBO ENDOTRAQUEAL O COMPENSACIÓN DE CIRCUITO.
	A11 PARA LA MEDICIÓN DEL FLUJO: SENSOR DE FLUJO PROXIMAL Y/O DISTAL REUSABLE.
	A12 NEBULIZACIÓN SINCRONIZADA CON COMPENSACIÓN DE VOLUMEN O CONTÍNUA.
	A13 DE TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS O 1000 EVENTOS COMO MÍNIMO.
	A14 VISUALIZACIÓN DE LAZOS O BUCLES P/V, F/V Y/O P/F.
	A15 PUERTOS DE COMUNICACIÓN HABILITADOS: ETHERNET (CONEXIÓN EN RED) Y USB (EXTRACCIÓN DE DATOS Y ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE) COMO MÍNIMO.
B. MODOS DE VENTILACIÓN	B01 VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN (PCV O A/CMV-PC) ASISTIDO / CONTROLADO.
	B02 VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN (VCV O A/CMV-VC) ASISTIDO / CONTROLADO.
	B03 VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA VC-SIMV Y PC-SIMV.
	B04 VENTILACIÓN CON PRESIÓN SOPORTE.
	B05 VENTILACIÓN CON LIBERACIÓN DE PRESIÓN DE VIA AÉREA APRV.
	B06 VENTILACIÓN ADAPTATIVA: AUTOMODE O ASV-INTELLIVENT O AVM O SMARTCARE O MANIOBRA P/V DE FLUJO BAJO.
	B07 VOLUMEN CONTROLADO CON REGULACIÓN DE LA PRESIÓN O VOLUMEN ASEGURADO.
	B08 VENTILACIÓN NO INVASIVA (NIV) CON COMPENSACIÓN DE FUGAS MAYOR O IGUAL A 65 LPM.
	B09 TERAPIA DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO HASTA 60 LPM O RANGO MAS AMPLIO.
C. CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA	C01 DE FIO <sub>2</sub> : 0.21 A 1.00.
	C02 DE VOLUMEN TIDAL (VT) DE 100 mL O MENOS A 2000 mL O MÁS.
	C03 DE PRESIÓN INSPIRATORIA HASTA 80 cmH <sub>2</sub> O.
	C04 DE TIEMPO INSPIRATORIO 0.2 A 5.0 SEG.
	C05 DE FRECUENCIA RESPIRATORIA HASTA 100 RESP. /MIN O MAS.
	C06 DE SENSIBILIDAD DE DISPARO POR FLUJO DE 0.1 LPM O MENOS A 2 LPM O MAS.
	C07 DE SENSIBILIDAD DE DISPARO POR PRESIÓN DE 1 cmH <sub>2</sub> O O MENOS A 15 cmH <sub>2</sub> O O MÁS.
	C08 DE PEEP DE 1 HASTA 50 cmH <sub>2</sub> O.
	C09 DE FLUJO INSPIRATORIO PROGRAMADO O A DEMANDA DE 1 A 120 LPM O PATRÓN DE FLUJO INSPIRATORIO.

"Justicia Social con Inversión"

