

BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

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



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

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

| N° | Símbolo | Descripción |
|----|--|--|
| 1 | [ABC] / [.....] | La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases. |
| 2 | [ABC] / [.....] | Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta. |
| 3 | <div>Importante</div> <div>• Abc</div> | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores. |
| 4 | <div>Advertencia</div> <div>• Abc</div> | Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores. |
| 5 | <div>Importante para la Entidad</div> <div>• Xyz</div> | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, 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 marzo 2019, junio 2019, diciembre 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022

HOSPITAL SANTA ROSA

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1
"COMPRA POR REPOSICION DE DOS (2) AMBULANCIAS URBANAS TIPO III PARA EL HOSPITAL SANTA
ROSA – IOARR CUI 2444040"



BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1
(DERIVADA DE LA LICITACION PUBLICA N° 07-2024-HSR-1)**

**CONTRATACIÓN DE BIENES
COMPRA POR REPOSICION DE DOS (2) AMBULANCIAS
URBANAS TIPO III PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA –
IOARR CUI 2444040**

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.*
- *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, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

Importante

No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada. 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 el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 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. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

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

Importante

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

1.7. 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.

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

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, 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, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

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

1.9. 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.

1.10. 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.

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, 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 órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, 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.

1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) 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 la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

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 órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, 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 órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.

- *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, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

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 cinco (5) 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 cinco (5) 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.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de compra, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

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 valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

Importante

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de compra. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de compra no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.

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 accesoria, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

En los contratos cuyos montos sean iguales o menores 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. Dicha excepción también aplica a 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 no superen el monto señalado anteriormente, 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-emitar-cartas-fianza>).

Advertencia

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 : HOSPITAL SANTA ROSA
RUC N° : 20171604355
Domicilio legal : AV. BOLIVAR CDRA 8 S/N – PUEBLO LIBRE
Teléfono: : 615-8200 ANEXO 415
Correo electrónico: : CCUYUBAMBA@HSR.GOB.PE

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la **COMPRA POR REPOSICION DE DOS (2) AMBULANCIAS URBANAS TIPO III PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA – IOARR CUI 2444040**.

| Tipo de Prestación | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA |
|------------------------|---|----------|------------------|
| Prestación Principal | AMBULANCIA URBANA TIPO III, CON EQUIPAMIENTO MÉDICO | 02 | Unidad |
| Presstación Accesorias | | | |

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N° 02 (001/2025-OL / AS N° 03-2025 derivada de LP N° 07-2024-1) – Solicitud y Aprobacion de Expediente de Contratacion de fecha 04/07/2025.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos ordinarios - RO

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

No aplica

1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No aplica.

1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.9. PLAZO DE ENTREGA**Prestacion Principal**

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de OCHENTA (80) DIAS CALENDARIOS contados desde el día siguiente de la firma del contrato. Dicho plazo comprende las siguientes actividades:

| N° | Actividad | Actividad precedente | Responsable |
|----|--|--|-------------|
| 1 | Entrega de la ambulancia y del equipamiento médico en el almacén que designe la entidad. | Firma de contrato | Contratista |
| 2 | Pruebas y capacitación de la ambulancia y del equipamiento médico. | Entrega del bien en el Almacén Central HSR | Contratista |
| | Plazo de entrega: | 80 días calendarios | |

Prestacion Accesorias.

Asimismo el plazo de ejecución de PRESTACIÓN ACCESORIAS será por el periodo de 36 meses para el Mantenimiento Preventivo de la Ambulancia, y el periodo de 24 meses para el mantenimiento Preventivo del equipamiento Médico. Luego de la recepción, y Pruebas de la ambulancia y del equipamiento médico.

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 S/ 5.00 (cinco con 00/100 soles), en la caja principal de la Entidad y recabar las bases en la Oficina de Logística, sito en Av. Bolívar cuadra 8 S/N, segundo piso, Pueblo Libre, en el horario de 8:00 am a 1:00 pm y de 2:00 pm a 4:00 pm.

Importante

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

1.11. BASE LEGAL

- Ley N° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024.
- Ley N° 31954 Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2024.
- Ley N° 27626 – Ley que regula la actividad de las empresas especiales de servicios y de las cooperativas de trabajadores.
- Reglamento de la Ley N° 27626, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2002-TR, que establece disposiciones para la aplicación de las Leyes N° 27626 y 27696, que regulan la Actividad de las Empresas Especiales de Servicios y de las Cooperativas de Trabajadores.
- 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.
- Ley N° 26842- Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 022-2001-SA "Reglamento Sanitario para las actividades de Saneamiento Ambiental en Viviendas y Establecimientos Comerciales, Industriales y de Servicios".
- Decreto Legislativo N° 688 – Ley de Consolidación de Beneficios Sociales"
- Decreto de Urgencia N° 044-2019, que establece medidas para fortalecer la protección de salud y vida de los trabajadores.
- Resolución Ministerial N°449-2001-SA-DM, Aprueban Norma Sanitaria para Trabajos de Desinsectación, Desratización, Desinfección, Limpieza y Desinfección de Reservorios de Agua, Limpieza de Ambientes y de Tanques Sépticos.
- Decreto Legislativo N°1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo N°014-2017-MINAM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Resolución Ministerial N°1295-2018-MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado -, y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado -, aprobado Decreto Supremo N° 344-2018-EF.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411 - Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto
- 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.
- Reglamento de la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General -, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.
- Texto Único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al empleo Decente, Ley MYPE, aprobado a través del Decreto Supremo N° 007-2008-TR.
- Reglamento del Texto Único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al empleo Decente, Ley MYPE, aprobado a través del Decreto Supremo N° 008-2008-TR.
- Directivas del OSCE, así como opiniones y pronunciamientos del OSCE.
- Código Civil.

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

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

Importante

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

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

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

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

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

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

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

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

Advertencia

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

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

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

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

- e) Hoja de Presentación de Equipo (Formato N° 01). Sustento de cumplimiento de características y especificaciones, de la ambulancia y del equipamiento médico.

El postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, (data sheets o brochure) de los fabricantes o dueños de la marca y modelo, para acreditar las características y especificaciones según se detalla en el cuadro:

| AMBULANCIA Y EQUIPAMIENTOS MÉDICOS | CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS (se detallada en el numeral 6.1 de las EETT) |
|--|--|
| Unidad móvil (cabina de conducción y cabina de atención médica) | 1.1.1; 1.1.2; 1.2.1.1.1 al 1.2.1.1.6; 1.2.1.1.8; 1.2.1.2.1; 1.2.1.2.3; 1.2.1.3.1; 1.2.1.4.1 al 1.2.1.4.3; 1.2.1.5.1 al 1.2.1.5.4; 1.2.1.6.1; 1.2.1.7.1 al 1.2.1.7.3; 1.2.1.8.1; 1.2.1.8.2; 1.2.2.1.1; 1.2.1.1.3; 1.2.2.2.8 al 1.2.2.2.10; 1.2.2.2.12; 1.2.2.3.1; 1.2.2.3.2; 1.2.2.4.1; 1.2.2.4.7; 1.2.3.1.1; 1.2.3.4.1; 1.2.3.5.1; 1.2.3.6.1; 1.2.3.8.1; 1.2.3.9.1; 1.2.3.1.1.1 al 1.2.3.1.1.3; 1.2.4.1.2; 1.2.4.1.4; 1.2.5.2; 1.2.5.3 |
| Aspirador de secreciones portátil | 2.1.6 al 2.1.8; 2.2.1; 2.2.3; 2.5.2; 2.6.1 al 2.6.2 |
| Balón de oxígeno tipo M | 3.3 al 3.6 |
| Balón de oxígeno tipo E | 4.3 al 4.5 |
| Balón de oxígeno tipo D | 5.3 al 5.5 |
| Balón de oxígeno tipo C | 6.3 al 6.5 |
| Camilla telescópica de aluminio | 7.1 al 7.3; 7.5; 7.9 al 7.12; 7.15 |
| Desfibrilador portátil con monitor | 8.1.2; 8.2.1; 8.2.3; 8.2.5 al 8.2.7; 8.2.9; 8.2.10; 8.3.2; 8.4.1; 8.7.1; 8.7.2; 8.8.1; 8.8.2 |
| Oxímetro de pulsos | 9.1.1; 9.1.2; 9.1.4 al 9.1.6; 9.1.8; 9.2.3; 9.2.6; 9.4.1; 9.4.2 |
| Detector de latidos fetales portátil | 10.1.2; 10.1.4; 10.2.1; 10.2.3; 10.2.5; 10.2.6; 10.3.1; 10.4.3; 10.5.2; 10.6.1; 10.6.2 |
| Equipo de ventilación pulmonar para paciente adulto/pediátrico | 11.1.2; 11.1.4; 11.1.6; 11.1.7; 11.1.9; 11.2.1 al 11.2.7; 11.3.1 al 11.3.5; 11.3.10 al 11.3.14; 11.4.1; 11.4.4 al 11.4.6; 11.4.8; 11.4.10 al 11.4.13; 11.5.1 al 11.5.3; 11.5.5 al 11.5.7; 11.5.9; 11.5.10; 11.6.2 al 11.6.4; 11.7.2 al 11.7.4; 11.7.6 |
| Monitor de funciones vitales adulto/pediátrico, de 07 parámetros | 12.1.2; 12.1.3; 12.1.5; 12.1.6; 12.1.9; 12.2.1; 12.2.3 al 12.2.8; 12.3.2; 12.3.4; 12.4.2; 12.4.3; 12.4.5; 12.5.3; 12.6.4 al 12.6.6; 12.7.2; 12.7.4; 12.8.2; 12.8.3; 12.9.2; 12.9.3; 12.10.1; 12.10.2 |
| Bomba de Infusión de un canal | 13.1.2; 13.1.5; 13.1.6; 13.2.1 al 13.2.3; 13.3.1 al 13.3.4; 13.3.7; 13.4.1; 13.4.2; 13.4.4; 13.4.5; 13.5.2; 13.5.3; 13.6.1 al 13.6.3 |
| Tensiómetro para adulto y pediátrico | 14.1.1.2; 14.1.1.3; 14.1.1.7; 14.1.1.8; 14.2.2; 14.2.7; 14.2.8 |
| Estetoscopio adulto y pediátrico | 15.1.6; 15.2.6 |
| Linterna para examen | 16.1; 16.3 |
| Set de Oftalmoscopio y Otoscopio | 20.1.2 al 20.1.5; 20.2.2; 20.2.3; 20.3.1 al 20.3.3 |
| Maletín de soporte básico de vida | 21.2.1.1; 21.2.1.3; 21.2.2.1; 21.2.2.3; 21.2.3.1; 21.2.3.3 al 21.2.3.6 |
| Maletín de medicamentos para Ambulancia | 22.1.2; 22.2.1 |
| Equipo de Radiocomunicación Móvil | 23.1.1; 23.1.3; 23.1.4; 23.1.8; 23.1.10; 23.1.15; 23.2.1; 23.3.1; 23.5.1; 23.5.2; 24.1.1 al 24.1.4; 24.1.6; 24.1.7 |
| Glucometría | 25.1.1; 25.1.2; 25.1.4 al 25.1.7; 25.1.9; 25.1.12; 25.1.13 |
| Silla de ruedas plegable | 26.1.1; 26.1.2; 26.1.4; 26.1.7; 26.1.8 |

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

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

Nota: Los documentos que acompañan a las ofertas, se presentan en idioma español. Cuando los documentos no figuren en idioma español, se presenta la respectiva traducción por un traductor público juramentado o traductor colegiado certificado, según corresponda, salvo el caso de la información técnica complementaria contenida en folletos, instructivos, catálogos o similares, que puede ser presentada en el idioma original. El postor es responsable de la exactitud y veracidad de dichos documentos.

- f) Declaración jurada de plazo de entrega. **(Anexo N° 4)**⁴
- g) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- h) 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 órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección según corresponda, 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:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁵.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa **(Anexo N° 10)**.

Advertencia

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

⁵ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápite "Documentos para la admisión de la oferta", "Requisitos de calificación" y "Factores de evaluación".

2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

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

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁶ 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 comunicación⁷ (**Anexo N° 11**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁸.
- j) Otros documentos que se establece en las especificaciones técnicas.

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya⁹.*

⁶ 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/>

⁷ En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

⁸ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

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

- *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 la Oficina de Logística del Hospital Santa Rosa (segundo piso), sito en Av. Bolívar cuadra 8 S/N – Pueblo Libre, en el horario de 8:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 4:00 pm.

2.5. FORMA DE PAGO

Prestación principal:

Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en **ÚNICO PAGO**.

El Pago se realizará, a la culminación de la entrega, instalación, prueba operativa, capacitaciones, y presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de la ambulancia y del equipamiento médico" (FORMATO N° 02):

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

- Guía de Remisión del almacenamiento firmada y sellada por el Jefe del Almacén Central del Hospital Santa Rosa.
- Informe del funcionario responsable del Transporte Asistido, Unidad de Transporte, UGTH (equipamientos médicos), emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

Prestación accesoria (mantenimiento preventivo):

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en soles en pagos periódicos.

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de la ambulancia y/o del equipamiento médico, durante el periodo de mantenimiento.

El pago será de acuerdo al programa de mantenimiento preventivo y culminado las prestaciones que correspondan a la actividad del mantenimiento.

Para efecto de los pagos deberá contar con

- **FORMATO N° 03** Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo de la Ambulancia y del Equipamiento Médico.
- **FORMATO N° 04** (por cada mantenimiento): Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM).
- Comprobante de pago.
- **Informe y/o reporte del mantenimiento realizado por el contratista.**

Dicha documentación se debe presentar al Almacén Central de la Oficina de Logística del Hospital Santa Rosa, sito en Av. Bolívar Cuadra 8 S/N - Pueblo Libre – Lima - Lima (Horario de atención de 8:00 am a 13:00 horas y de 14:00 a 16:00 horas)

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

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

3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE BIENES

| | |
|---|--|
| UNIDAD ORGANICA | OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO – UNIDAD DE TRANSPORTE. |
| ACTIVIDAD DEL POI/ACCIÓN ESTRATÉGICA PEI: | ACCIONES DE TRANSPORTE. |
| DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN | ADQUISICIÓN DE "COMPRA POR REPOSICIÓN DE DOS (02) AMBULANCIAS URBANAS TIPO III, CON EQUIPAMIENTO MÉDICO, PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA – IOARR CUI 2544040". |

I. FINALIDAD PÚBLICA

- 1.1 Fortalecer el sistema de referencias y contrareferencias del hospital santa rosa, a través de las Inversiones de Optimización, Ampliación Marginal, Rehabilitación y Reposición (IOARR), con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud brindando una atención con calidad y oportunidad para la reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas.

II. ANTECEDENTES

- 2.1 Resolución Ministerial N° 105-2025/MINSA de fecha 17 de febrero del 2025, se resuelve autorizar durante el presente año fiscal, la adquisición de dos (2) ambulancias urbanas tipo III
- 2.2 Resolución Directoral N° 94-2024 MINSA-HSR-DG de fecha 05 de abril del 2024, se resuelve aprobar la actualización del documento equivalente de la IOARR CUI N°2544040
- 2.3 Resolución Ministerial N°660-214/MINSA se resuelve aprobar la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01
- 2.4 Resolución Ministerial N°953-2006/MINSA de fecha 10 de octubre del 2006 se resuelve aprobar la **Norma Técnica de salud N° 051- MINSA/OGDN-V.01** (transporte asistido de pacientes por vía terrestre) aprobada mediante y su modificatoria mediante Resolución Ministerial N° 830-2012/MINSA
- 2.5 Por lo que se deberá garantizar que las ambulancias sean optimas y que certifiquen un adecuado funcionamiento del transporte asistido de pacientes para el servicio de emergencia y/o urgencias, brindando una atención de calidad y oportunidad, para este fin.

III. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

- 3.1 La adquisición de dos (02) ambulancias urbanas de tipo III, debidamente equipadas. Estas ambulancias se destinarán a ofrecer servicios de atención médica pre hospitalario, contribuyendo de manera significativa al bienestar de la población.

IV. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES A CONTRATAR

4.1 Características y condiciones

Se destacarán por su equipamiento médico avanzado, compuesto por dispositivo portátiles compatibles para uso interno, instalados de tal forma que garantice la estabilidad durante el desplazamiento. La accesibilidad y manipulación sencilla de estos equipos dentro de la cabina de atención médica son prioritarias. **Es crucial que estos dispositivos permitan ser retirados de la cabina según necesidad**, optimizando así la versatilidad y eficacia de la atención medica pre hospitalaria proporcionada por las ambulancias.

4.2 Descripción y cantidad de ambulancias

| ITEM | DESCRIPCION DEL BIEN | U.M | CANTIDAD |
|------|---|--------|----------|
| 1 | AMBULANCIA URBANA TIPO III, CON EQUIPAMIENTO MÉDICO | UNIDAD | 2 |



Firma digital
Firma digitalmente por
RAPONAN, Gisela Del Pilar
AU 20171604355 hard
dici: 05.06.2025 17:22:44 -05:00



Firma digital
Firma digitalmente por
RIVERO FLORES, Jorge
SAVO FAU 20171604355 hard
lvo: 09.06.2025 10:28:39 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

4.2.1 PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL

1. **Mantenimiento Preventivo** de la **ambulancia urbana tipo III**, durante el periodo de garantía de 36 meses (ver: XII (12.1.1)).
2. **Mantenimiento Preventivo del Equipamiento Médicos** de la **ambulancias urbanas tipo III**, durante el periodo de garantía de 24 meses (ver :XII (12.1.2)).