REGIONAL DE SALUD  
Gerencia Regional de Salud

Ing. Tania Llavola Diaz

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

D. MONITOREO DE PARÁMETROS DEL PACIENTE	D01	DE VOLUMEN TIDAL INSPIRADO Y EXPIRADO.
	D02	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA Y ESPONTÁNEAS.
	D03	DE PRESIÓN PICO INSPIRATORIO.
	D04	DE PRESIÓN MEDIA DE VIAS AEREAS.
	D05	DE PORCENTAJE DE FUGA.
	D06	DE COMPLIANCIA ESTÁTICA Y DINÁMICA.
	D07	DE PRESIÓN DE VIAS AEREAS EN BARRAS Y/O GRÁFICAS.
	D08	DE FIO <sub>2</sub> .
	D09	DE PRESIÓN PLATEAU O MESETA.
	D10	DE RESISTENCIA INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA.
	D11	DE VOLUMEN MINUTO INSPIRATORIA Y ESPONTÁNEO.
	D12	DE PRESIÓN DE OCLUSIÓN (P0.1 O P100).
	D13	DE PEEP Y AUTOPEEP.
	D14	DE TRABAJO RESPIRATORIO
	D15	DE ÍNDICE DE RESPIRACIÓN POCO PROFUNDA (SBI O RSBI).
	D16	DE RELACION I:E.
E. ALARMAS AUDIOVISUALES	E01	DE VOLUMEN CORRIENTE DEMASIADO ALTO.
	E02	DE ALTA Y/O BAJA PRESIÓN O DESCONEXIÓN.
	E03	DE APNEA.
	E04	DE PEEP ALTO Y/O BAJO.
	E05	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA Y/O BAJA.
	E06	DE VOLUMEN MINUTO ESPIRADO ALTO Y BAJO.
	E07	DE CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO BAJA.
	E08	DE FALLA DE SUMINISTRO DE OXÍGENO Y/O AIRE.
	E09	DE FALLA ELÉCTRICA (RED Y/O BATERÍA BAJA) O VENTILADOR INOPERANTE.
F. ACCESORIOS	F01	03 (TRES) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE ADULTO/PEDIÁTRICO REUSABLE.
	F02	20 (VEINTE) CIRCUITOS COMPLETOS ADULTO/PEDIPATRICO DESCARTABLES DE DOBLE RAMA.
	F03	05 (CINCO) SENSORES DE FLUJO REUSABLES ADULTO/PEDIATRICO (SI LA TECNOLOGÍA ES HILO CALIENTE O PRESIÓN DIFERENCIAL) O 02 (DOS) SENSORES DE FLUJO (SI LA TECNOLOGÍA ES ULTRASÓNICA).
	F04	01 (UN) PULMÓN DE PRUEBA ADULTO/PEDIATRICO.
	F05	01 (UNA) MANGUERA DE OXÍGENO.
	F06	20 (VEINTE) KITS DE NEBULIZACIÓN DESCARTABLES O UN (01) KIT REUSABLE COMPLETO.
	F07	5 (DIEZ) CÁNULAS DE ALTO FLUJO DE DOS TAMAÑOS DIFERENTES: 03 (TRES) ADULTO Y 02 (DOS) PEDIÁTRICOS.
	F08	01 (UN) BRAZO SOPORTE DE CIRCUITO PACIENTE.
G. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO		GARANTÍA
	G01	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBLES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
		MANTENIMIENTO
	G02	PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE.
	G03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.

"Justicia Social con Inversión"

REGIÓN "LA LIBERTAD"  
Gerencia Regional de Salud

Mc. Jorge Aldaz...

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo






Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

G05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
	G06 LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
ROTULADO	
G07	EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRAVADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:
	<div>  <p><b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN:</b> N° .....</p> <p><b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:</b> XXXXXX</p> <p><b>TELÉFONO:</b> XXXXXX</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> XXXXXX</p> <p><b>FECHA DE INSTALACIÓN:</b> (mes y año)</p> <p><b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA:</b> (mes y año)</p> <p><b>PERIODO DE GARANTÍA:</b> XXXXXX</p> </div>
CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)	
H01	PARA LA CAPACITACIÓN TÉCNICA:
	a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.
H01	PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA:
	b) PROFESIONAL EN MEDICINA Y/O TECNOLOGÍA MÉDICA, SEGÚN LA ESPECIALIDAD QUE HAYA SIDO CAPACITADO EN FÁBRICA Y/O POR EL FABRICANTE EN LA MARCA EN EL MANEJO DEL EQUIPO OFERTADO, SEGÚN LA ESPECIALIDAD.
CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL	
H02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
H03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 8 EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
H04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL ÁREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO	
H05	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADEMÁS SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.
H06	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 8 HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
H07	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, UN (01) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.
CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN	
H08	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTULINA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.