V. RESUMEN

Unidad móvil de emergencia médica diseñada para proporcionar atención médica y transporte o traslado seguro de pacientes en áreas urbanas, personas en estado crítico en condiciones que no pongan en riesgo potencial su vida y salud. Cuenta con el siguiente equipamiento:

1. Unidad móvil (cabina de conducción y cabina de atención médica)
2. Aspirador de secreciones portátil
3. Balón de oxígeno tipo M
4. Balón de oxígeno tipo E
5. Balón de oxígeno tipo D
6. Balón de oxígeno tipo C
7. Camilla telescópica de aluminio
8. Desfibrilador portátil con monitor
9. Oxímetro de pulsos
10. Detector de latidos fetales portátil
11. Equipo de ventilación pulmonar para paciente adulto/pediátrico
12. Monitor de funciones vitales adulto/pediátrico, de 07 parámetros
13. Bomba de Infusión de un canal
14. Tensiómetro para Adulto / Pediátrico
15. Estetoscopios Adulto y Pediátrico
16. Linterna para Examen
17. Set de Collarines Cervicales
18. Tabla Rígida
19. Juego de Férulas y Chaleco de Extricación
20. Set de Oftalmoscopio y Otoscopio
21. Maletín Soporte Básico de Vida
22. Maletín de Medicamentos
23. Equipo de Radiocomunicación Móvil
24. Equipo Handy de Comunicaciones
25. Glucometría
26. Silla de Ruedas Plegable
27. Accesorios



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171604395 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:22:58 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604395 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:28:52 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 10:29:06 -05:00

VI. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

| 6.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS | | |
|---|---|--|
| 6.1.1 Características y especificaciones | | |
| Del bien | | |
| N° | Características | Especificación |
| 1 | UNIDAD MÓVIL | |
| 1.1 | GENERALES | |
| 1.1.1 | Tipo | Urbana |
| 1.1.2 | Carrocería | Panel o furgoneta, ensamblada en forma conjunta con el chasis carrocería tipo compacta |
| 1.1.3 | Capacidad de transporte | 5 personas, incluido el conductor y equipamiento médico |
| 1.2 | COMPONENTES | |
| 1.2.1 | SISTEMA AUTOMOTRIZ | |
| 1.2.1.1 | MOTOR | |
| 1.2.1.1.1 | Número de cilindros | De 4 cilindros o mayor número |
| 1.2.1.1.2 | Cilindrada | De 2179 cc o mayor cilindrada |
| 1.2.1.1.3 | Combustible | Diésel |
| 1.2.1.1.4 | Sistema de admisión de combustible | Inyección directa electrónica (common rail o multipunto), con turbocompresor |
| 1.2.1.1.5 | Sistema de admisión de aire | Turbo intercooler |
| 1.2.1.1.6 | Potencia | De 140 HP o mayor potencia |
| 1.2.1.1.7 | Refrigeración | Líquido refrigerante, con anticongelante |
| 1.2.1.1.8 | Torque | De 32 kg-m o mayor torque |
| 1.2.1.2 | TREN DE TRANSMISIÓN MOTRIZ | |
| 1.2.1.2.1 | Tracción | 4 x 2 delantera o trasera |
| 1.2.1.2.2 | Tipo | Mecánica |
| 1.2.1.2.3 | Número de velocidades | De 5 velocidades o mayor numero + 1 hacia atrás o reversa |
| 1.2.1.3 | DIRECCIÓN | |
| 1.2.1.3.1 | Tipo | Asistida, Hidráulica o eléctrica o electrónica o electromecánica o de acuerdo a la tecnología del fabricante |
| 1.2.1.3.2 | Timón | Lado izquierdo |
| 1.2.1.4 | SUSPENSIÓN | |
| 1.2.1.4.1 | Suspensión delantera | Tipo independiente con barra estabilizadora o McPherson o de acuerdo a la tecnología del fabricante |
| 1.2.1.4.2 | Suspensión trasera | Eje rígido con muelles o de acuerdo a la tecnología del fabricante |
| 1.2.1.4.3 | Amortiguadores delanteros y posteriores | Con gas o solo hidráulicos y/o según fabricante. |
| 1.2.1.5 | SISTEMA DE FRENOS | |



Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL, Carimen Del Pilar
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:23:11 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| 1.2.1.5.1 | Mecanismo | Hidráulicos ABS y EBD | Firmado digitalmente por: FERNANDEZ FLORES Jorge Gustavo FAU 20171004355 hard Motivo: Day V B Fecha: 05.05.2025 10:29:19 -05:00 |
| 1.2.1.5.2 | Freno de estacionamiento o de emergencia | Sí | |
| 1.2.1.5.3 | Freno delantero | De discos (ventilados) | |
| 1.2.1.5.4 | Freno posterior | De discos sólidos o tambor | |
| 1.2.1.6 | RUEDAS Y NEUMÁTICOS | | |
| 1.2.1.6.1 | Neumáticos RADIALES delanteros y posteriores | 225/75/R16 | |
| 1.2.1.6.2 | Diámetro del aro | De 16 pulgadas o mayor | |
| 1.2.1.6.3 | Material del aro | De aleación o acero | |
| 1.2.1.6.4 | Rueda y neumático de repuesto | Una (01) de la misma característica de los demás neumáticos ofertados | |
| 1.2.1.7 | SISTEMA ELÉCTRICO AUTOMOTRIZ | | |
| 1.2.1.7.1 | Batería | De 12 V / 80 A-h o mayor (sellada de libre mantenimiento) | |
| 1.2.1.7.2 | Faros delanteros | Led o halógenos de alta y baja | |
| 1.2.1.7.3 | Faros posteriores | Led o halógenos o Xenón | |
| 1.2.1.8 | ESCAPE DE GASES | | |
| 1.2.1.8.1 | Mínima emisión de CO ₂ ; debe cumplir como límite máximo permisible de emisiones atmosféricas vehículos con tecnología euro IV, según el D.S N° 010-2017-MINAM | | |
| 1.2.1.8.2 | La expulsión de los gases de combustión deben estar ubicados de tal forma que no ingresen a la cabina de atención médica cuando tengan las puertas abiertas y en dirección contraria a la toma de aire acondicionado o ductos de ventilación | | |
| 1.2.2 | CABINA DE CONDUCCIÓN | | |
| 1.2.2.1 | DISEÑO DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN | | |
| 1.2.2.1.1 | Estructura | Compartimiento separado de la cabina de atención médica, comunicadas entre sí por ventanas corredizas herméticas | |
| 1.2.2.1.2 | Sistema de seguridad | Jaula antivuelco | |
| 1.2.2.2 | COMPONENTES DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN | | |
| 1.2.2.2.1 | Asientos delanteros | Dos (02) asientos originales de fábrica, tipo butaca, reclinables y ambos con apoya cabeza regulable | |
| 1.2.2.2.2 | Cinturones de seguridad | Dos (02), de 3 puntos, para conductor y pasajero. | |
| 1.2.2.2.3 | Sistema de audio | Radio AM/FM con puerto USB y entrada auxiliar | |
| 1.2.2.2.4 | Tapa soles acolchado | Dos (02), para piloto y copiloto | |
| 1.2.2.2.5 | Ventanas laterales de vidrio templado | Sí | |
| 1.2.2.2.6 | Parabrisas de vidrio de seguridad (laminado o templado) | Sí | Firmado digitalmente por: CHAPONAN Gil Carmen Del Pilar FAU 20171004355 hard Motivo: Day V B Fecha: 05.06.2025 17:23:26 -05:00 |
| 1.2.2.2.7 | Limpiaparabrisas | De dos (02) velocidades o ciclo intermitente o mayor | |
| 1.2.2.2.8 | Espejo retrovisor laterales | Eléctricos o mecánicos con comandos interno | |
| 1.2.2.2.9 | Cantidad de airbag | Dos (02), para Piloto y copiloto o mayor cantidad de airbags | |



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Codigo: PRC 20171004335 hard
Molivo: Doy V°B°
Fecha: 09.06.2025 10:29:35 -05:00

| | | |
|----------------|---|--|
| 1.2.2.2.10 | Elevalunas | Eléctrico |
| 1.2.2.2.11 | Luz Interior de techo | Si |
| 1.2.2.2.12 | Apertura de puertas | Con accionamiento eléctrico centralizado |
| 1.2.2.3 | SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN | |
| 1.2.2.3.1 | Tipo | Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado |
| 1.2.2.3.2 | Independiente de la cabina de atención médica | Si |
| 1.2.2.3.3 | Con aire recirculado | Si |
| 1.2.2.4 | TABLERO DE INSTRUMENTOS DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN | |
| 1.2.2.4.1 | Velocímetro con odómetro en Km | Si |
| 1.2.2.4.2 | Indicador de presión de aceite | Si |
| 1.2.2.4.3 | Indicador de carga de batería | Si |
| 1.2.2.4.4 | Indicador de luces direccionales | Si |
| 1.2.2.4.5 | Indicador de nivel de combustible | Si |
| 1.2.2.4.6 | Indicador de temperatura del refrigerante del motor | Si |
| 1.2.2.4.7 | Indicador de RPM o tacómetro | Si |
| 1.2.3 | CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | |
| 1.2.3.1 | DISEÑO ESTRUCTURAL DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | |
| 1.2.3.1.1 | Alojamiento | Original integral de fábrica. Espacio para un (01) paciente en camilla y tres (03) personas sentadas a mas |
| 1.2.3.1.2 | Luz Interior de techo | |
| 1.2.3.1.3 | Pasamanos en el interior de la cabina | |
| 1.2.3.2 | DIMENSIONES DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA (MEDIDAS INTERIORES DEL HABITÁCULO DEL PACIENTE) | |
| 1.2.3.2.1 | Altura | De 1,60 metros o mayor |
| 1.2.3.2.2 | Profundidad | De 2,30 metros o mayor |
| 1.2.3.2.3 | Ancho | De 1.70 metros o mayor |
| 1.2.3.3 | ASIENTO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL | |
| 1.2.3.3.1 | Asiento butaca tipo automotriz abatible (giratorio con seguro de movimiento - opcional) | Si |
| 1.2.3.3.2 | Instalado directamente al piso del vehículo y a la cabecera de la camilla | Si |
| 1.2.3.3.3 | Cinturón de seguridad del asiento de 3 puntos | Con dispositivo retractor o retráctil |
| 1.2.3.3.4 | Respaldo acolchado del asiento | De espuma de uretano de poliéster, retardante al fuego |
| 1.2.3.3.5 | Reposacabezas acolchado del asiento | De espuma de uretano de poliéster, retardante al fuego |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
PONAN GIL Carmen Del Pilar
20171004335 hard
v: Doy V°B°
a: 05.06.2025 17:23:43 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

 Firmado digitalmente por
 FERNANDEZ FLORES Jorge
 Gustavo FAU 20171604355 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 09.06.2025 10:30:04 -05:00

| | | |
|-----------|---|---|
| 1.2.3.3.6 | Tapiz del asiento | No absorbente, lavable e impermeable a los desinfectantes |
| 1.2.3.4 | PUERTAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | |
| 1.2.3.4.1 | Cantidad de puertas | Una (01) puerta que se abra en el lado lateral derecho corrediza (lado opuesto al chofer) y una (01) puerta abatible o doble (02) hoja vertical en la parte trasera del vehículo para cargar a un paciente en camilla |
| 1.2.3.4.2 | Hermeticidad de puertas | Para evitar la entrada de aire, agua o polvo al interior de la cabina |
| 1.2.3.4.3 | Ventana posterior y lateral, de vidrio templado polarizado | |
| 1.2.3.4.4 | Peldaños para el acceso peatonal en las puertas | De aluminio pesado (estriado) |
| 1.2.3.5 | AISLAMIENTO PARA EVITAR QUE EL RUIDO EXTERNO INGRESE AL INTERIOR DEL VEHÍCULO | |
| 1.2.3.5.1 | Aislamiento térmico y acústico en pared interna, retardante al fuego | Sí |
| 1.2.3.5.2 | Ruido interno | De 80 decibeles o menor, (en la cabina de atención médica) |
| 1.2.3.6 | REVESTIMIENTO DEL PISO | |
| 1.2.3.6.1 | Recubrimiento de una sola pieza, de material sintético, de alto tránsito de color claro | Sí |
| 1.2.3.6.2 | Sin costuras | Sí |
| 1.2.3.6.3 | Antideslizante | si |
| 1.2.3.6.4 | Lavable | Sí |
| 1.2.3.6.5 | Espesor | De 1,6 mm o mayor |
| 1.2.3.6.6 | Protección con placa metálica en la zona de acceso a la camilla | Sí |
| 1.2.3.7 | PARED Y TECHO INTERIOR | |
| 1.2.3.7.1 | Libre de proyecciones cortantes | Sí |
| 1.2.3.7.2 | Impermeable sintético | Sí |
| 1.2.3.7.3 | De alto impacto como ABS, de PVC/HPS o polímero de fibra de vidrio | |
| 1.2.3.7.4 | Termo formado | Sí |
| 1.2.3.7.5 | Sin afectación por desinfectantes y moho de color claro | Sí |
| 1.2.3.7.6 | Retardante al fuego | Sí |
| 1.2.3.7.7 | Aislamiento termoacústico entre la superficie interior y exterior | Sí |
| 1.2.3.8 | GABINETE ASIENTO TIPO BANCO (SEGÚN GRAFICO N°1) | |
| 1.2.3.8.1 | Material | Aluminio o polímero ABS termoformado o material más resistente, inoxidable de larga duración y liviano |

| | | |
|------------|---|--|
| 1.2.3.8.2 | Ancho | de 0,30 mts o menor |
| 1.2.3.8.3 | Construido longitudinalmente sobre la pared derecha de la cabina de atención médica | |
| 1.2.3.8.4 | Con bordes exteriores romos redondeados. | SI |
| 1.2.3.8.5 | Con asiento acolchado para tres personas sentadas | SI |
| 1.2.3.8.6 | Cinturones de seguridad con dispositivo retractor | Tres (03), de 3 puntos |
| 1.2.3.8.7 | Con capacidad de almacenamiento de material y equipos, y un compartimiento para la tabla de movilización | SI |
| 1.2.3.8.8 | Con tapa abatible | SI |
| 1.2.3.8.9 | Tapiz de fácil limpieza | SI |
| 1.2.3.9 | GABINETE DE ALMACENAMIENTO CON VARIOS COMPARTIMENTOS (SEGÚN GRAFICO N°1) | |
| 1.2.3.9.1 | Material | Aluminio o material sintético plástico reforzado, con fibra de vidrio (PRFV) o polímero ABS termoformado o polietileno de alta densidad (HDPE), con recubrimiento sintético (especificar el material a ofertar). |
| 1.2.3.9.2 | Ancho | De 0,30 metros o menor |
| 1.2.3.9.3 | Bordes exteriores romos o redondeados | SI |
| 1.2.3.9.4 | Colocado de extremo a extremo en el lado izquierdo de la cabina de atención médica | |
| 1.2.3.9.5 | De puertas corredizas transparentes, con gancho de seguridad | SI |
| 1.2.3.9.6 | Dividido en secciones | SI |
| 1.2.3.9.7 | Con capacidad de almacenamiento de artículos livianos | SI |
| 1.2.3.9.8 | Soporte vertical de acero inoxidable de una (1") pulgada de diámetro, instalado en la base de la estantería para fijar equipos | SI |
| 1.2.3.9.9 | Sujeto al interior del vehículo | SI |
| 1.2.3.10 | SOPORTES PARA RECIPIENTES DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS | |
| 1.2.3.10.1 | Cantidad | Dos (02) |
| 1.2.3.10.2 | Ubicación | Uno (01) en la cabecera del paciente principal y uno (01) en la cabecera del gabinete asiento |
| 1.2.3.11 | SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN | |
| 1.2.3.11.1 | Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado | |
| 1.2.3.11.2 | Independiente de la cabina de conducción | SI |



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604335 hard
Módulo de Firmas
Fecha: 09.06.2025 10:31:02 -05:00

| | | |
|------------|--|--|
| 1.2.3.11.3 | Con extracción de aire | Si |
| 1.2.3.12 | SISTEMA ELÉCTRICO DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA (INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE) | |
| 1.2.3.12.1 | Batería | De 12 VDC, 100 Amp/Hr, libre de mantenimiento |
| 1.2.3.12.2 | Batería independiente conectada al sistema de carga de la unidad móvil | Si |
| 1.2.3.12.3 | Tablero de fusibles de fácil acceso | Si |
| 1.2.3.12.4 | Convertidor | |
| 1.2.3.12.5 | Tomacorrientes dobles de 220 VAC | Cuatro (04) o mayor |
| 1.2.3.12.6 | Socket de 12 VDC tipo cigarrera | Dos (02) o más |
| 1.2.3.12.7 | Toma externa monofásica | Con cable vulcanizado de 30 metros, que evite filtración del agua y resistente a la ignición, con conectores y sistema para enrollarlo |
| 1.2.3.12.8 | Lámpara de acción automática al abrir las puertas. | Si |
| 1.2.3.12.9 | Extintores de PQS Recargable | Uno (01) en la cabina del paciente Uno (01) en la cabina de conducción Ambos con sus respectivos anclajes de seguridad y de fácil acceso |
| 1.2.4 | EXTERIOR DE LA AMBULANCIA | |
| 1.2.4.1 | Parachoques | Delantero y posterior sin filos angulares cortantes, que no excedan el ancho del vehículo |
| 1.2.4.2 | Faros neblineros delanteros | Dos (02) faros neblineros, a ambos lados del vehículo |
| 1.2.4.3 | Barra de luces de techo con domo | Uno (01) del tipo bandera, con cuatro elementos de luz estroboscópicas de tecnología LED |
| 1.2.4.4 | Luz perimetral lateral derecha | Si |
| 1.2.4.5 | Luz perimetral lateral izquierda | Dos (02) de color ámbar y Uno (01) de color blanco |
| 1.2.4.6 | Faro de faena posterior con domo | Uno (01) de color blanco |
| 1.2.4.7 | Luz perimetral posterior | Dos (02) de color ámbar |
| 1.2.4.8 | Luces direccionales lateral | Dos (02) o más |
| 1.2.4.9 | Luces direccionales delanteras | Dos (02) o más |
| 1.2.4.10 | Luces direccionales posteriores | Dos (02) o más |
| 1.2.4.11 | Luces de freno | Dos (02) o más |
| 1.2.4.12 | Sirena | Con parlante de 100 WATTS o mayor, con megáfono, externo a la barra de luces de techo y cuatro tonos como mínimo (wail, yelp, piercer y Hi-lo) |
| 1.2.4.13 | Luz de retroceso | Si |
| 1.2.4.14 | Cámara de retroceso | Si |

FIRMA DIGITAL

FIRMA DIGITAL

Firmado por
GIL Carmen Del Pilar
06355 hard
V B



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 05.06.2025 10:31:15 -05:00

| | | |
|--------------|--|--|
| 1.2.4.15 | Alarma de retroceso | Sí |
| 1.2.5 | EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE COMUNICACIÓN | |
| 1.2.5.1 | Intercomunicador para comunicación entre la cabina de conducción y la cabina de atención médica | Sí |
| 1.2.5.2 | Equipo de radiocomunicación con sintonización con la central de operaciones y cobertura a nivel nacional, con sistema VHF/HF, integrado en la cabina de conducción | Sí |
| 1.2.5.3 | Sistema de monitoreo satelital GPS (Ver XII condiciones de ejecución 7.1.6) | Sí |
| 2 | ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL PARA AMBULANCIA | |
| 2.1 | GENERALES | |
| 2.1.1 | Cantidad | Uno (01) |
| 2.1.2 | Portabilidad | Portátil para ambulancia |
| 2.1.3 | Indicador de presión negativa | |
| 2.1.4 | Tipo de sistema para bomba de vacío | |
| 2.1.5 | Control del equipo | Interruptor manual de encendido y apagado |
| 2.1.6 | Regulador de presión negativa | Mediante perilla o regulador de vacío |
| 2.1.7 | Peso del equipo | De 7 kilos o menor |
| 2.1.8 | Sistema de sujeción a la ambulancia | Antivibratorio, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia. |
| 2.2 | BOMBA DE VACÍO | |
| 2.2.1 | Nivel de ruido de la bomba de vacío | De 60 dB o menor (a 1 metro de distancia) |
| 2.2.2 | Capacidad de aspiración de la bomba de vacío | De 20 l/min o mayor |
| 2.2.3 | Presión negativa máxima (en alturas menores a 600 m.s.n.m.) de la bomba de vacío | De - 550 mm Hg o mayor |
| 2.3 | FRASCO RECOLECTOR | |
| 2.3.1 | Cantidad de frasco recolector | Dos (02) o más frascos |
| 2.3.2 | Capacidad de cada frasco recolector | De 500 ml o mayor |
| 2.3.3 | Material del frasco recolector | Policarbonato o polisulfona |



FIRMA DIGITAL

edigitalmente por
DIAZ GIL, Carmen Del Pilar
20171604355 hard
Day V B
05.06.2025 17:24:34 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 05.06.2025 09:07:14 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:31:31 -05:00

| | | |
|------------|--|---|
| 2.3.4 | Dispositivo de seguridad de rebalse o sobre flujo, del frasco recolector | si |
| 2.3.5 | Escala de medida del frasco recolector | Impresa o en alto relieve, en mililitros |
| 2.4 | CONDUCTORES AUXILIARES | |
| 2.4.1 | Conducto auxiliar entre bomba de vacío y Frasco | Tubos o conductos |
| 2.4.2 | Tipo de uso del conducto auxiliar | Reusable o desechable |
| 2.5 | BATERÍA | |
| 2.5.1 | Tipo | Recargable |
| 2.5.2 | Tiempo de autonomía | De 45 minutos o mayor tiempo de autonomía |
| 2.6 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 2.6.1 | Voltaje | 220 VAC (nominal) |
| 2.6.2 | Frecuencia de funcionamiento | 60 Hz |
| 3 | BALÓN DE OXÍGENO TIPO M PARA AMBULANCIA | |
| 3.1 | Cantidad | |
| 3.2 | Capacidad de almacenamiento | De 3450 litros o mayor |
| 3.3 | Material de construcción | De aluminio tipo M150 |
| 3.4 | Tipo de válvula | CGA - 540 |
| 3.5 | Manómetro | De O2, con manómetro de 0 a 2500 PSI o mayor. Con dos (2) salidas regulada a 50 PSI Cuerpo de bronce, con niquelado |
| 3.6 | Flujo metro | Dos (02), de 0 a 15 lpm |
| 3.7 | Humidificadores | Dos (02) , frascos esterilizables en autoclave |
| 3.8 | Sistema de sujeción a la ambulancia | Antivibratorio, de posición vertical, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia |
| 4 | BALÓN DE OXÍGENO TIPO E PARA AMBULANCIA | |
| 4.1 | Cantidad | Dos (02) |
| 4.2 | Capacidad de almacenamiento | De 685 litros o mayor |
| 4.3 | Tipo de material | De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL |
| 4.4 | Tipo de válvula | CGA – 870 |
| 4.5 | Regulador de oxígeno | Con salida fija 50 PSI, y flujo hasta 15 lpm o mayor |
| 4.6 | Sistema de sujeción a la ambulancia | Antivibratorio, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia. |
| 5 | BALÓN DE OXÍGENO TIPO D PARA AMBULANCIA | |
| 5.1 | Cantidad | Dos (02) |
| 5.2 | Capacidad de almacenamiento | De 415 litros o mayor |
| 5.3 | Tipo de material | De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPORÁN GIL Carmen Del Pila
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:24:55 -05:00

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:08:02 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171004355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:01:41 -05:00

| | | |
|------------|--|---|
| 5.4 | Tipo de válvula | CGA - 870 |
| 5.5 | Regulador de oxígeno | Con salida fija 50 PSI, y flujo hasta 15 lpm o mayor |
| 6 | BALÓN DE OXÍGENO TIPO C PARA AMBULANCIA | |
| 6.1 | Cantidad | Dos (02) |
| 6.2 | Capacidad de almacenamiento | De 215 litros o mayor |
| 6.3 | Tipo de material | De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL |
| 6.4 | Tipo de válvula Luz Interior de techo | CGA - 870 |
| 6.5 | Regulador de oxígeno | Rango de flujo del regulador de De 0 A 15 lpm, o mayor rango |
| 7 | CAMILLA TELESCÓPICA DE ALUMINIO PARA AMBULANCIA | |
| 7.1 | Cantidad | Una (01) con estándares de seguridad EN 1789 o SAE J3027 |
| 7.2 | Fabricación | Construida en material de aluminio, resistente a la corrosión |
| 7.3 | Colchoneta | Una (01), de PVC, de 2.5" o más de espesor, viscoelástico, de forro lavable e impermeable |
| 7.4 | Con soporte de RCP | SI |
| 7.5 | Posiciones | Fowler y trendelemburg, de movimiento neumático |
| 7.6 | Largo | De 195 cm o mayor |
| 7.7 | Ancho | De 55 cm o mayor |
| 7.8 | Peso | De 50 Kg o menor |
| 7.9 | Capacidad de carga | De 250 Kg o mayor |
| 7.10 | Con sistema de ruedas adicionales para subir la camilla a la ambulancia con un solo operador | SI |
| 7.11 | Ruedas con sistema de seguridad de anti retroceso | SI |
| 7.12 | Sistema de sujeción a la ambulancia | Fijo en el piso, con sujeción en la parte delantera y en la parte posterior de la cabina de atención médica, con certificación de 10 G y/o estándares de seguridad EN 1789 o SAE J3027 |
| 7.13 | Sistema porta balón de oxígeno, con receptáculo y correas de sujeción | SI |
| 7.14 | Sistema de freno | En dos (02) o más ruedas de la camilla |
| 7.15 | Cinturones con hebilla metálica | Tres (03) |
| 8 | DESFIBRILADOR PORTÁTIL CON MONITOR PARA AMBULANCIA | |
| 8.1 | GENERALES | |
| 8.1.1 | Tipo | Portátil |
| 8.1.2 | Peso | De siete (7) Kilos o menor |
| 8.2 | DESFIBRILACIÓN | |
| 8.2.1 | Tiempo de carga a máxima energía (con batería nueva) | De 5 segundos o menor |
| 8.2.2 | Selector de nivel de energía para descarga bifásica | De ocho (08) o más niveles |

Firmado digitalmente por
WILLIAM CARMEN DEL PILAR
71004355 hard
Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:25:11 -05:00Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171004355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:08:14 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

HOSPITAL
SANTA ROSA
PERUO LIBRE

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Custodio FAU 20171004355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:32:43 -05:00

| | | |
|--------|---|---|
| 8.2.3 | Capacidad de la onda bifásica | De 200 JOULE o mayor |
| 8.2.4 | Sistema de prueba de descarga | SI |
| 8.2.5 | Modo desfibrilación externo automática (DEA o AED) | SI |
| 8.2.6 | Control de inicio de carga | Desde paletas externas y panel del equipo |
| 8.2.7 | Control de descargas | Desde paletas externas |
| 8.2.8 | Energía para paletas internas | De cincuenta (50) JOULES |
| 8.2.9 | Sincronismo para cardioversión | SI |
| 8.2.10 | Sistema de sujeción a la ambulancia | Antivibratorio, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia. |
| 8.3 | PANTALLA | |
| 8.3.1 | Tamaño | De 5" de diagonal o mayor tamaño |
| 8.3.2 | Visualización en pantalla | <ul style="list-style-type: none"> Gráfica de onda ECG Valor numérico de frecuencia cardíaca Valor numérico de energía seleccionada o liberada |
| 8.3.3 | Indicador de estado de la batería | SI |
| 8.3.4 | Alarmas audibles y visibles | <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia cardíaca desconexión de paciente nivel de carga de batería |
| 8.4 | ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) | |
| 8.4.1 | Método de adquisición del ECG | <ul style="list-style-type: none"> A través del cable de ECG de tres (03) derivaciones o más A través de paletas de desfibrilación |
| 8.5 | MARCAPASOS NO INVASIVO | |
| 8.5.1 | Marcapasos no invasivo integrado al desfibrilador | <ul style="list-style-type: none"> SI |
| 8.5.2 | Ajustes del marcapasos | |
| 8.5.3 | Desfibrilación usando electrodos de adherencia descartables | <ul style="list-style-type: none"> SI |
| 8.6 | REGISTRADOR | |
| 8.6.1 | Tipo de registrador | De arreglo térmico, integrado al desfibrilador |
| 8.5.2 | Impresión en el papel térmico | ECG e información de eventos |
| 8.7 | BATERÍA RECARGABLE | |
| 8.7.1 | Batería recargable, integrada al desfibrilador | |
| 8.7.2 | Desfibrilaciones con la batería a carga máxima | Para treinta (30) desfibrilaciones o más |
| 8.8 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 8.8.1 | Voltaje | 220VAC |
| 8.8.2 | Frecuencia de funcionamiento | de 60 Hz |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
PONAN GIL Carmen Del Pilar
20171004355 hard
a Doy V° B°
a 09.06.2025 17:25:30 -05:00HOSPITAL
SANTA ROSA
PERUO LIBRE

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171004355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:08:25 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Guillermo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:32:58 -05:00

| | | |
|------------|---|---|
| 9 | OXÍMETRO DE PULSOS PARA AMBULANCIA | |
| 9.1 | GENERALES | |
| 9.1.1 | Tipo | Portátil |
| 9.1.2 | Peso con baterías incluidas | De seiscientos (600) gramos o menor |
| 9.1.3 | Capacidad de almacenamiento de información o tendencias | De 24 horas a mas |
| 9.1.4 | Parámetros monitorizados | Saturación de oxígeno (SpO2) y frecuencia de pulsaciones (BPM o LPM) |
| 9.1.5 | Método de medición en condiciones de baja perfusión y en movimiento | Tecnología de extracción de señales o algoritmo de procesamiento de señales cardíacas |
| 9.1.6 | Tecnología de pantalla | LCD o LED |
| 9.1.7 | Interfaz de entrada | Mediante teclado |
| 9.1.8 | Con protector antigolpe y/o caldas | Si |
| 9.2 | PARÁMETROS DE MEDICIÓN | |
| 9.2.1 | Límite inferior de medición de la saturación de oxígeno (SpO2) | De 70 % o menos |
| 9.2.2 | Límite superior de medición de la saturación de oxígeno (SpO2) | De 100 % |
| 9.2.3 | Precisión de la saturación de oxígeno (SpO2), en el rango de 70 % a 100 % | De +/- 2 % o +/- 2 dígitos o menor |
| 9.2.4 | Límite inferior de medición de la frecuencia de pulsaciones (bpm o lpm) | |
| 9.2.5 | Límite superior de medición de la frecuencia de pulsaciones (bpm o lpm) | De 240 bpm o mayor |
| 9.2.6 | Barra gráfica o Valor numérico | <ul style="list-style-type: none"> Índice de perfusión o Índice de calidad de pulso o Índice de amplitud y calidad de pulso |
| 9.3 | ALARMAS AUDIOVISUALES | |
| 2.3.1 | Alarma visible y audible de SpO2 | Alto SpO2 y bajo SpO2 |
| 2.3.2 | Alarma visible y audible de bpm o lpm | Alto BPM y bajo BPM |
| 2.3.3 | Alarma visible y audible de batería baja | Si |
| 2.3.4 | Alarma visible y audible de sensor desconectado o en mal estado | |
| 2.3.5 | Silenciador de alarmas | Si |
| 9.4 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 9.4.1 | Voltaje | 220 VAC (nominal) |
| 9.4.2 | Frecuencia de funcionamiento | de 60 Hz |
| 10 | DETECTOR DE LATIDOS FETALES PORTATIL PARA AMBULANCIA | |

FIRMA DIGITAL

Firmado por
GIL, Carmen Del Pilar
06355 hard
V° B°
2025 17:25:47 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:08:44 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:33:11 -05:00

| | | |
|-------------|---|---|
| 10.1 | GENERALES | |
| 10.1.1 | Tipo | Portátil |
| 10.1.2 | Apagado automático | Cuando el equipo no está en uso |
| 10.1.3 | Interfaz de entrada | Mediante teclado |
| 10.1.4 | Peso | De 500 gramos o menor |
| 10.2 | UNIDAD DE CONTROL | |
| 10.2.1 | Control de volumen | Regulable |
| 10.2.2 | Control de encendido y apagado | Mediante interruptor o botón |
| 10.2.3 | Modo de operación | Efecto doppler pulsado o continuo |
| 10.2.4 | Rango de medición de la frecuencia cardíaca | De 60 LPM a 120 LPM o rango mayor |
| 10.2.5 | Resolución de la medición de la frecuencia cardíaca (LPM O BPM) | De 2 LPM o bpm o menor |
| 10.2.6 | Técnica de cálculo de reducción de ruido o artefactos | Autocorrelación en tiempo real para frecuencia cardíaca fetal |
| 10.3 | PANTALLA | |
| 10.3.1 | Tecnología de la pantalla | LCD, LED u OLED |
| 10.4 | VISUALIZACIÓN EN PANTALLA | |
| 10.4.1 | Batería baja | Sí |
| 10.4.2 | Frecuencia cardíaca fetal | |
| 10.4.3 | Adecuada señal de latido cardíaco fetal | Mediante ícono o indicador |
| 10.5 | SISTEMA DE AUDIO | |
| 10.5.1 | Componente incorporado | Altavoz o bocina |
| 10.5.2 | Conexión de salida de audio | Auricular o audífono |
| 10.6 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 10.6.1 | Voltaje | 220 VAC (nominal) |
| 10.6.2 | Frecuencia de funcionamiento | 60 Hz |
| 11 | EQUIPO DE VENTILACIÓN PULMONAR DE TRANSPORTE PARA PACIENTE ADULTO/PEDIÁTRICO PARA AMBULANCIA | |
| 11.1 | GENERALES | |
| 11.1.1 | Unidad de control | Microprocesador |
| 11.1.2 | Mezclador de aire y oxígeno integrado al equipo | Sí |
| 11.1.3 | Calibración para compensación barométrica | Manual o automática |
| 11.1.4 | Compensación de resistencia del tubo endotraqueales | Automática o compensación del compliance del circuito |
| 11.1.5 | Botón de silencio de alarma | Sí |
| 11.1.6 | Idioma del sistema operativo | Español |