E. CAPACITACIONES,  
CERTIFICADO Y MANUALES

"Justicia Social con Inversión"

REGIÓN "LA LIBERTAD"  
Gerencia Regional de Salud

Mc. Jorge Alejandro Balleza D.

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO



Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

I. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA		<b>MANUALES</b>
	H09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERA TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
	H10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
	H11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
	H12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
	I01	MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz. Y TOMA ELÉCTRICA TIPO B (GRADO HOSPITALARIO) CON CABLE VULCANIZADO DE AL MENOS 2 mt DE LONGITUD.
	I02	CON BATERÍA RECARGABLE INTERNA, QUE SUMINISTRE AUTONOMÍA AL VENTILADOR POR UN PERIODO DE 90 MINUTOS COMO MÍNIMO.

  
REGIONAL LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

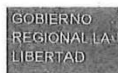
Mc. Jorge Alejandro Loyola Díaz  
Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional Docente de Trujillo

  
Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

**VENTILADOR MECANICO ADULTO PEDIATRICO  
– NEONATAL**





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE EQUIPO VENTILADOR MECANICO ADULTO PEDIÁTRICO NEONATAL	
FAMILIA	EQUIPO DE SOPORTE DE VIDA.
DENOMINACION ESTANDARIZADA DE EQUIPAMIENTO EN SALUD	VENTILADOR MECÁNICO ADULTO PEDIÁTRICO NEONATAL.
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL	EQUIPO BIOMÉDICO USADO PARA BRINDAR ASISTENCIA MECÁNICA EN LA VENTILACIÓN PULMONAR ESPONTÁNEA CUANDO ESTA ES INEXISTENTE O INEFICAZ PARA LA VIDA DEL PACIENTE.
FINALIDAD PÚBLICA	ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICIÓN DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA.
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	A01 RODABLE DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO CON FRENO EN AL MENOS 02 (DOS) RUEDAS.
	A02 CONTROLADO POR MICROPROCESADOR(ES).
	A03 VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN Y POR PRESIÓN.
	A04 VÁLVULA ESPIRATORIA INTEGRADA AL EQUIPO Y DESMONTABLE PARA ESTERILIZAR.
	A05 MONITOR (PANTALLA) 15" COMO MÍNIMO A COLOR TFT-LCD TOUCH SCREEN, DE AL MENOS TRES (03) ONDAS GRÁFICAS EN FORMA SIMULTÁNEA, INTEGRADO EN EL PANEL DE CONTROL DE PARAMETROS, ALARMAS Y MONITORIZACIÓN.
	A06 CON COMPENSACIÓN BAROMÉTRICA, MEDIANTE CALIBRACIÓN MANUAL (UNA SOLA VEZ EN EL LUGAR DE DESTINO) O AUTOMÁTICA DEL EQUIPO.