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
AN GIL Carmen Del Pilar
1604355 hard
a V° B°
06.2025 17:26:05 -05:00

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:08:57 -05:00

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:33:23 -05:00

| | | |
|-------------|--|---|
| 11.1.7 | Suministro de aire medicinal | Mediante turbina interna al equipo |
| 11.1.8 | Capacidad de funcionar con accesorios descartables | Circuito paciente y sensor de flujo y sensor de oxígeno |
| 11.1.9 | Con compensación de fugas | Sí |
| 11.2 | MODOS DE VENTILACIÓN | |
| 11.2.1 | Ventilación asisto/controlada (A/C), en ventilación controlada por volumen (VCV) | Sí |
| 11.2.2 | Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), en ventilación controlada por volumen (VCV) | Sí |
| 11.2.3 | Ventilación asisto/controlada (A/C), en ventilación controlada por presión (VCP) | Sí |
| 11.2.4 | Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), en ventilación controlada por presión (VCP) | Sí |
| 11.2.5 | Presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP) | Sí |
| 11.2.6 | Presión de soporte (PSV) | Sí |
| 11.2.7 | Ventilación de respaldo de apnea o ventilación de apoyo de seguridad | Sí |
| 11.3 | CONTROLES | |
| 11.3.1 | Límite inferior del rango de Volumen corriente | De 50 ml o menor |
| 11.3.2 | Límite Superior del rango de Volumen Corriente | De 1500 ml o mayor |
| 11.3.3 | Límite Inferior del rango de la Frecuencia Respiratoria | De 4 rpm o menor |
| 11.3.4 | Límite Superior del rango de la Frecuencia Respiratoria | De 100 rpm o mayor |
| 11.3.5 | Flujo Inspiratorio | Manual o automático |
| 11.3.6 | Sensibilidad | Flujo o presión |
| 11.3.7 | Límite Inferior de FIO ₂ | De 0.21 (21%) o menor |
| 11.3.8 | Límite Superior de FIO ₂ | De 1.0 (100%) o mayor |
| 11.3.9 | Límite Inferior del rango de Presión Inspiratoria | De 5 cmH ₂ O o menor |
| 11.3.10 | Límite Superior del rango de Presión Inspiratoria | De 90 cmH ₂ O o mayor |
| 11.3.11 | Límite inferior del rango de Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP) | De 0 cmH ₂ O o apagado |

HOSPITAL
SANTA ROSA
FIRMA DIGITAL

digitalmente por
N. GIL Carmen Del Pilar
004355 hard
V° B°
06.2025 17:26:20 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:09:09 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:50:52 -05:00

| | | |
|-------------|---|----------------------------------|
| 11.3.12 | Límite superior del rango de Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP) | De 35 cmH ₂ O o mayor |
| 11.3.13 | Límite inferior del rango de Presión de Soporte (PSV) | De 1 cmH ₂ O o menor |
| 11.3.14 | Límite superior del rango de Presión de Soporte (PSV) | De 60 cmH ₂ O o mayor |
| 11.4 | PARÁMETROS MONITORIZADOS EN PANTALLA | |
| 11.4.1 | Presión Inspiratoria pico o máxima | Sí |
| 11.4.2 | Presión media en vías aéreas | Sí |
| 11.4.3 | Presión meseta | Sí |
| 11.4.4 | Presión positiva al Final de la Espiración (PEEP) | Sí |
| 11.4.5 | Frecuencia respiratoria | Sí |
| 11.4.6 | Volumen Minuto Total | Sí |
| 11.4.7 | Volumen Minuto Espontáneo | Sí |
| 11.4.8 | Tiempo Inspiratorio | Sí |
| 11.4.9 | Tiempo Espiratorio | Sí |
| 11.4.10 | Relación I:E | Sí |
| 11.4.11 | Volumen Corriente | Sí |
| 11.4.12 | Fracción inspirada de Oxígeno en el Aire (FiO ₂) | Sí |
| 11.4.13 | Compliance dinámica (Cdyn) o Compliance Estática (Cstat) | Sí |
| 11.4.14 | Cálculo de resistencia Inspiratoria y Espiratoria | Sí |
| 11.4.15 | Cálculo del Índice P 0.1 | Sí |
| 11.4.16 | Índice de Respiración Superficial Rápida (RSB o RSRI) | Sí |
| 11.4.17 | Cálculo de presión Inspiratoria Máxima (MIP) o Fuerza Inspiratoria Negativa (NIF) | Sí |
| 11.5 | ALARMAS DEL PACIENTE (AUDIBLES Y VISUALES) | |
| 11.5.1 | De alta presión | Sí |
| 11.5.2 | Pérdida de PEEP | Sí |
| 11.5.3 | Desconexión del circuito paciente | Sí |
| 11.5.4 | Alta presión/oclusión continua | Sí |
| 11.5.5 | De apnea | Sí |
| 11.5.6 | Volumen minuto bajo | Sí |
| 11.5.7 | Volumen minuto alto | Sí |
| 11.5.8 | Alto PEEP | Sí |
| 11.5.9 | De Alta frecuencia respiratoria | Sí |
| 11.5.10 | De FiO ₂ | Alta y baja |

FIRMA DIGITAL

Firmado por
GIL Carmen Del Pilar
04355 hard
V° B°
15/05/2025 17:26:37 -05:00

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:09:23 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 09.06.2025 10:33:55 -05:00

| | | |
|-------------|--|--|
| 11.6 | ALARMAS DEL EQUIPO DE VENTILACIÓN PULMONAR (AUDIBLES Y VISUALES) | |
| 11.6.1 | De ventilador inoperativo o falla del ventilador | Si |
| 11.6.2 | De baja presión o falla de suministro de gases | Si |
| 11.6.3 | De pérdida o falla de alimentación eléctrica | Si |
| 11.6.4 | De batería baja | Si |
| 11.7 | PANTALLA INTEGRADA | |
| 11.7.1 | Tipo | LCD o TFT o LED, a color |
| 11.7.2 | Interfaz de entrada | Pantalla táctil (touch screen) o perilla selectora |
| 11.7.3 | Tamaño | De 10" (diagonal) o mayor |
| 11.7.4 | Formas de onda máximas mostradas | Tres (03) o más |
| 11.7.5 | Visualización de lazos o bucles | De Dos (02) o más |
| 11.7.6 | Monitorización de la presión esofágica o presión transpulmonar | Si |
| 11.7.7 | Frecuencia de funcionamiento | 60 Hz |
| 12 | MONITOR DE FUNCIONES VITALES ADULTO/PEDIÁTRICO, DE 06 PARÁMETROS, PARA TRANSPORTE EN AMBULANCIA | |
| 12.1 | GENERALES | |
| 12.1.1 | Tipo | Portátil, con asa |
| 12.1.2 | Base | Preconfigurado o modular |
| 12.1.3 | Parámetros | Electro cardiograma (ECG), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SpO2), presión arterial no invasiva (PANI), temperatura corporal (TEMP), capnografía (CO2) y presión invasiva (PI) |
| 12.1.4 | Tendencias | Hasta 48 horas o más |
| 12.1.5 | Protección | Contra descargas del desfibrilador |
| 12.1.6 | Peso | de 6,5 kg o menor, incluyendo la batería |
| 12.1.7 | Conexión a sistema de información hospitalaria | Mediante protocolo HL7 |
| 12.1.8 | Silenciador de alarmas | Función de suspender o silenciar alarmas |
| 12.1.9 | Interfaz de entrada | Mediante pantalla táctil (touch screen) y/o Perilla selectora |
| 12.2 | ALARMAS | |
| 12.2.1 | De selección para límite superior e inferior de la Frecuencia Cardíaca | Si |
| 12.2.2 | De apnea | Si |
| 12.2.3 | De selección para límite superior e inferior de la Frecuencia Respiratoria | Si |
| 12.2.4 | De selección para límite inferior de la Saturación de Oxígeno | |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
APONAN GIL Carmen Del Pilar
U20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 09.06.2025 17:27:26 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 09.06.2025 09:09:36 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:34:14 -05:00

| | | |
|-------------|---|--|
| 12.2.5 | De selección para límite superior e inferior de la Presión Arterial no Invasiva | Sí |
| 12.2.6 | De selección para límite superior e inferior de la temperatura | Sí |
| 12.2.7 | De selección para límite superior e inferior del CO2 Espirado (etCO2) | Sí |
| 12.2.8 | De selección para límite superior e inferior de la Presión Invasiva | Sí |
| 12.3 | PANTALLA | |
| 12.3.1 | Tipo | LCD o TFT, a color para visualización de parámetros |
| 12.3.2 | Tamaño | 12" diagonal o mayor |
| 12.3.3 | Resolución | 1024 x 768 pixeles o mayor |
| 12.3.4 | Gráficas | De Ocho (08) ondas simultáneas o más |
| 12.4 | ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) | |
| 12.4.1 | Visualización en pantalla | Dos (02) ondas o más y un (01) valor numérico medido |
| 12.4.2 | Rango de medición de la frecuencia cardiaca (bpm o lpm) | De 30 a 250 bpm o rango más amplio |
| 12.4.3 | Selección de derivadas | De Doce (12) derivadas I, II, III, aVR, aVL, aVF, v1, v2, v3, v4, v5, v6 |
| 12.4.4 | Detección o rechazo del pulso del marcapasos | Sí |
| 12.4.5 | Detección de arritmias | De Doce (12) tipos o más |
| 12.4.6 | Análisis de desnivel ST | En doce (12) derivaciones |
| 12.5 | FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR) | |
| 12.5.1 | Visualización en pantalla | Una (01) onda o más y un (01) valor numérico medido |
| 12.5.2 | Método de medición | A través de cable ECG (método de impedancia) y a través de las vías aéreas mediante la capnografía |
| 12.5.3 | Rango | De 5 a 120 respiraciones por minuto o rango más amplio |
| 12.6 | SATURACIÓN DE OXÍGENO (SpO2) | |
| 12.6.1 | Método de medición en condiciones de baja perfusión y/o movimiento | Tecnología de extracción de señales, o algoritmo de procesamiento de señales cardíacas |
| 12.6.2 | Visualización en pantalla | Una (01) onda pletismográfica y un (01) valor numérico medido |
| 12.6.3 | Método de medición | Absorción de luz de longitud de onda |
| 12.6.4 | Rango de la Saturación de Oxígeno | 70% a 100% o rango más amplio |
| 12.6.5 | Precisión | +/- 3% o +/- 3 dígitos o menor, en el rango de 70 % a 100 % |
| 12.6.6 | Rango del pulso cardíaco mediante pulsioximetría (bpm o lpm) | De 30 a 240 bpm o rango más amplio |
| 12.6.7 | Indicador en pantalla | Potencia de la señal o perfusión o intensidad de señal |
| 12.7 | PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (PANI) | |
| 12.7.1 | Visualización en pantalla | Valor numérico medido: sistólica, diastólica y media |

Firmado digitalmente por
CHAPORIAN DEL Carmen I
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:27:5

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:09:46 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:34:20 -05:00

| | | |
|--------------|--|---|
| 12.7.2 | Método de medición | Oscilométrico |
| 12.7.3 | Tipo de paciente | Adultos y niños |
| 12.7.4 | Modo para toma de presión | Manual y automático (a diferentes intervalos de tiempo o periódico) |
| 12.8 | TEMPERATURA CORPORAL (TEMP) | |
| 12.8.1 | Visualización en pantalla | De Dos (02) Valores numéricos medidos |
| 12.8.2 | Rango de medición | De 0 °C a 45 °C o más amplio |
| 12.8.3 | Número de canales | Dos (02) o más |
| 12.9 | CAPNOGRAFÍA (CO2) | |
| 12.9.1 | Visualización en pantalla | Una (01) onda o más y un (01) valor numérico medido |
| 12.9.2 | Método de medición | Mainstream o Sidestream |
| 12.9.3 | Rango de medición | De 0 mmHg a 99 mmHg o rango más amplio |
| 12.10 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 12.10.1 | Voltaje | 220 VAC (nominal) |
| 12.10.2 | Frecuencia de funcionamiento | 60 Hz |
| 13 | BOMBA DE INFUSIÓN DE UN CANAL PARA AMBULANCIA | |
| 13.1 | GENERALES | |
| 13.1.1 | De infusión continua de fluidos | Sí |
| 13.1.2 | Tipo | volumétrico |
| 13.1.3 | Protección contra libre flujo | Sí |
| 13.1.4 | Número de canales de infusión | Uno (01) |
| 13.1.5 | Compatible con diferentes juegos de infusión | Sí |
| 13.1.6 | Idioma del software | Español |
| 13.2 | MONITORIZACIÓN DE PARÁMETROS | |
| 13.2.1 | De flujo | Sí |
| 13.2.2 | De volumen total infundido | Sí |
| 13.2.3 | De Tiempo restante | Sí |
| 13.2.4 | De batería | Sí |
| 13.3 | CONTROLES | |
| 13.3.1 | Límite inferior del rango de flujo de infusión | De 1 ml/h o menor |
| 13.3.2 | Límite superior del rango de flujo de infusión | De 1000 ml/h o mayor |
| 13.3.3 | Resolución del flujo de infusión | De 0.1 ml/h o menor |
| 13.3.4 | Tasa de flujo para manejar la vena abierta (MVA o KVO) | De 5 ml/h o menor |
| 13.3.5 | Límite inferior del volumen de infusión | De 0.1 ml o menor |
| 13.3.6 | Límite superior del volumen de infusión | De 9999 ml o mayor |
| 13.3.7 | Programación de bolos | Sí |
| 13.4 | ALARMAS | |



Firmado digitalmente por
CHAPONÁN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:28:41 -05:00



Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:10:00 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:10:11 -05:00

| | | |
|---------------|--|---------------------------------------|
| 13.4.1 | De oclusión de vía | Si |
| 13.4.2 | De aire en la línea de infusión | Si |
| 13.4.3 | De infusión completa | Si |
| 13.4.4 | De puerta abierta | Si |
| 13.4.5 | De batería baja | Si |
| 13.4.6 | De error de sistema | Si |
| 13.5 | COMPONENTES | |
| 13.5.1 | Mecanismo de bombeo | Peristáltico o volumétrico o pistón |
| 13.5.2 | Pantalla digital | Si |
| 13.5.3 | Memoria para registro de eventos | Si |
| 13.5.4 | Puerto de comunicación | USB o Bluetooth |
| 13.6 | REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | |
| 13.6.1 | Voltaje | 220 VAC (nominal) |
| 13.6.2 | Frecuencia de Funcionamiento | 60 Hz |
| 13.6.3 | Batería interna recargable | Autonomía de cinco (05) horas o mayor |
| 14 | TENSIOMETROS PARA ADULTO y PEDIATRICO PARA AMBULANCIA | |
| 14.1 | CARACTERÍSTICAS GENERALES | |
| 14.1.1 | ADULTO: | |
| 14.1.1.1 | Sistema de medición de presión arterial tipo analógico o tipo reloj, visualizar para visualizar los valores en mmHg, con exactitud de 5mmHg, o menor, protegido por vidrio o plástico resistente, calibrado adecuadamente | |
| 14.1.1.2 | Manómetro de presión no adherido al brazalete con escala de lectura de 0 a 300 mmHg | |
| 14.1.1.3 | Cubierta del manometro anti impacto | |
| 14.1.1.4 | Dos brazaletes de tela o velcro reusables: - uno (01) para paciente adulto; talla grande - uno (01) para paciente adulto; talla estándar | |
| 14.1.1.5 | Perilla de goma | |
| 14.1.1.6 | Válvula de ajuste fino | |
| 14.1.1.7 | Piezas recambiables | |
| 14.1.1.8 | Estuche para traslado y protección | |
| 14.2 | PEDIATRICO: | |
| 14.2.1 | Sistema de medición de presión arterial tipo analógico o tipo reloj, visualizar para visualizar los valores en mmHg, con exactitud de 5 mmHg, o menor, protegido por vidrio o plástico resistente, calibrado adecuadamente | |
| 14.2.2 | Manómetro de presión no adherido al brazalete con escala de lectura de 0 a 300 mmHg | |
| 14.2.3 | Cubierta del manometro anti impacto | |
| 14.2.4 | Dos brazaletes de tela o velcro reusables: - uno (01) para paciente pediátrico - uno (01) para paciente infante | |
| 14.2.5 | Perilla de goma | |
| 14.2.6 | Válvula de ajuste fino | |
| 14.2.7 | Piezas recambiables | |
| 14.2.8 | Estuche para traslado y protección | |
| 15 | ESTETOSCOPIOS ADULTO Y PEDIATRICO PARA AMBULANCIA | |
| 15.1 | ADULTO | |
| 15.1.1 | Empaque o envase para el equipo | |
| 15.1.2 | Capsula de acero inoxidable | |

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
GIL Carmen Del Pilar
36355 hard
V° B°
2025 17:29:09 -05:00

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:10:11 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:34:37 -05:00

| | |
|-------------|--|
| 15.1.3 | De doble campana de acero inoxidable |
| 15.1.4 | Campana y diafragma para paciente adulto |
| 15.1.5 | Borde de campana recubierta de jebe |
| 15.1.6 | Diafragma que permita la detección de amplio rango de frecuencias (sonidos de alta y baja frecuencias) capacidad de registrar frecuencias de 20 Hz a 1500 Hz |
| 15.1.7 | Tubuladura en "y" moldeadas juntas (dos tubos en un solo diseño) con arco interno de acero inoxidable, la cual no permite frotamiento de estas tabuladoras |
| 15.1.8 | Con olivas de plástico y/o jebe ergonómicos enroscable, suaves adaptables a la apertura del pabellón auricular |
| 15.2 | PEDIATRICO |
| 15.2.1 | Empaque o envase para el equipo |
| 15.2.2 | Capsula de acero inoxidable |
| 15.2.3 | De doble campana de acero inoxidable |
| 15.2.4 | Campana y diafragma para paciente pediátrico |
| 15.2.5 | Borde de campana recubierta de jebe |
| 15.2.6 | Diafragma que permita la detección de amplio rango de frecuencias (sonidos de alta y baja frecuencias) capacidad de registrar frecuencias de 20 Hz a 1500 Hz |
| 15.2.7 | Tubuladura en "y" moldeadas juntas (dos tubos en un solo diseño) con arco interno de acero inoxidable, la cual no permite frotamiento de estas tubuladoras |
| 15.2.8 | Con olivas de plástico y/o jebe ergonómicos enroscable, suaves adaptables a la apertura del pabellón auricular |
| 16 | LINTERNA PARA EXAMEN PARA AMBULANCIA |
| 16.1 | Linterna para examen led (luz blanca) |
| 16.2 | Con clip tipo lapicero |
| 16.3 | Para uso medico |
| 16.4 | Mango a pilas y/o baterías |
| 16.5 | Pilas o baterías recargables incluidas |
| 16.6 | Un (01) juego de baterías y/o pilas recargables de repuesto |
| 16.7 | Una (01) lámpara de repuesto (de led de luz blanca) |
| 16.8 | Un (01) cargador de baterías y/o pilas (110-240VAC, 60 Hz salida auto regulable para el tipo de pila y/o batería de la linterna de examen) |
| 17 | SET DE COLLARINES CERVICALES PARA AMBULANCIA |
| 17.1 | CARACTERISTICAS TÉCNICAS |
| 17.1.1 | De dos (02) tamaños, adulto-estándar, pediátrico/niño-estándar |
| 17.1.2 | Radio compatible con RX, TAC y MRI |
| 17.1.3 | Con orificio para cánula de traqueotomía |
| 17.1.4 | Rígido para cubierta plástica parcial |
| 17.1.5 | Con tira de velcro o cierre regulable |
| 18 | TABLA RIGIDA PARA AMBULANCIA |
| 18.1 | CARACTERISTICAS GENERALES |
| 18.1.1 | Camilla de material de poliuretano de alta densidad, para transporte de pacientes |
| 18.1.2 | Que permita sacar radiografías al transportarlo sin necesidad de sacarlo de la tabla |
| 18.1.3 | Que permita mantener la alineación de la columna en toda su extensión |
| 18.1.4 | Con empuñaduras en el borde de la tabla para levantar al lesionado |
| 18.1.5 | Peso liviano menor de 8 kg |
| 18.1.6 | Tabla para paciente adulto |
| 19 | JUEGO DE FERULAS Y CHALECO DE EXTRICACIÓN PARA AMBULANCIA |
| 19.1 | JUEGO DE FÉRULAS |
| 19.1.1 | Rígida con alma flexible de aleación de aluminio |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:10:25 -05:00



FIRMA

Firmado digitalmente por
CARRERA L. Carlien C
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:29:3



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 09.06.2025 10:35:12 -05:00

| | |
|---------------|--|
| 19.1.2 | De material lavable, no absorbente a fluidos y secreciones |
| 19.1.3 | Sistema de fijación o sujeción por velcro |
| 19.1.4 | Un juego de férulas de diferentes tamaños para miembros superiores e inferiores comprende <ul style="list-style-type: none"> • Férula para inmovilizar fractura de muñeca • Férula para inmovilizar antebrazos de adultos o piernas de niños • Férula para inmovilizar tobillo o codo • Férula para inmovilizar miembros superiores de adultos o inferiores de niños • Férula para inmovilizar miembros inferiores de adultos |
| 19.1.5 | No debe tener válvulas, bombas |
| 19.1.6 | Con bolsa de transporte |
| 19.2 | CHALECO DE EXTRICACIÓN |
| 19.2.1 | Que permita el uso simultáneo de collarín cervical |
| 19.2.2 | Capacidad de inmovilizar columna vertebral |
| 19.2.3 | Reforzado con varillas |
| 19.2.4 | Transparente a los rayos x |
| 19.2.5 | Almohada para la nuca |
| 19.2.6 | Banda para la nuca y barbilla |
| 19.2.7 | Material resistente nylon recubierto con vinilo o polivinilo, lavable, reforzado y reusable |
| 19.2.8 | Uso en pacientes adultos, pediátricos y embarazadas |
| 20 | SET DE OFTALMOSCOPIO / OTOSCOPIO PARA AMBULANCIA |
| 20.1 | OFTALMOSCOPIO |
| 20.1.1 | CARACTERISTICAS TÉCNICAS |
| 20.1.2 | Con rueda de diafragma |
| 20.1.3 | Con filtros de libre de rojo (filtro verde), filtro de polarización |
| 20.1.4 | Sistema de iluminación por lámpara xenón o led |
| 20.1.5 | Con ópticas de observación: con lentes de -10 a +25 dioptrías, como mínimo |
| 20.2 | OTOSCOPIO |
| 20.2.1 | Apto para trabajo con espéculos de tamaños diferentes |
| 20.2.2 | Con lupa para visualización timpánica |
| 20.2.3 | Sistema de iluminación por lámpara xenón o led |
| 20.3 | MANGO PARA OTOSCOPIO / OFTALMOSCOPIO |
| 20.3.1 | Un (01) mango para funcionamiento con baterías recargables compatibles para otoscopio y oftalmoscopio o individual para cada uno |
| 20.3.2 | Control de iluminación |
| 20.3.3 | Baterías recargables incluidas |
| 21 | MALETIN SOPORTE BÁSICO DE VIDA PARA AMBULANCIA |
| 21.1 | CARACTERISTICAS |
| 21.1.1 | Maletín diseñado para emergencias, completamente rígido de aluminio o sintético, lavable resistente y ligero con compartimientos que permita contener la totalidad de los materiales y equipos solicitados de manera ordenada y de fácil acceso |
| 21.1.2 | Portátil, resistente a golpes y caídas de uso constante y durable |
| 21.2 | CONTENIDO DEL MALETÍN |
| 21.2.1 | RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS |
| 21.2.1.1 | Bolsa de silicona esterilizables en autoclave y con capacidad mayor de 1200 cc |
| 21.2.1.2 | Dos (02) mascarillas para pacientes adultos de diferentes tamaños con bordes acojinados anatómicos, transparentes, esterilizables en autoclave |
| 21.2.1.3 | Válvula de paciente y válvula PEEP regulable y esterilizables en autoclave |
| 21.2.1.4 | Bolsa de reservorio de oxígeno no menor de 2000 cc |
| 21.2.2 | RESUCITADOR MANUAL PEDIATRICO |



FIRMA DIGIT

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL, Carmen Del P
FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 04.06.2025 17:30:16 -05



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171604355 hard
Motivo: Day V "B"
Fecha: 09.06.2025 09:10:37 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171004359 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 09.04.2025 10:01:07 -05:00

| | |
|---------------|--|
| 21.2.2.1 | Bolsa de silicona esterilizables en autoclave y con capacidad mayor a 450 cc y menor a 1000 cc |
| 21.2.2.2 | Dos mascarillas para pacientes de diferentes tamaños con bordes acojinados, anatómicos, transparentes, esterilizables en autoclave |
| 21.2.2.3 | Válvula de paciente y válvula de seguridad de sobre presión (RELIEF) esterilizable en autoclave |
| 21.2.2.4 | Bolsa de reservorio de oxígeno no menor de 2000 cc |
| 21.2.3 | LARINGOSCOPIO |
| 21.2.3.1 | Con sistema de iluminación de fibra óptica |
| 21.2.3.2 | Lámpara de xenón o led |
| 21.2.3.3 | Con tres hojas de acero inoxidable de diferentes tamaños, reusables y autoclavables, para pacientes adultos tipo Macintosh |
| 21.2.3.4 | Una hoja para pacientes pediátricos tipo Macintosh reusable y autoclavables |
| 21.2.3.5 | Tres hojas de diferentes tamaños para pacientes pediátricos tipo Miller reusable |
| 21.2.3.6 | Un mango para batería recargable con cargador 220 VAC 60 Hz |
| 21.2.4 | OTROS ACCESORIOS |
| 21.2.4.1 | Set de tubos oro faríngeos tipo mayo de diferentes tamaños n° 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 |
| 21.2.4.2 | Tubos endotraqueales (orotraqueal con CUFF) para pacientes pediátricos y adultos de diferentes tamaños n° 2.5, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 (2 por cada número), y dos guías reusables |
| 21.2.4.3 | Tubos endotraqueales (nasotraqueal sin CUFF) para pacientes pediátricos y adultos de diferentes tamaños n° 2.5, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 (2 por cada número), y dos guías reusables |
| 21.2.4.4 | Set de tubos naso faríngeos preformados de diferentes tamaños N° 2.5, 3, 4, 5, 6. |
| 21.2.4.5 | Cinco (05) mascarar laríngeas descartables de diferentes tamaños N° 1.5, 2, 2.5, 3 y 4.5 |
| 21.2.4.6 | Una (01) pinza tipo Magill de 17 cm aproximadamente |
| 21.2.4.7 | Una (01) pinza tipo Magill de 25 cm aproximadamente |
| 21.2.4.8 | Una (01) botella de aluminio para oxígeno portátil con regulador y flujo metro tipo M-9, para ser transportado dentro del maletín, botella llena a presión máxima |
| 21.2.4.9 | Abreboca |
| 0 | Depresor lingual Buchwald de acero quirúrgico. |
| 22 | MALETIN DE MEDICAMENTOS PARA AMBULANCIA |
| 22.1 | GENERAL |
| 22.1.1 | Deberá contener medicamentos, insumos y materiales para brindar asistencia médica en pacientes |
| 22.1.2 | Maletín diseñado para transportar medicamentos, insumos y materiales, completamente rígido de material de aluminio o sintético, lavable resistente y ligero con compartimientos que permita contener la totalidad de los medicamentos solicitados de manera ordenada y de fácil acceso |
| 22.1.3 | Portátil, resistente a golpes y caídas de uso constante y durable |
| 22.2 | CONTENIDO DEL MALETÍN |
| 22.2.1 | Debe albergar como mínimo los medicamentos insumos y materiales indicados en la norma técnica de salud N°051-MINSA/OGDN-V0.1 con su respectivo REGISTRO SANITARIO |
| 23 | EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION MOVIL PARA AMBULANCIA |
| 23.1 | GENERALES |
| 23.1.1 | Equipo para comunicación radial en VHF con la base de operaciones |
| 23.1.2 | Equipo de radiocomunicación para ser utilizado como medio de comunicación entre los establecimientos de salud y equipo itinerante |
| 23.1.3 | Para uso comercial en el rango de 136-174 MHz |
| 23.1.4 | Deberá estar pre sintonizado con las frecuencias radiales del ministerio de salud TX/RX 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.830 MHZ, 160.625 MHZ y una frecuencia de RX 166.930 y TX 171.930 MHZ. |
| 23.1.5 | Número de canales mínimo 20 programables |
| 23.1.6 | Pasos de sintonía entre 10/12.5, 5/15/20/25 KHZ |
| 23.1.7 | Botones programables |
| 23.1.8 | Scanner explorador de canales |
| 23.1.9 | Bloqueo de canal ocupado |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por SANTOJA
NICHÉZ Javier Fernando
FAU 20171004359 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 09.04.2025 09:22:41-05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171004359 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 09.04.2025 17:30:39 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 05.06.2025 10:35:45 -05:00

| | | |
|---------|---|---------------------------------|
| 23.1.10 | Estándar militar (referido a polvo, ruido y humedad en sistemas de radiocomunicación) | |
| 23.1.11 | Llamada selectiva | |
| 23.1.12 | Password de seguridad | |
| 23.1.13 | Identificador de llamadas por PTT-ID | |
| 23.1.14 | Programable y ajustable por pc (software y cable respectivo) | |
| 23.1.15 | El equipo debe ser de radiocomunicación privada con certificación de homologación otorgada por el ministerio de transportes y comunicaciones | |
| 23.2 | TRANSMISOR | |
| 23.2.1 | Potencia de salida de 100 Watts como mínimo | |
| 23.3 | RECEPTOR | |
| 23.3.1 | Potencia de salida de audio: mayor de 2 Watts | |
| 23.4 | SISTEMA DE ALIMENTACIÓN | |
| 23.4.1 | Sistema de alimentación adaptable al vehículo | |
| 23.5 | ANTENA MÓVIL | |
| 23.5.1 | Antena móvil tipo VHF/FM, de la misma marca del equipo de radio y sintonizada a la frecuencia de operación del ministerio de salud, ganancia de 3.4 dB o mayor | |
| 23.5.2 | Impedancia de antena 50 Ohm aproximadamente | |
| 23.6 | ACCESORIOS | |
| 23.6.1 | Clip colgador de micrófono | |
| 23.6.2 | Kit de montaje para ser instalada en la cabina del conductor de la ambulancia, cables de alimentación y fusibles de repuestos | |
| 23.7 | INSTALACIÓN | |
| 23.7.1 | El equipo debe ser instalado en la ambulancia tipo III | |
| 23.4.2 | Pruebas de operación y funcionamiento | |
| 24 | EQUIPO HANDY DE COMUNICACIONES PARA AMBULANCIA | |
| 24.1 | GENERALES | |
| 24.1.1 | Equipo para comunicación radial en VHF con Handy y equipo de radiocomunicaciones | |
| 24.1.2 | Dos (02) Handy en frecuencia VHF de la misma marca del equipo de radiocomunicación móvil | |
| 24.1.3 | Potencia de salida mínima de 5.0 Watts | |
| 24.1.4 | Para uso comercial en el rango de 136 a 174 MHz | |
| 24.1.5 | Deberá estar pre sintonizado con las frecuencias radiales del ministerio de salud TX/RX 166.930 MHz, 170.610 MHz, 171.830 MHz, 160.625 MHz y una frecuencia de RX 166.930 y TX 171.930 MHz. | |
| 24.1.6 | Scanner de canales | |
| 24.1.7 | Display lcd alfanumérico con backlight | |
| 24.1.8 | Con codificador de DTMF | |
| 24.1.9 | 20 canales de memoria como mínimo | |
| 24.1.10 | Función de apagado automático programable | |
| 24.1.11 | Permite programación manual o por PC | |
| 24.1.12 | Con baterías recargables | |
| 24.1.13 | Con cargador de batería de mesa | |
| 24.1.14 | Con cargador de batería de vehículo | |
| 24.1.15 | Micrófono con clip | |
| 24.1.16 | Batería de repuesto | |
| 25 | GLUCOMETRIA PARA AMBULANCIA | |
| 25.1 | GENERALES | |
| 25.1.1 | Voltage | 220 VAC |
| 25.1.2 | Frecuencia funcionamiento | de 60 Hz |
| 25.1.3 | Apagado automático | Cuando el equipo no está en uso |