	A07 SISTEMA DE SUMINISTRO DE AIRE MEDICINAL MEDIANTE TURBINA O COMPRESOR INTEGRADO EN LA MISMA ESTRUCTURA.
	A08 SOFTWARE PARA REALIZAR MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO PULMONAR: P/V TOOL O LR TOOL O OPEN LUNG TOOL O RA/RM.
	A09 COMPENSACIÓN DE LA RESISTENCIA DEL TUBO ENDOTRAQUEAL O COMPENSACIÓN DE CIRCUITO.
	A11 PARA LA MEDICIÓN DEL FLUJO: SENSOR DE FLUJO PROXIMAL (EN LA MEDICIÓN NEONATAL) Y/O DISTAL. PUEDEN SER REUSABLES ESTERILIZABLES O DESCARTABLES.
	A12 NEBULIZACIÓN SINCRONIZADA CON COMPENSACIÓN DE VOLUMEN O CONTÍNUA.
	A13 DE TENDENCIAS GRÁFICAS Y NUMÉRICAS DE 72 HORAS O 1000 EVENTOS COMO MÍNIMO.
	A14 VISUALIZACIÓN DE LAZOS O BUCLES P/V, F/V Y/O P/F.
	A15 PUERTOS DE COMUNICACIÓN HABILITADOS: ETHERNET (CONEXIÓN EN RED) Y USB (EXTRACCIÓN DE DATOS Y ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE) COMO MÍNIMO.
B. MODOS DE VENTILACIÓN	B01 VENTILACIÓN CONTROLADA POR PRESIÓN (PCV O A/CMV-PC) ASISTIDO / CONTROLADO.
	B02 VENTILACIÓN CONTROLADA POR VOLUMEN (VCV O A/CMV-VC) ASISTIDO / CONTROLADO.
	B03 VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA VC-SIMV Y PC-SIMV.
	B04 VENTILACIÓN CON PRESIÓN SOPORTE.
	B05 VENTILACIÓN CON LIBERACIÓN DE PRESIÓN DE VÍA AÉREA APRV.
	B06 VENTILACIÓN ADAPTATIVA: NAVA O ASV-INTELLIVENT O AVM O SMARTCARE O MANIOBRA P/V DE FLUJO BAJO.
	B07 VOLUMEN CONTROLADO CON REGULACIÓN DE LA PRESIÓN O VOLUMEN ASEGURADO.
	B08 VENTILACIÓN NO INVASIVA (NIV) CON COMPENSACIÓN DE FUGAS MAYOR O IGUAL A 65 LPM.
	B09 TERAPIA DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO HASTA 60 LPM O RANGO MAS AMPLIO.
C. CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA	C01 DE FIO <sub>2</sub> : 0.21 A 1.00.
	C02 DE VOLUMEN TIDAL (VT) DE 2 mL O MENOS A 2000 mL O MÁS.
	C03 DE PRESIÓN INSPIRATORIA HASTA 80 cmH <sub>2</sub> O.
	C04 DE TIEMPO INSPIRATORIO 0.2 A 5.0 SEG.
	C05 DE FRECUENCIA RESPIRATORIA, DE 4 HASTA 150 RESP. /MIN O MAS.
	C06 DE SENSIBILIDAD DE DISPARO POR FLUJO DE 0.1 LPM O MENOS A 2 LPM O MAS.
	C07 DE SENSIBILIDAD DE DISPARO POR PRESIÓN DE 1 cmH <sub>2</sub> O O MENOS A 15 cmH <sub>2</sub> O O MÁS.
	C08 DE PEEP DE 1 HASTA 50 cmH <sub>2</sub> O.
	C09 DE FLUJO INSPIRATORIO DE 1 A 120 LPM O PATRÓN DE FLUJO INSPIRATORIO.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Dra. Lorella del Pilar Flores Figueiroa  
C.M.P. 40385 - RNE 22563 - 23763  
Jefe del Depto. de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANEJO





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

<b>D. MONITOREO DE PARÁMETROS DEL PACIENTE</b>	D01	DE VOLUMEN TIDAL INSPIRADO Y EXPIRADO.
	D02	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA Y ESPONTÁNEAS.
	D03	DE PRESIÓN PICO INSPIRATORIO.
	D04	DE PRESIÓN MEDIA DE VIAS AEREAS.
	D05	DE PORCENTAJE DE FUGA.
	D06	DE COMPLIANCIA ESTÁTICA Y DINÁMICA.
	D07	DE PRESIÓN DE VIAS AÉREAS EN BARRAS Y/O GRÁFICAS.
	D08	DE FIO <sub>2</sub> .
	D09	DE PRESIÓN PLATEAU O MESETA.
	D10	DE RESISTENCIA INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA.
	D11	DE VOLUMEN MINUTO INSPIRATORIA Y ESPONTÁNEO.
	D12	DE PRESIÓN DE OCLUSIÓN (P0.1 O P100).
	D13	DE PEEP Y AUTOPEEP.
	D14	DE TRABAJO RESPIRATORIO
	D15	DE ÍNDICE DE RESPIRACIÓN POCO PROFUNDA (SBI O RSBI).
	D16	DE RELACION I:E.
<b>E. ALARMAS AUDIOVISUALES</b>	E01	DE VOLUMEN CORRIENTE ALTO.
	E02	DE ALTA Y/O BAJA PRESIÓN O DESCONEXIÓN.
	E03	DE APNEA.
	E04	DE PEEP ALTO Y/O BAJO.
	E05	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA Y/O BAJA.
	E06	DE VOLUMEN MINUTO ESPIRADO ALTO Y BAJO.
	E07	DE CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO BAJA.
	E08	DE FALLA DE SUMINISTRO DE OXÍGENO Y/O AIRE.
	E09	DE FALLA ELÉCTRICA (RED Y/O BATERÍA BAJA) O VENTILADOR INOPERANTE.
<b>F. ACCESORIOS</b>	F01	03 (TRES) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE PEDIÁTRICO REUSABLES.
	F02	20 (VEINTE) CIRCUITOS COMPLETOS PEDIÁTRICOS DESCARTABLES DE DOBLE RAMA.
	F03	05 (CINCO) SENSORES REUSABLES ADULTO/PEDIATRICO O 30 (TREINTA) SENSORES DESCARTABLES ADULTO/PEDIATRICO.
	F04	05 (CINCO) SENSORES REUSABLES PEDIATRICO/NEONATAL O 30 (TREINTA) SENSORES DESCARTABLES PEDIATRICO/NEONATAL.
	F05	01 (UN) PULMÓN DE PRUEBA ADULTO/PEDIÁTRICO Y 01 (UN) PULMÓN DE PRUEBA NEONATAL (TIPO ACORDEÓN).
	F06	01 (UNA) MANGUERA DE OXÍGENO.
	F07	20 (VEINTE) KITS DE NEBULIZACIÓN DESCARTABLES O UN (01) KIT REUSABLE COMPLETO.
	F08	10 (DIEZ) CÁNULAS DE ALTO FLUJO DE TRES TAMAÑOS DIFERENTES: 04 (CUATRO) LACTANTE, 04 (CUATRO) PEDIATRICA Y 02 (DOS) ADULTO TALLA "S".
<b>G. PERIFÉRICOS / ADITAMIENTOS</b>	G01	01 (UN) HUMIDIFICADOR CON ACCESORIOS COMPLETOS (SENSOR DE TEMPERATURA Y ADAPTADOR DE CABLE CALEFACTOR).
	G02	01 (UN) BRAZO SOPORTE DE CIRCUITO PACIENTE.
<b>H. GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y ROTULADO</b>		<b>GARANTÍA</b>
	H01	03 (TRES) AÑOS DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN O FALLAS NO ATRIBUIBILES AL NORMAL USO DEL EQUIPO.
	H02	<b>MANTENIMIENTO</b> PROGRAMA Y EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL PERIODO QUE ESTABLECE LA GARANTÍA CON FRECUENCIA SEMESTRAL, 06 (SEIS) MANTENIMIENTOS EN TOTAL O DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE.
	D03	INICIALMENTE EL PROVEEDOR TENDRÁ EL PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN PARA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO, SIN NECESIDAD DE REEMPLAZARLO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN TERCERO.
	D04	SI EL EQUIPO NO HA SIDO REPARADO DURANTE EL PLAZO INICIAL DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN, EL PROVEEDOR TENDRÁ UN PLAZO ADICIONAL MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES PARA CULMINAR LA REPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES INICIALES HUBIESE REEMPLAZADO EL EQUIPO CON OTRO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS O CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN TERCERO DURANTE EL TIEMPO QUE DENOTE EL TÉRMINO DE LA REPARACIÓN. LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL PROVEEDOR CORRERÁN POR SU CUENTA.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Dra. Florencia del Pilar Flores Figueroa  
Carné: 40185 - RNE 22563 - 23703  
Jefe del Dpto. de Posletría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara Esca  
UNIDAD DE SOPORTE DEVIDA  
PERSONA DE EQUIPO DE CREDITO Y GARANTIZACIONES