HOSPITAL
SANTA ROSA
PUERTO LIBRE

FIRMA DIGITAL

Firmado por
FLORES Jorge
U 20171604355 hard
(V° B°)
05.06.2025 10:36:22 -05:00

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPORAIN GL. Carmen Del
FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:31:01 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | | |
|-------------|--|---|
| 25.1.4 | Tecnología de medición | Absorbancia fotométrica, reflectancia fotométrica o electroquímica |
| 25.1.5 | Rango de medición de la concentración de hemoglobina | 0 g/dL a 26 g/dL |
| 25.1.6 | Presición de la medida | Coefficiente de variación (CV) < menor 4 % |
| 25.1.7 | Tamaño (volumen) de la muestra | Menor o igual a 10 uL |
| 25.1.8 | Tipo de muestra | Sangre (capilar o venosa) |
| 25.1.9 | Tiempo de emisión de resultados | Menor o igual a 60 s |
| 25.1.10 | Temperatura de funcionamiento | de 4 °C a 40 °C |
| 25.1.11 | Pantalla de presentación de resultados | Digital o táctil |
| 25.1.12 | Fuente de poder alternativa | Pilas o baterías recargables (equipo cargador de pilas recargables) |
| 25.1.13 | Autonomía de operación de la Fuente de poder alternativa | Mayor a 100 horas |
| 25.1.14 | Contenedor de muestras | Tiras reactivas |
| 26 | SILLA DE RUEDAS PLEGABLE PARA AMBULANCIA | |
| 26.1 | CARACTERÍSTICAS GENERALES | |
| 26.1.1 | Bastidor plegable ligero y maniobrable | |
| 26.1.2 | Capacidad de carga como mínimo de 150 kg | |
| 26.1.3 | Con dos (02) empuñaduras plegables como mínimo en el respaldo | |
| 26.1.4 | En la parte inferior con dos (02) empuñaduras telescópicas | |
| 26.1.5 | Con asiento y respaldo de nylon recubierto de vinilo o lona sintética o material de acuerdo al diseño de cada fabricante, de fácil limpieza de manchas, sangre y fluidos corporales | |
| 26.1.6 | Con cuatro (04) ruedas, mínimo dos (02) ruedas con freno | |
| 26.1.7 | Cinturón o correa de seguridad para inmovilizar al paciente | |
| 26.1.8 | Con sistema de anclaje para pared y/o piso de la ambulancia | |
| 27 | ACCESORIOS | |
| 27.1 | ACCESORIOS PARA CADA AMBULANCIA | |
| 27.1.1 | Dos (02) TRIÁNGULOS DE PELIGRO | |
| 27.1.2 | Extintor PQS o de CO ₂ , recargable de 2 kilos con sistema de anclaje | |
| 27.1.3 | Extintor PQS o de CO ₂ , recargable de 4 kilos con sistema de anclaje | |
| 27.1.4 | Gata hidráulica, con manija, según peso de la ambulancia | |
| 27.1.5 | Faja de remolque reforzado tipo eslinga | |
| 27.1.6 | Juego de cable de emergencia de batería (tipo cocodrilo) | |
| 27.1.7 | Faro de luz portátil, recargable y con alimentación desde el encendedor | |
| 27.1.8 | Llave de palanca en I, con dado según tuerca de las ruedas | |
| 27.1.9 | Llaves francesas de 10" | |
| 27.1.10 | Llave de ruedas en cruz | |
| 27.1.11 | Medidor de presión de neumáticos | |
| 27.1.12 | Tacos de seguridad | |
| 27.1.13 | Desarmador plano 8 pulgadas | |
| 27.1.14 | Desarmador estrella 8 pulgadas | |
| 27.1.15 | Un (01) Juego de llaves mixtas para mecánica (8 mm a 19 mm) | |
| 27.1.16 | juego de dados para mecánica con palanca, milimétricas (8 mm a 19 mm), | |
| 27.1.17 | Alicate de corte de 8 pulgadas | |
| 27.1.18 | Alicate de presión de 8 pulgadas | |
| 27.1.19 | Compresor de aire de doble pistón de acero inoxidable u otro tipo de metal, para inflado de neumáticos, con suministro eléctrico de 12 v/cc y conectores a batería y/o toma eléctrica de | |

Firmado digitalmente por
SANCHEZ JAVIER PEREZ
20171004355 hard
Motivo: Day V-B
Fecha: 09.06.2025 09:11:11

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del PI
20171004355 hard
Motivo: Day V-B
Fecha: 09.06.2025 17:31:48 -05

FIRMA DIGIT

Firmado digitalmente por
ANDEZ FLORES Jorge
20171004355 hard
Motivo: Day V-B
Fecha: 09.06.2025 10:36:39 -05:00

FIRMA DIGITAL



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | | |
|----------------|---|----------------------------|
| | automóvil, de flujo mínimo de 50 l/min. | |
| 27.1.20 | AUTOADHESIVO REFLECTANTE Y CINTAS REFLECTIVAS | |
| 27.1.20.1 | Según NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 (ANEXO I IDENTIFICACION DE AMBULANCIAS) y según normas y dispositivos de tránsito vigentes (Según MTC) | |
| 27.2 | ACCESORIOS DEL ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL PARA AMBULANCIA | |
| 27.2.1 | Cánulas de succión descartable adulto | Ciento cincuenta (150) und |
| 27.2.2 | Cánulas de succión descartable pediátrico | Ciento cincuenta (150) und |
| 27.2.3 | Filtro hidrofóbico o bactericida | Cincuenta (50) und |
| 27.2.4 | Bolsas canister descartable | Cincuenta (50) und |
| 27.2.4 | Cable de alimentación | Uno (01) und |
| 27.3 | ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO M PARA AMBULANCIA | |
| 27.3.1 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente adulto, libre de látex | Cinco (05) und |
| 27.3.2 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente pediátrico, libre de látex | Cinco (05) und |
| | ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO E PARA AMBULANCIA | |
| 27.4.1 | Canastilla de transporte | Uno (01) und |
| 27.4.2 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente adulto, libre de látex | Cinco (05) und |
| 27.4.3 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente pediátrico, libre de látex | Cinco (05) und |
| 27.5 | ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO D Y C PARA AMBULANCIA | |
| 27.5.1 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente adulto, libre de látex | Cinco (05) und |
| 27.5.2 | Mascarilla de reservorio con elásticos y tubos de conexión a paciente pediátrico, libre de látex | Cinco (05) und |
| 27.6 | ACCESORIOS CAMILLA TELESCÓPICA DE ALUMINIO PARA AMBULANCIA | |
| 27.6.1 | Sistema de seguridad para evitar descenso de la camilla | |
| 27.6.2 | Porta suero telescópico | |
| 27.6.3 | Juego de correas de sujeción para piernas, abdomen y tórax | |
| 27.6.4 | Asas o manijas laterales abatibles para empujar/jalar la camilla | |
| 27.7 | ACCESORIOS PARA EL DESFIBRILADOR CON MONITOR Y MARCAPASOS PARA AMBULANCIA | |
| 27.7.1 | Un (01) Cable troncal de ECG para tres (03) derivaciones (compatible con el equipo) | |
| 27.7.2 | Un (01) Juego de cables de ramales para tres (03) derivaciones | |
| 27.7.3 | Dos (02) cables troncal de ECG para seis (06) derivaciones o más | |
| 27.7.4 | Dos (02) Juegos de cables ramales para seis (06) derivaciones o más | |
| 27.7.5 | Veinte (20) pares de electrodos de adherencia descartables tamaño adulto para marcapasos externo y desfibrilación a manos libres | |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
SANCHEZ Javier
20171604355 para
Molivo: Day V B
Fecha: 09.06.2025 09:12:40 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Molivo: Day V B
Fecha: 09.06.2025 10:37:03 -05:00



FIRMA DIG

Firmado digitalmente por
SANCHEZ Lilian
Carmen Del I
FAU 20171604355 hard
Molivo: Day V B
Fecha: 05.06.2025 17:32:14 -0



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

 Firmado digitalmente por
 FERNANDEZ FLORES Jorge
 Gustavo FAU 20171604355 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 09.06.2025 10:37:27 -05:00

| | |
|---------------|--|
| 27.7.5.3 | Cable de conexión, para electrodos descartables De la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 27.7.6 | Veinte (20) pares de electrodos de adherencia descartables tamaño pediátrico para marcapasos externo y desfibrilación a manos libres |
| 27.7.7 | Cien (100) und. electrodos descartables para ECG tipo broche para piel |
| 27.7.8 | Cinco (05) frasco de gel conductor |
| 27.7.9 | Diez (10) rollos de papel termo sensible |
| 27.7.10 | Un (01) maletín de transporte del desfibrilador y accesorios |
| 27.7.11 | Un (01) cable de alimentación de la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 27.8 | ACCESORIOS DEL OXÍMETRO DE PULSOS PARA AMBULANCIA |
| 27.8.1 | Diez (10) sensores de oximetría reusable de la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 27.8.2 | Diez (10) sensores adulto con conexión directa al equipo |
| 27.8.3 | Tres (03) Sensores pediátrico/neonatal con conexión directa al equipo |
| 27.8.4 | Un (01) cable de alimentación o cargador externo de la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 9 | ACCESORIOS DEL DETECTOR DE LATIDOS FETALES PARA AMBULANCIA |
| 27.9.1 | Un (01) cargador de batería <ul style="list-style-type: none"> - Voltaje de entrada 220 V AC (nominal) - Frecuencia de funcionamiento 60 Hz |
| 27.9.2 | Una (01) Sonda o Transductor Ultrasónico |
| 27.9.2.1 | De la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo: <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de Trabajo: entre 02 MHz a 03 MHz - Potencia Máxima de salida: entre 22 Mw/cm2 o menor - A prueba de agua |
| 27.9.3 | Dos (02) gel conductor acústico 250 ml |
| 27.9.4 | Un (01) auricular o audífono |
| 27.9.5 | Dos (02) baterías recargables para cuatro (04) horas o mayor |
| 27.9.6 | Una (01) Bolsa o Estuche de Transporte |
| 27.10 | ACCESORIOS DEL EQUIPO DE VENTILACIÓN PULMONAR DE TRANSPORTE PARA PACIENTE ADULTO/PEDIÁTRICO PARA AMBULANCIA |
| 27.10.1 | Un (01) cable de alimentación de la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 27.10.2 | Dos (02) juegos completo de circuito paciente adulto , reusable |
| 27.10.3 | Cuatro (04) juegos completo de circuito paciente pediátrico , reusable |
| 27.10.4 | Cuatro (04) pulmón de prueba de la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo <ul style="list-style-type: none"> Cuatro (04): - Dos (02) adulto - Dos (02) pediátrico |
| 27.10.5 | Cuatro (04) sensores de flujo proximal o distal (reusable y esterilizable) |
| 27.10.6 | Una (01) manguera de oxígeno con conexión DISS |
| 27.10.7 | Una (01) batería interna recargable para 30 minutos o mayor |
| 27.10.8 | Con un (01) maletín de transporte para el equipo y accesorios |
| 27.10.9 | Veinte (20) filtros HME con eficiencia de 99.99 % o mayor |
| 27.10.10 | Dos (02) celdas o sensores de oxígeno |
| 27.11 | ACCESORIOS DEL MONITOR DE FUNCIONES VITALES ADULTO/PEDIÁTRICO, DE 07 PARÁMETROS, PARA TRANSPORTE EN AMBULANCIA, MAS UN (01) CABLE DE ALIMENTACIÓN |
| 27.11.1 | ECG para 3 derivadas <ul style="list-style-type: none"> - Dos (02) Cables troncales de ECG para 3 derivadas, de 1,50 m o mayor - Cinco (05) Cables ramales de ECG para 3 derivadas De la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |



FIRMA DIGITAL

 Firmado digitalmente por
 APOQUAN GIL, Carmen Del Pilar
 U/20171604355 hard
 Ivo: Doy V° B°
 Fecha: 09.06.2025 17:32:33 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | | |
|-----------|---|---|
| 27.11.2 | ECG para 5 o 6 derivadas | - Dos (02) Cables troncales de ECG para 5 o 6 derivadas , de 1,50 m o mayor - Cinco (05) Cables ramales de ECG para 5 o 6 derivadas De la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo |
| 27.11.3 | Saturación de Oxígeno (SpO2) | - Seis (06) Sensor reusable para medir saturación de oxígeno, para adulto. - Dos (02) Sensor reusable para medir saturación de oxígeno, para pediátrico - Cuatro (04) Cable extensor |
| 27.11.4 | Presión Arterial No Invasiva (PANI) | - Diez (10) Brazaletes reusable para medición de la presión no invasiva, para adulto - Dos (02) Brazaletes reusable para medición de la presión no invasiva, para pediátrico - Cinco (05) Brazaletes reusable para medición de la presión no invasiva, para adulto grande - Dos (02) Brazaletes reusable para medición de la presión no invasiva, para pediátrico pequeño - Dos (02) Manguera con conector para los brazaletes adulto/pediátrico |
| 27.11.5 | Temperatura Corporal (TEMP) | - Dos (02) Sensor reusable de temperatura (de piel o superficie), para adulto - Dos (02) Sensor reusable de temperatura (de piel o superficie), para pediátrico |
| 27.11.6 | CAPNOGRAFÍA (CO2) | |
| 27.11.6.1 | Sensor de Capnografía | <ul style="list-style-type: none"> En caso de ser Mainstream: Dos (02) sensores reusables, con cable conector al equipo, con dos adaptadores reusables de vías aéreas o cuarenta (40) adaptadores descartables de vías aéreas, Con set de calibración, si el equipo lo requiere. En caso de ser Sidestream: Veinte (20) trampas de agua, cuarenta (40) líneas de muestra y veinte adaptadores endotraqueales reusables de vías aéreas. En caso de ser Microstream: Veinte (20) trampas de agua, cuarenta (40) líneas de muestra Veinte (20) adaptadores endotraqueales reusables de vías aéreas. |
| 27.11.7 | Cinco (05) rollos o paquetes de Papel Termosensible | |
| 27.11.8 | Cien (100) Electrodos para ECG, tipo Broche, para piel | |
| 27.11.9 | Una (01) Batería , tipo recargable, incorporada al equipo, con autonomía de 60 minutos o mayor | |
| 27.12 | ACCESORIOS DE LA BOMBA DE INFUSIÓN DE UN CANAL PARA AMBULANCIA | |
| 27.12.1 | Un (01) Cable de Alimentación | |
| 27.12.2 | Cincuenta (50) Sets de Infusión Intravenoso (LIBRES DE DEHP) | |
| 27.12.3 | Un (01) Mecanismo de Sujeción a Porta suero | |
| 27.13 | ACCESORIOS DE ESTETOSCOPIO ADULTO PARA AMBULANCIA | |
| 27.13.1 | Dos (02) pares de Olivas de Plástico y/o Jebe Ergonómicos de repuesto | |
| 27.13.2 | Un (01) Diafragma de estetoscopio de repuesto | |
| 27.13.3 | Un (01) Borde de campana de recubierta de jebe de repuesto | |
| 27.14 | ACCESORIOS DE ESTETOSCOPIO PEDIATRICO PARA AMBULANCIA | |
| 27.14.1 | Dos (02) pares de Olivas de plástico y/o jebe ergonómicos de repuesto | |
| 27.14.2 | Un (01) Diafragma de estetoscopio de repuesto | |
| 27.14.3 | Un (01) Borde de campana de recubierta de jebe de repuesto | |
| 27.15 | ACCESORIOS DE LA TABLA RIGIDA PARA AMBULANCIA | |
| 27.15.1 | Inmovilizador de cabeza, reusable, impermeable con fijación para frente y mandíbula | |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
20171604355 hard
Motivo: Day V¹ B¹
Fecha: 09.06.2025 09:13:04 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V¹ B¹
Fecha: 09.06.2025 10:37:46 -05:00



FIRMA DIG

Firmado digitalmente por
CHAPMAN GL Carmen Del
FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V¹ B¹
Fecha: 05.06.2025 17:32:53 -4



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | |
|--------------|--|
| 27.15.2 | Sujetadores para pierna, cintura y tórax |
| 27.15.3 | Correa tipo araña (spider strap) |
| 27.16 | ACCESORIOS DEL JUEGO DE FERULAS PARA AMBULANCIA |
| 27.16.1 | Una (01) Bolsa de traslado con asa |
| 27.16.2 | Tres (03) Correas codificadas por color con clip de seguridad |
| 27.17 | ACCESORIOS DEL SET DE OFTALMOSCOPIO Y OTOSCOPIO PARA AMBULANCIA |
| 27.17.1 | Un (01) Estuche a prueba de impactos que contenga el set completo |
| 27.17.2 | Cuatro (04) Set de Espéculos auriculares reutilizables de distinto tamaño |
| 27.17.3 | Tres (03) Set de Espéculos desechables de distinto tamaño |
| 27.17.4 | Un (01) Cargador de baterías de funcionamiento a 220 VAC |
| 27.17.5 | Dos (02) Lámparas de repuesto para el oftalmoscopio y retinoscopio |

6.1.2 Envase, empaque y/o embalaje

El Proveedor deberá entregar los bienes embalados en el lugar de entrega. El envase/embalaje del **equipamiento médico deberá estar de acuerdo con lo autorizado en su Registro Sanitario**, tomando en cuenta el Título IV de Dispositivos médicos del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, **aprobado con Decreto Supremo N.º 016-2011-SA** y modificatorias.

En la entrega/recepción del equipo, el personal encargado o comité de recepción conformado por Almacén General, Almacén Especializado, UGTH, Unidad de Transporte y el Coordinador de Transporte Asistido realizarán la inspección técnica respectiva del cumplimiento de acuerdo a lo **autorizado en el registro sanitario**.



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171004305 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:33:10 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por PANTOJA
SANCHEZ Javier Fernando FAU
20171004305 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 09:13:20 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171004305 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:38:11 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:38:33 -05:00

VII. CONDICIONES DE EJECUCIÓN

7.1 Condiciones generales

- 7.1.1** El contratista será el único responsable ante la Entidad contratante de cumplir con la entrega, pruebas e instalación del equipo que le fue adjudicado, **no pudiendo transferir, total o parcialmente, esta responsabilidad a terceros** (subcontratistas), otras entidades o terceros en general.
- 7.1.2** En la etapa de "Pruebas", el contratista deberá de acreditar la fecha de fabricación del bien, de acuerdo al **"FORMATO N° 01 - Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas y especificaciones"**.
- 7.1.3** El Contratista deberá efectuar las pruebas y puesta en funcionamiento de la ambulancia y del equipamiento médico, para ello **suministrará todos los elementos, equipos mecánicos, equipos eléctricos, accesorios y/o partes necesarias para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el lugar de entrega.**
- 7.1.4** 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 equipamiento médico, se deberá entregar al Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria - UGTH y a la Unidad de Transporte, las respectivas licencias de uso al momento de la recepción de los equipos.
- 7.1.5** Al momento de la recepción de la ambulancia y del equipamiento médico, el contratista deberá entregar al área técnica de la Unidad de Transporte y a la Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria - UGTH, al término de las pruebas, las contraseñas o claves o password de ingreso al modo de servicio técnico de los equipos médicos. Estos deberán ser entregados en un file debidamente detallado, los accesos (usuario y password) y sus alcances de cada uno de ellos.
- 7.1.6** El contratista deberá incorporar un GPS sin costo para la Entidad, y deberá cubrir el servicio de GPS por el tiempo mínimo de 24 meses. Asimismo, deberá presentar con la entrega de la unidad(vehículo) la autorización del prestador de servicio de monitoreo, a la Unidad de Transporte.
- 7.1.7** Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a entrega/recepción del bien (Ambulancia), el contratista deberá elaborar y presentar al área técnica UGTH, el contenido del "FORMATO N° 06 - Formato para el protocolo de pruebas" de la ambulancia y del equipamiento médico. El área técnica correspondiente, comunicará al contratista en un plazo no mayor de cinco (5) días calendario, la aprobación de la información presentada mediante el Formato N° 06.



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:38:06 -05:00

Las pruebas contenidas en el FORMATO N° 06 serán revisadas por el área técnica UGTH y a la Unidad de Transporte, previo a la aprobación por este último del Formato para el protocolo de pruebas, podrá mejorar el contenido de dicho Formato para el protocolo de pruebas; por tal motivo es necesario que el contratista conjuntamente con la entrega del contenido del FORMATO N° 06, entregue obligatoriamente los manuales de operación y servicio técnico del fabricante.

Los manuales de operación (de los equipos dentro la unidad de la ambulancia) y servicio técnico del equipamiento médico deberán estar en español o traducido al español. No se aceptarán, manuales parciales o provisionales, procediéndose a su devolución.

Se precisa que, para dar visto bueno a las pruebas de la ambulancia y del equipamiento médico, el contratista estará obligado a presentar el "FORMATO N° 07 - Resultados del protocolo de pruebas de la ambulancia y del equipamiento médico" debidamente llenado, luego de cumplir las actividades indicadas en el contenido del FORMATO N° 06.



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
PONAN GIL Carmen Del Pilar
20171604355 hard
Motivo: Day V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:33:31 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

- 7.1.8** Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la entrega/recepción del bien, el Contratista deberá elaborar y presentar a las áreas técnicas: Unidad de Transporte y UGTH, el contenido del "FORMATO N° 12 - Programa de Mantenimiento Preventivo" y el contenido del "FORMATO N° 13 - **Procedimientos de mantenimiento preventivo de la ambulancia y del equipamiento médico.** El área técnica del Hospital Santa Rosa, aprobará y comunicará por escrito al contratista la conformidad del contenido del FORMATO N° 12 y FORMATO N° 13, en un plazo no mayor de cinco días (05) calendarios.

El contenido del FORMATO N° 12 y FORMATO N° 13, serán revisados por la Unidad de Transporte y UGTH. Previamente a la aprobación de su contenido

Los manuales de operación y/o mantenimiento de la ambulancia deberán ser en español o traducido en español. No se aceptarán, manuales parciales o provisionales, procediéndose a su devolución.

Se aclara que el periodo del Programa de Mantenimiento Preventivo de la ambulancia y del equipamiento médico, deberá coincidir con el periodo de garantía de 36 meses para la ambulancia y 24 meses para el equipamiento médico. 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.

- 7.1.9** Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato, el contratista deberá solicitar a la entidad, el diseño de pintura y distintivos de la ambulancia (NTS N°051; cintas reflectoras; lema y logo del HSR).

La entidad, dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la solicitud del contratista, deberá de remitir el diseño de pintura y distintivos de la ambulancia al contratista (NTS N°051 y LEMA Y LOGO DEL HSR).

- 7.1.10** Para la entrega, instalación y pruebas operativas de la ambulancia y del equipamiento médico, el contratista deberá tener en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura, presión atmosférica y la altura sobre el nivel del mar del lugar de entrega del equipo indicado en el numeral 7.1.2, asegurando la operación y funcionamiento del equipo, lo cual se demostrará con el resultado favorable del protocolo de pruebas "FORMATO N° 07".

- 7.1.11** La conformidad de recepción de la ambulancia y del equipamiento médico 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.

- 7.1.12** El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipamiento médico y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se compromete a realizar los upgrade o actualizaciones del software instalados en los equipos médicos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).

- 7.1.13** El Contratista deberá asegurar, durante un periodo no menor de cinco (05) años, la disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de las ambulancias y del equipamiento médico. El plazo se contabilizará a partir del día siguiente de suscrito el "Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y del equipamiento médico - FORMATO N° 02".

El contratista para el servicio de post-venta, deberá presentar una Carta de Compromiso en el cual manifieste que tendrá disponibilidad de ofertar a la Entidad el (los) stock(s) de insumos, repuestos y accesorios de los equipos adjudicados y que mantendrá dicha disponibilidad por un periodo no menor a cinco (05) años, dicho documento deberá presentarlo en la entrega y/o recepción del bien.

- 7.1.14** El equipamiento médico que utilice energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador

HOSPITAL
SANTA ROSA
PERÚ

FIRMA DIGITAL

digitalmente por
JUAN GIL, Carmen Del Pilar
171604355 hard
Doy V° B°
05.06.2025 17:33:56 -05:00

HOSPITAL
SANTA ROSA
PERÚ

FIRMA DIGITAL

digitalmente por
ANDRÉS FLORES, Jorge
40 FAU 20171604355 hard
Doy V° B°
10.06.2025 10:39:34 -05:00

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

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 área técnica del Hospital Santa Rosa o quien haga sus veces realizará la inspección técnica respectiva.

VIII. GARANTIA

| | |
|------------------------------|---|
| Cobertura | <p>Los bienes ofertados y sus componentes tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, en las condiciones imperantes en el lugar de destino.</p> <p>La ambulancia, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Contratista realizará la reparación del equipo, proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios.</p> <p>El equipamiento médico, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Contratista realizará la reparación del equipo, proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios.</p> <p>El contratista emitirá un certificado de garantía donde indicará la vigencia y alcances de esta por los equipos suministrados.</p> |
| Inicio | Se iniciará desde el día siguiente de la suscripción de la conformidad del "FORMATO N° 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y del equipamiento médico". |
| Duración | <p>La garantía será contada a partir del día siguiente de la fecha señalada en el Acta de conformidad, teniendo una vigencia no menor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Treinta y seis (36) meses por la unidad móvil. Veinticuatro (24) meses por el equipamiento médico <p>El contratista de acuerdo a su oferta puede ofrecer mayor tiempo de garantía.</p> |
| Atención por garantía | <p>Al ocurrir un evento y/o requerimiento la Entidad comunicará al Contratista quien deberá dar el soporte a distancia en forma inmediata, de no haber solución al incidente el Contratista debe atender en forma presencial con su personal, dentro del siguiente plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Plazo inicial: el Contratista tiene un plazo de dos (02) 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 Contratista podrá trasladar a su taller particular el bien o el componente averiado, previa autorización de la UNIDAD DE CONTROL PATRIMONIAL HSR Plazo adicional: Si el bien no ha sido reparado en el plazo inicial, el Contratista tendrá un plazo adicional máximo de quince (05) días calendarios para culminar la reparación, debiendo reemplazar el bien con otro de similares características o superiores (Back Up) dentro de 02 días calendarios de otorgado el plazo adicional. Si el equipo no ha sido reparado en el Plazo adicional el Contratista reemplazará el equipo defectuoso por uno nuevo, de igual característica técnica o superior. 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. La conformidad estará dada por la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento (UGTH y U/T). <p>El incumplimiento en la prestación de este servicio, dará lugar a las acciones legales correspondientes.</p> |



FIRMA DIGITAL

ado digitalmente por
NANDEZ FLORES Jorge
ayo FAU 20171604355 hard
id: Doy V" B"
05.06.2025 10:39:51 -05:00



FIRMA DIGITAL

ado digitalmente por
PONJAN Gil, Carmen Del Pilar
20171604355 hard
id: Doy V" B"
05.06.2025 17:34:17 -05:00

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | |
|---------------------------------|--|
| Tipos de atención | <p>A distancia: Se desarrolla por medio de los siguientes canales: teléfono, correo electrónico (TRANSPORTE@HSR.GOB.PE) y acceso remoto. Para este fin el Contratista proporcionará estos datos y es su obligación mantenerlo actualizado y vigente durante el periodo de garantía del equipo.</p> <p>Para la suscripción del contrato, el Contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico, la sola remisión del correo electrónico por parte (Oficina de Logística) del Hospital Santa Rosa al Contratista será considerado como una notificación válida.</p> <p>Presencial: El personal clave designado por el Contratista, se apersona al Hospital Santa Rosa, según se establece en el contrato.</p> |
| Extensión de la garantía | Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al Contratista, éste deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. Si el tiempo de inactividad mensual de inoperatividad del bien es mayor del 25 % del tiempo de uso total en un mes, el contratista deberá cambiar el bien por uno nuevo. |

IX. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

9.1 Lugar de entrega:

La ambulancia y el equipamiento médico deberá ser entregado y puesto en operación en el siguiente destino:

| N.º | Lugar de entrega | Dirección | Distrito/provincia/ región | Teléfono |
|-----|---|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 | Almacén Central del Hospital Santa Rosa | Av. Bolívar, cuadra 8 S/N | Pueblo Libre/Lima/Lima | 6158200 anexo 414 |

- El contratista deberá acreditar la entrega de la ambulancia y del equipamiento médico en el Almacén Central, mediante la **Guía de Remisión** y de manera detallada, siendo de entera responsabilidad por las demoras o retrasos en que incurra por el internamiento fuera del plazo contractual.
- El contratista entregará la ambulancia con un máximo de 200 kilómetros de recorrido.

9.2 Plazo de entrega:

El plazo de entrega de los bienes es: ochenta (80) días calendario, contados desde el día siguiente de la firma del contrato. Dicho plazo comprende las siguientes actividades:

| Nº | Actividad | Actividad precedente | Responsable |
|--------------------------|--|--|-------------|
| 1 | Entrega de la ambulancia y del equipamiento médico en el almacén que designe la entidad. | Firma de contrato | Contratista |
| 2 | Pruebas y capacitación de la ambulancia y del equipamiento médico. | Entrega del bien en el Almacén Central HSR | Contratista |
| Plazo de entrega: | | 80 días calendarios | |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171604350 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:34:38 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604350 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:40:10 -05:00

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

X. CAPACITACIÓN

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Day V B
Fecha: 09.06.2025 10:42:34 -05:00**10.1 Capacitación y/o entrenamiento****10.1.1 Plan de Actividades**

| Nº | Actividad | Plazo máximo / Duración | Actividad precedente | Responsable |
|----|---|------------------------------|--|---|
| 1 | Presentación del programa y contenido de la capacitación (FORMATO N° 08 y FORMATO N° 10), al área técnica de la Entidad. | Dos (2) días calendario | De la recepción/entrega del bien (ambulancia) | Contratista |
| 2 | Aprobación del programa y contenido de la capacitación | Un (1) día calendario | Presentación del programa y contenido de la capacitación (FORMATO N° 08 y FORMATO N° 10), a la Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria (UGTH), Unidad de Transporte y Personal Asistencial del Hospital Santa Rosa. | Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria (UGTH) |
| 3 | Capacitación dirigida al personal de la Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria (UGTH), Unidad de Transporte y Personal Asistencial del Hospital Santa Rosa. | Cuatro (4) horas como mínimo | Configuración y puesta en operación del bien | Contratista |
| 4 | Capacitación dirigida al personal profesional de la salud, Lic. Enfermería y técnicos, personal técnico biomédico y pilotos/choferes. (UGTH /UT/ENF). | Cuatro (4) horas como mínimo | Configuración y puesta en operación del bien | Contratista |
| 5 | Entrega de una "Constancia de Capacitación" a cada uno de los participantes de la capacitación impartida. | Un (1) día calendario | Término de la capacitación impartida por el Contratista | Contratista |

10.1.2 Contenido mínimo de la capacitación

| | |
|----------------------|--|
| FORMATO N° 08 | Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y del equipamiento médico. |
| FORMATO N° 10 | Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y del equipamiento médico. |

FIRMA DIGITAL

digitalmente por
MAY GIL Carmen Del Pilar
71604355 hard
Day V B
09.06.2025 17:35:02 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

10.1.3 Capacitación al personal asistencial, técnicos, pilotos y choferes (total: diecisiete -17).**10.1.3.1 Capacitación del personal asistencial, pilotos y choferes de la Unidad Móvil de emergencia médica (ambulancia).**

| CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL | |
|--------------------------------------|---|
| CARACTERÍSTICAS | REQUERIMIENTO |
| Personal a capacitar | Hasta trece (13) o más usuarios directos por módulo. |
| Tiempo de capacitación | 4 horas y/o según requerimiento del usuario. |
| Instructores | Expertos capacitados en los equipos adjudicados. |
| Estructura del curso | Teórico - práctico: - Manejo operacional funcional. - Cuidado y conservación básica (limpieza y cuidados mínimos de la ambulancia y los equipos). |
| Lugar de capacitación | En las instalaciones del Hospital Santa Rosa. |
| Fecha de capacitación | Después de la recepción y previa coordinación con las jefaturas de la unidad de Transporte y Servicio de Emergencia. |

10.1.3.2 Capacitación al personal técnico, pilotos y choferes del equipamiento médico de la ambulancia - tipo III

| CAPACITACIÓN AL PERSONAL TECNICO | |
|----------------------------------|--|
| CARACTERÍSTICAS | REQUERIMIENTO |
| Personal a capacitar | Cuatro (04) técnicos de la UGTH y siete (07) pilotos y/o choferes de ambulancia. |
| Tiempo de capacitación | 4 horas, según requerimientos del usuario |
| Instructores | Expertos en los equipos de preferencia ingenieros electrónicos o biomédicos |
| Estructura del curso | Teórico - práctico: En el servicio técnico, referido: - La operación de los equipos, - Diagrama, componentes, instalación, fallas comunes (trouble shoting) - Mantenimiento preventivo y correctivo |
| Lugar de capacitación | En las instalaciones del Hospital Santa Rosa |
| Fecha de capacitación | Después de la recepción y previa coordinación con las jefaturas de la UGTH y la unidad de Transporte |



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN Gil, Carmen Del Pilar
IDU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:35:23 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 10:43:10 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ FLORES Jorge
Gustavo PAU 20171604395 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:43:21 -05:00**XI. RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DEL BIEN PRINCIPAL****11.1 Condiciones de entrega y recepción**

La conformidad de recepción del equipo estará sujeta al cumplimiento de cada uno de los puntos que se describen en el "Formato N° 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y del equipamiento médico", la cual será emitida en un plazo no mayor de quince (15) días calendario; de existir observaciones, será notificado al contratista, estableciendo un plazo para que subsane que no podrá ser mayor a ocho (08) días calendario. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar las observaciones no puede ser mayor de quince (15) días calendario.

11.2 Responsabilidad de la Conformidad

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo según lo indicado en el Formato N° 02, estarán a cargo de:

- 1) Firma y sello del jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Servicio de Emergencia y Coordinador de la Unidad Funcional de Transporte Asistido de Pacientes del Hospital Santa Rosa.
- 2) Firma y sello de los responsables de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento y la Unidad de Transporte.
- 3) Informe del equipamiento biomédico de la ambulancia por la Unidad Biomédica-Gestión Tecnológica Hospitalaria - UGTH del Hospital Santa Rosa.

11.3 Personal de contratista

El personal que ejecutará los mantenimientos **preventivos de la ambulancia y equipamiento médico** deberá ser profesionales habilitados y tener experiencia necesaria para realizar los trabajos

XII. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL**12.1 Prestaciones accesorias a la prestación principal (ref. 4.2.1)**

El proveedor deberá entregar el programa de mantenimiento preventivo según protocolo de fábrica por el periodo de garantía de 36 meses y 24 meses, a la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento y a la Unidad de Transporte del Hospital Santa Rosa, a los cinco (05) días posteriores a la recepción/entrega, FORMATO N° 12 y 13. Pudiendo mejorar el programa de mantenimiento preventivo de acuerdo a las condiciones de funcionamiento del equipo y previa aprobación del área usuaria.

El costo total de cada mantenimiento será asumido durante el periodo programado.

El contratista dejará un reporte del mantenimiento realizado, donde deberá incluir: Todos los repuestos y/o accesorios utilizados.

12.1.1 Mantenimiento preventivo de la ambulancia

El mantenimiento preventivo del vehículo se llevará a cabo siguiendo las indicaciones específicas del fabricante, basado en los kilómetros y/o periodos según el manual del fabricante detallando la frecuencia y los aspectos principales de la intervención.