GOBIERNO  
REGIONAL LA  
LIBERTAD




Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

**E. CAPACITACIONES,  
CERTIFICADO Y MANUALES**

D05	SI PASADO LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS EN D04 EL PROVEEDOR NO ENTREGA EL EQUIPO REPARADO, SE SOMETERÁ A LA SANCIÓN RESPECTIVA Y/O CAMBIO DE OTRO EQUIPO NUEVO.
D06	LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN NO EXIME AL ADJUDICATARIO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA.
	<b>ROTULADO</b>
	EN CADA EQUIPO DEBERÁ IR GRAVADO EN PLACA METÁLICA, BAJO RELIEVE Y EN LUGAR VISIBLE, QUE NO ENTORPEZCA EL MANEJO O RECONOCIMIENTO DE OTROS DATOS (DEBERÁ ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL CUERPO DEL EQUIPO) LO SIGUIENTE:
D07	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p><b>TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN:</b> N°.....</p> <p><b>RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:</b> XXXXXX</p> <p><b>TELÉFONO:</b> XXXXXX</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> XXXXXX</p> <p><b>FECHA DE INSTALACIÓN:</b> (mes y año)</p> <p><b>FECHA DE INICIO DE LA GARANTÍA:</b> (mes y año)</p> <p><b>PERIODO DE GARANTÍA:</b> XXXXXX</p> </div> </div>
	<b>CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO (PERFIL DEL PERSONAL CLAVE)</b>
	<b>PARA LA CAPACITACIÓN TÉCNICA:</b>
E01	<p>a) ING. ELECTRÓNICO Y/O BIOMÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, CERTIFICADO DE HABER RECIBIDO EL ENTRENAMIENTO EN FÁBRICA Y/O POR FABRICANTE EN LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO A OFERTAR Y/O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN PERÚ.</p> <p><b>PARA LA CAPACITACIÓN USUARIA:</b></p> <p>b) PROFESIONAL EN MEDICINA Y/O TECNOLOGÍA MÉDICA, SEGÚN LA ESPECIALIDAD QUE HAYA SIDO CAPACITADO EN FÁBRICA Y/O POR EL FABRICANTE EN LA MARCA EN EL MANEJO DEL EQUIPO OFERTADO, SEGÚN LA ESPECIALIDAD.</p>
	<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL</b>
E02	LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ IN SITU EN EL SERVICIO DEL ÁREA SOLICITANTE Y DONDE ESTÁ ASIGNADO EL EQUIPO MÉDICO.
E03	CAPACITACIÓN AL PERSONAL USUARIO Y ASISTENCIAL CON UN MÍNIMO DE 8 EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE USUARIO, IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
E04	LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO CON SUS COMPONENTES, ACCESORIOS Y DIRIGIDA AL ÁREA USUARIA PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD.
	<b>CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL EQUIPO</b>
E05	DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y OTROS QUE DESIGNE LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ABARCAR EL MANEJO, EL CUIDADO Y LA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS CON SUS COMPONENTES Y ACCESORIOS, ADEMÁS SERÁ DEMOSTRATIVA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS SEGÚN EL MANUAL DEL FABRICANTE, FALLAS Y/O ERRORES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL USO Y MANEJO DEL EQUIPO.
E06	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON UN MÍNIMO DE 8 HORAS EN BASE A LOS CONTENIDOS DEL MANUAL DE SERVICIO IMPARTIDO POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.
E07	A PETICIÓN DE LA ENTIDAD, EL PROVEEDOR QUEDARÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR DURANTE EL PRIMER AÑO DEL PERIODO DE GARANTÍA TÉCNICA, UN (01) MÓDULO DE REFUERZO DE LA CAPACITACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE DESIGNE, INDICANDO LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA EN QUE EFECTUARÁ ESA CAPACITACIÓN.
	<b>CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN</b>
E08	EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR 01 (UN) "CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN" A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN ASISTIDO A LA CAPACITACIÓN IMPARTIDA. LOS CERTIFICADOS AL PERSONAL PARTICIPANTE SERÁN EMITIDOS POR EL PROVEEDOR EN MATERIAL: CARTULINA, TAMAÑO A4 E IMPRESO A COLOR.

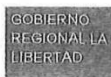
REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud

Dr. Ricardo del Pilar Flores Figueroa  
C.M.P. 40385 - R.M.E. 22583 - 23703  
Jefe del Depto. de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

Miguel Arturo Vergara León  
UNIDAD DE SOPORTE DE VIDA  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo





Gerencia  
Regional de  
Salud

Hospital Regional  
Docente de Trujillo

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

F. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	<b>MANUALES</b>	
	E09	02 (DOS) MANUALES DE USUARIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, EL MANUAL DE OPERACIÓN, DEBERA TENER LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL EQUIPO.
	E10	02 (DOS) MANUALES DE SERVICIO ORIGINALES DE FÁBRICA (NO COPIA). DE ESTAR EN INGLÉS U OTRO IDIOMA, DEBE ENTREGAR ADEMÁS LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL EN FÍSICO Y EN CD, LOS MANUALES TENDRAN INFORMACIÓN DETALLADA: DIAGRAMA DE BLOQUES, ESQUEMAS DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS, ESQUEMAS DE PARTES MECÁNICAS, FUNCIONAMIENTO Y CALIBRACIÓN, ETC. INCLUYENDO UN LISTADO Y CATÁLOGO DE PIEZAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS DEL FABRICANTE Y CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS CON PLANOS Y PROCEDIMIENTOS DE MONTAJE / INSTALACIÓN DE SER NECESARIOS
	E11	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO USUARIO.
	E12	02 (DOS) CD DE VIDEO DE CAPACITACIÓN DE OPERACIÓN A MODO SERVICIO.
	F01	MONOFÁSICO DE 220/240 VAC O SISTEMA AUTOVOLTAJE 110/240 VAC; 60 Hz. Y TOMA ELÉCTRICA TIPO B (GRADO HOSPITALARIO) CON CABLE VULCANIZADO DE AL MENOS 2 mt DE LONGITUD.
	F02	CON BATERÍA RECARGABLE INTERNA, QUE SUMINISTRE AUTONOMÍA AL VENTILADOR POR UN PERIODO DE 3 HORAS COMO MÍNIMO.
	G01	PANTALLA FULL HD ≥17 PULGADAS.
	G02	PULMÓN DINÁMICO VISUALIZADO EN PANTALLA.
	G03	MODOS ESPECIALES DUALES.

REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
Dr. Aurelio del Pilar Flores Figueroa  
CNP: 40395 - RNE 22563 - 23703  
Jefe del Dpto de Pediatría  
Hospital Regional Docente de Trujillo

Miguel Arturo Vergara León  
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO  
Hospital Regional Docente de Trujillo

"Justicia Social con Inversión"

**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**

A	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><b><u>ITEM 1</u></b> <u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.430,650.00 (CUATROCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES), 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.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes ASPIRADOR DE SECRECIONES, ASPIRADOR DE SECRECIONES DE SOBREMESA, ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTATIL.</p> <p>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 S/. 57,500.00 (CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES), 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.</p> <p><b><u>ITEM 2</u></b> <u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.1,584,900.00 (UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CON 00/100 SOLES), 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.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: ELECTROBISTURI DE TODO TIPO DE POTENCIA, ELECTROCAUTERIO.</p> <p><b><u>ITEM 3</u></b> <u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.526,500.00 (QUINIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES), 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.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: ELECTROBISTURI DE TODO TIPO DE POTENCIA, ELECTROCAUTERIO</p> <p>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 S/.97,500.00 (Noventa y siete mil quinientos con 00/100 SOLES), 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.</p> <p><b><u>ITEM 4</u></b> <u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.978,750.00 (NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES), 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.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: LAMPARA CIALITICA DE TECHO DE DOS CUPULAS, LAMPARA CIALITICA DE TECHO DE DOS CUPULAS CON CAMARA, LAMPARA CIALITICA RODABLE.</p>



### **ITEM 5**

#### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.2,463,750.00 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES), 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes: MESA DE OPERACIONES, MESA DE PARTO, EQUIPOS BIOMEDICOS DE CENTRO QUIRURGICO.

### **ITEM PAQUETE 6**

#### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 3,000,000.00 (TRES MILLONES CON 00/100 SOLES), 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes VENTILADOR DE TRANSPORTE, VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO, VENTILADOR DE TRANSPORTE ADULTO-PEDIATRICO, VENTILADOR DE TRANSPORTE PEDIATRICO, VENTILADOR DE TRANSPORTE PEDIATRICO - NEONATAL, VENTILADOR MECANICO ADULTO, VENTILADOR VOLUMETRICO, EQUIPOS BIOMEDICOS DE UCI, EQUIPOS BIOMEDICOS DE EMERGENCIA.]

#### 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<sup>10</sup>, 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 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**.

<sup>10</sup> 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 sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".*

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.

**Importante**

*En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (PROFESIONAL)
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>Personal Profesional Profesión: Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico. Condición: Colegiado y Habilitado Cantidad mínima: 01 Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 10 personas como mínimo, en el Hospital Belén de Trujillo - Trujillo. El postor que oferte esta capacitación se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad. Cuatro (04) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos médicos ofertados. La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante. Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas.</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><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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></li> <li><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></li> <li><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></li> <li><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></li> </ul>

C.2	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (TECNICO)
	<p>Cantidad mínima: 01 Responsable del mantenimiento del equipo Cuatro (04) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de los equipamientos médicos. La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante.</p> <p>También, el personal profesional colegiado de ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos médicos.</p> <p>Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas</p> <p>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.</p>

#### 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:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<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>i</i> = Oferta  <b>P<sub>i</sub></b> = Puntaje de la oferta a evaluar  <b>O<sub>i</sub></b> = Precio <i>i</i>  <b>O<sub>m</sub></b> = Precio de la oferta más baja  <b>PMP</b> = Puntaje máximo del precio         </p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p>

**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.*



## 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 PAGO<sup>11</sup>**

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 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

<sup>11</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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 ÚLTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

#### **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 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.

#### **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**

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**

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 CONTROVERSIAS<sup>12</sup>**

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**

---

<sup>12</sup> 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).



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 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 Digitales<sup>13</sup>.*

<sup>13</sup> 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>

## ANEXOS

## ANEXO N° 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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 compra<sup>14</sup>

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.*

<sup>14</sup> 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.

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:*

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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 compra<sup>15</sup>

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]

<sup>15</sup> 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.



.....  
**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° 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA]**

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° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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° [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° [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] [ % ]<sup>16</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>17</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%<sup>18</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

<sup>16</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>17</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>18</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

.....  
**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° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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
<b>TOTAL</b>	

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".***



ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**LICITACIÓN PÚBLICA N°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**  
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>19</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>20</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>21</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>22</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>23</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>24</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> **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.

<sup>21</sup> 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”*.

<sup>22</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.



Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>19</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>20</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>21</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>22</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>23</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>24</sup>
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° 9

### DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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/rmp/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° 10**

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE  
MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA  
ITEM 1 y 2**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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° 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°03-2024-GERESALL – PRIMERA CONVOCATORIA**

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° [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.*