Las partes/repuestos o piezas y/o accesorios deberán ser originales, el mantenimiento deberá cubrir los principales sistemas del vehículo, durante un periodo de 36 meses, debiendo considerar, según se detalla en el cuadro:

| N° | Sistema | Descripción |
|----|---|---|
| 1 | Mantenimiento preventivo del motor y sus diferentes sistemas, circuitos y componentes del vehículo como de frenado, refrigeración, de | Mantenimiento preventivo correspondiente a: |

HOSPITAL
SANTA ROSA
FIRMA DIGITALFirmado digitalmente por
MIL GIL, Carmen Del Pilar
71004555 hard
Doy V° B°
09.06.2025 17:37:17 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | | |
|---|---|---|
| | suspensión o amortiguación, dirección, climatización o de aire acondicionado. | los 5,000 km, 10,000 km, 15,000 km, 20,000 km, 25,000 km, etc. o según manual del fabricante |
| 2 | Revisión del Sistema Eléctrico: de arranque, carga; iluminación: delantera posterior, interior y exterior de la unidad móvil. | Correspondiente a los 5,000 km, 10,000 km, 15,000 km, 20,000 km, 25,000 km, etc. o según manual del fabricante . |

12.1.2 Mantenimiento preventivo del equipamiento médico

El contratista deberá elaborar y entregar el programa de mantenimiento preventivo, a la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento y a las Unidades de: Gestión Tecnológica Hospitalaria (UGTH) y Transporte del Hospital Santa Rosa, cinco (05) días posteriores a la recepción/entrega, FORMATO N° 12 y 13.

La programación se realizará cada seis (06) meses por cada equipo ello según manual del fabricante, durante el periodo de garantía de 24 meses - Formato N° 12 y 13

| | |
|------------------------|--|
| Características | Actividad en la que se interviene al equipamiento médico tiene la finalidad de conservar su buen funcionamiento y prevenir fallas. El mantenimiento se realizará en los horarios fuera de atención de pacientes , previa coordinación con la Entidad. - Inspección y revisión de los equipos. - Ajustes de los componentes electrónicos, eléctricos y mecánicos. - Limpieza, lubricación, engrase e impermeabilidad. - Verificación, calibración y regulación de parámetros de funcionamiento. - Cambio de piezas, partes, componentes y consumibles de operación, de acuerdo a la periodicidad indicadas en el manual del fabricante. - Otra que requiere el mantenimiento de los equipos. - Pruebas de operatividad y funcionamiento a conformidad del usuario |
| Duración | Se realizará por el tiempo de garantía (24 meses). |
| Lugar | Será efectuado en las instalaciones del Hospital Santa Rosa o en donde se encuentre ubicada en la ambulancia o previa coordinación con el área usuaria correspondiente. |
| Acreditación | El mantenimiento preventivo será validado y/o verificado por los responsables de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento y/o UGTH y el responsable del mantenimiento del Contratista. |
| Ejecución | La empresa acudirá según lo programado coordinando siete (07) días antes con la OSGyM y la unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria – UGTH del Hospital Santa Rosa, para la realización del mantenimiento preventivo del equipamiento médico según Formatos N° 12 y 13. |

12.1.3 Conformidad del mantenimiento preventivo

La conformidad del mantenimiento preventivo (del vehículo y/o equipamiento médico) estará sujeta al cumplimiento del "Formato N° 03 - Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo", la cual será emitida una vez realizada, en un plazo no mayor de siete (07) días calendario luego de suscrito el Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo; de existir observaciones, será notificado al contratista, estableciendo un plazo para que subsane que no podrá ser mayor a ocho (08) días calendario. Deberá de estar suscrito por los siguientes representantes:

- Un representante del Hospital Santa Rosa, y
- Un representante (técnico y/o comercial y/o legal) del Contratista.

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (**FORMATO N° 03**) **no invalida el reclamo posterior por parte del Hospital Santa Rosa**, por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento preventivo.



FIRMA DIGITAL

digitalmente por
QUAN GIL, Carmen Del Pilar
071604355 hard
: Doy V° B°
: 05.06.2025 17:37:47 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:43:37 -05:00



Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



HOSPITAL
SANTA ROSA

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171504355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:43:48 -05:00

XIII. FORMA Y CONDICIONES DEL PAGO

13.1 Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación.

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en ÚNICO PAGO.

El Pago se realizará, a la culminación de la entrega, instalación, prueba operativa, capacitaciones, y presentación del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de la ambulancia y del equipamiento médico" (FORMATO N° 02):

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

- Guía de Remisión del almacenamiento firmada y sellada por el Jefe del Almacén Central del Hospital Santa Rosa.
- Informe del funcionario responsable del Transporte Asistido, Unidad de Transporte, UGTH (equipamientos médicos), emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

13.2 Prestación Accesoría: Mantenimiento preventivo

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en soles en pagos periódicos.

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento de la ambulancia y/o del equipamiento médico, durante el periodo de mantenimiento.

El pago será de acuerdo al programa de mantenimiento preventivo y culminado las prestaciones que correspondan a la actividad del mantenimiento.

Para efecto de los pagos deberá contar con

- **FORMATO N° 03** Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo de la Ambulancia y del Equipamiento Médico.
- **FORMATO N° 04** (por cada mantenimiento): Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM).
- Comprobante de pago.
- **Informe y/o reporte del mantenimiento realizado por el contratista.**

Dicha documentación se debe presentar al Almacén Central de la Oficina de Logística del Hospital Santa Rosa, sito en Av. Bolívar Cuadra 8 S/N - Pueblo Libre – Lima - Lima (Horario de atención de 8:00 am a 13:00 horas y de 14:00 a 16: 00 horas)

XIV. RESPONSABILIDAD DE VICIOS OCULTOS

LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo de responsabilidad del contratista es de treinta y seis (36) meses contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

XV. PENALIDADES

Debe cumplir con los requisitos mínimos de la Ley de Contrataciones del Estado conforme el numeral 162.5 del artículo 162.



HOSPITAL
SANTA ROSA

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN Gil, Carmen Del Pilar
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 17:38:07 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:43:59 -05:00

XVI. CONFIDENCIALIDAD

El contratista tiene la obligación de guardar absoluta confidencialidad y reserva en el manejo de información a la que se tenga acceso o proporcionada por la ENTIDAD que se encuentren relacionada con la adquisición, quedando prohibido de revelar dicha información a terceros.

XVII. SANCIONES

El proveedor se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, siendo aplicable lo previsto en el artículo 50 del TUO de la Ley.

XVIII. OBLIGACIONES 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 la que se refiere el Art.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 las 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.

XIX. NORMAS ANTISOBORNO

El proveedor no debe ofrecer, negociar o efectuar cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato que pueda constituir un incumplimiento de la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas en concordancia a lo establecido en el artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N°30225, el artículo 7° de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

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

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

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del contrato y a las acciones y/o procedimientos penales que la entidad pueda accionar.



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
CHAPONAN GIL Carmen Del Pilar
FAU 20171604355 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2025 17:38:27 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604305 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:44:11 -05:00

XX. DOCUMENTOS A LA ENTREGA O RECEPCION DEL BIEN

- La documentación a presentar por el contratista en la entrega/recepción del bien serán de acuerdo al **FORMATO N° 02 Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y del equipamiento médico.**

XXI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**24.1 De la Selección:**

El postor debe detallar en el precio de su oferta, el **monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias.**

La ambulancia y el equipamiento médico (componentes y accesorios) ofertado por los postores, deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características y Especificaciones. Los equipos, componentes y sus periféricos propuestos no serán un prototipo, ni tampoco serán repotenciados (refurbished). El año de fabricación del equipamiento médico deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de su oferta y el año de modelo del vehículo 2025.

21.1.1 Documentos de presentación obligatoria

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Fiel Cumplimiento a las Especificaciones Técnicas solicitadas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características:

1. **FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de Cumplimiento de Características y especificaciones"**, de la ambulancia y del equipamiento médico.

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

El postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, (data sheets o brochure) de los fabricantes o dueños de la marca y modelo, para acreditar las características y especificaciones según se detalla en el cuadro:

| AMBULANCIA Y EQUIPAMIENTOS MÉDICOS | CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS (se detallada en el numeral 6.1 de las EETT) |
|---|--|
| Unidad móvil (cabina de conducción y cabina de atención médica) | 1.1.1; 1.1.2; 1.2.1.1.1 al 1.2.1.1.6; 1.2.1.1.8; 1.2.1.2.1; 1.2.1.2.3; 1.2.1.3.1; 1.2.1.4.1 al 1.2.1.4.3; 1.2.1.5.1 al 1.2.1.5.4; 1.2.1.6.1; 1.2.1.7.1 al 1.2.1.7.3; 1.2.1.8.1; 1.2.1.8.2; 1.2.2.1.1; 1.2.1.1.3; 1.2.2.2.8 al 1.2.2.2.10; 1.2.2.2.12; 1.2.2.3.1; 1.2.2.3.2; 1.2.2.4.1; 1.2.2.4.7; 1.2.3.1.1; 1.2.3.4.1; 1.2.3.5.1; 1.2.3.6.1; 1.2.3.8.1; 1.2.3.9.1; 1.2.3.1.1.1 al 1.2.3.1.1.3; 1.2.4.1.2; 1.2.4.1.4; 1.2.5.2; 1.2.5.3 |
| Aspirador de secreciones portátil | 2.1.6 al 2.1.8; 2.2.1; 2.2.3; 2.5.2; 2.6.1 al 2.6.2 |
| Balón de oxígeno tipo M | 3.3 al 3.6 |
| Balón de oxígeno tipo E | 4.3 al 4.5 |
| Balón de oxígeno tipo D | 5.3 al 5.5 |
| Balón de oxígeno tipo C | 6.3 al 6.5 |
| Camilla telescópica de aluminio | 7.1 al 7.3; 7.5; 7.9 al 7.12; 7.15 |
| Desfibrilador portátil con monitor | 8.1.2; 8.2.1; 8.2.3; 8.2.5 al 8.2.7; 8.2.9; 8.2.10; 8.3.2; 8.4.1; 8.7.1; 8.7.2; 8.8.1; 8.8.2 |
| Oxímetro de pulsos | 9.1.1; 9.1.2; 9.1.4 al 9.1.6; 9.1.8; 9.2.3; 9.2.6; 9.4.1; 9.4.2 |

HOSPITAL
SANTA ROSA
FIRMA DIGITAL

digitalmente por
NANI GIL Carmen Del Pilar
171604350 hard
Doy V° B°
09.06.2025 17:38:50 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

| | |
|--|---|
| Detector de latidos fetales portátil | 10.1.2; 10.1.4; 10.2.1; 10.2.3; 10.2.5; 10.2.6; 10.3.1; 10.4.3; 10.5.2; 10.6.1; 10.6.2 |
| Equipo de ventilación pulmonar para paciente adulto/pediátrico | 11.1.2; 11.1.4; 11.1.6; 11.1.7; 11.1.9; 11.2.1 al 11.2.7; 11.3.1 al 11.3.5; 11.3.10 al 11.3.14; 11.4.1; 11.4.4 al 11.4.6; 11.4.8; 11.4.10 al 11.4.13; 11.5.1 al 11.5.3; 11.5.5 al 11.5.7; 11.5.9; 11.5.10; 11.6.2 al 11.6.4; 11.7.2 al 11.7.4; 11.7.6 |
| Monitor de funciones vitales adulto/pediátrico, de 07 parámetros | 12.1.2; 12.1.3; 12.1.5; 12.1.6; 12.1.9; 12.2.1; 12.2.3 al 12.2.8; 12.3.2; 12.3.4; 12.4.2; 12.4.3; 12.4.5; 12.5.3; 12.6.4 al 12.6.6; 12.7.2; 12.7.4; 12.8.2; 12.8.3; 12.9.2; 12.9.3; 12.10.1; 12.10.2 |
| Bomba de Infusión de un canal | 13.1.2; 13.1.5; 13.1.6; 13.2.1 al 13.2.3; 13.3.1 al 13.3.4; 13.3.7; 13.4.1; 13.4.2; 13.4.4; 13.4.5; 13.5.2; 13.5.3; 13.6.1 al 13.6.3 |
| Tensiómetro para adulto y pediátrico | 14.1.1.2; 14.1.1.3; 14.1.1.7; 14.1.1.8; 14.2.2; 14.2.7; 14.2.8 |
| Estetoscopio adulto y pediátrico | 15.1.6; 15.2.6 |
| Linterna para examen | 16.1; 16.3 |
| Set de Oftalmoscopio y Otoscopio | 20.1.2 al 20.1.5; 20.2.2; 20.2.3; 20.3.1 al 20.3.3 |
| Maletín de soporte básico de vida | 21.2.1.1; 21.2.1.3; 21.2.2.1; 21.2.2.3; 21.2.3.1; 21.2.3.3 al 21.2.3.6 |
| Maletín de medicamentos para Ambulancia | 22.1.2; 22.2.1 |
| Equipo de Radiocomunicación Móvil | 23.1.1; 23.1.3; 23.1.4; 23.1.8; 23.1.10; 23.1.15; 23.2.1; 23.3.1; 23.5.1; 23.5.2; 24.1.1 al 24.1.4; 24.1.6; 24.1.7 |
| Glucometría | 25.1.1; 25.1.2; 25.1.4 al 25.1.7; 25.1.9; 25.1.12; 25.1.13 |
| Silla de ruedas plegable | 26.1.1; 26.1.2; 26.1.4; 26.1.7; 26.1.8 |

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

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

Nota: Los documentos que acompañan a las ofertas, se presentan en idioma español. Cuando los documentos no figuren en idioma español, se presenta la respectiva traducción por un traductor público juramentado o traductor colegiado certificado, según corresponda, salvo el caso de la información técnica complementaria contenida en folletos, instructivos, catálogos o similares, que puede ser presentada en el idioma original. **El postor es responsable de la exactitud y veracidad de dichos documentos.**



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por CHAPOÑAN
GIL, Carmen Del Pilar FAU
20171604355 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.06.2025 17:40:02 -05:00



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ FLORES Jorge
Gustavo FAU 20171604355 hard
Motivo: Soy V° B°
Fecha: 09.06.2025 10:44:23 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

XXII. ANEXOS**LISTA DE FORMATOS**

| Denominación del formato | N° de formato |
|---|----------------------|
| Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características y especificaciones | Formato N° 01 |
| Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 02 |
| Acta de conformidad del mantenimiento preventivo de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 03 |
| Orden de trabajo de mantenimiento | Formato N° 04 |
| Ficha técnica | Formato N° 05 |
| Formato para el protocolo de pruebas de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 06 |
| Resultados del protocolo de pruebas de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 07 |
| Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 08 |
| Capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 09 |
| Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 10 |
| Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 11 |
| Programa de Mantenimiento Preventivo de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 12 |
| Procedimientos de mantenimiento preventivo de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 13 |
| Formato de costos unitarios de componentes, repuestos, accesorios e insumos | Formato N° 14 |
| Declaración jurada de compromiso de garantía de la ambulancia y del equipamiento médico | Formato N° 15 |

FORMATO N° 01**HOJA DE PRESENTACIÓN DEL EQUIPO / SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES**

Señores
HOSPITAL SANTA ROSA
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 las especificaciones técnicas.

| Sustento de cumplimiento de las características técnicas | | | | | |
|---|-----------------|------------------|-----------------------------|----|---------------------------|
| Denominación del bien y/o equipo | | | | | |
| Nombre o razón social del postor | | | | | |
| Año del modelo | | | | | |
| Marca | | | | | |
| Modelo | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: | | | | | |
| N.º | Características | Especificaciones | Cumple con el requerimiento | | N.º folio y/o comentario. |
| | | | Si | No | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Ciudad,de.....de.....

Firma y sello del representante legal de la empresa

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 02**ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

Siendo las del día....., el Contratista....., hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Hospital Santa Rosa, el bien que a continuación se detalla:

| Descripción | Marca | Modelo | No. Serie |
|-------------|-------|--------|-----------|
| | | | |

N.º de Orden de Compra....., Contrato N.º.....

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, la Unidad de Transporte, la Unidad de Gestión Tecnológica Hospitalaria - UGTH y Representante del Contratista.

En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

1. **Cumplimiento de Características Técnicas** según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del Contratista, así como las condiciones señaladas en la orden de compra, contrato y en la Ficha (**Formato N.º 01**).
2. Integridad física y estado de conservación óptimo de la ambulancia.
3. Integridad física y estado de conservación de los equipos médicos.
4. Ficha Técnica del equipamiento (**Formato N.º 05**).
5. **Instalación y Prueba Operativa de la ambulancia y equipos médicos**, considerando el Protocolo de Pruebas (**Formato N.º 06**) y Resultado de Protocolo de Pruebas (**Formato N.º 07**).
6. Perfecto estado de funcionamiento de la ambulancia y del equipamiento médico, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
7. **Entrega del "Programa de capacitación** de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos médicos" (**Formato N.º 08**).
8. Entrega del "Programa de capacitación especializada en servicio técnico de **mantenimiento y reparación del bien principal y del equipamiento médico de la ambulancia**" (**Formato N.º 10**).
9. **Entrega de un Certificado de Garantía** de 36 meses por la ambulancia y 24 meses del equipamiento médico (**Formato N.º 15**).
10. Entrega en original, dos (02) **juegos de manuales** (Operación y Servicio Técnico) por la ambulancia y el equipamiento médico (medio físico y/o archivo digital, en idioma español).
11. Entrega de un (01) **Programa de Mantenimiento Preventivo** de la ambulancia y equipamientos médicos por el periodo de garantía de 36 meses y su correspondiente Procedimientos de Mantenimiento Preventivo (**Formato N.º 12 y 13**).
12. Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados, según lo establecido en el Anexo de la Ficha (**Formato 14**).
13. **Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios** llenada y firmada por el representante legal de la empresa (**Formato N.º 16**).
14. Entrega de Video de Operación y Mantenimiento (De ambulancia y equipamiento médico).
15. **Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente de todo el equipamiento médico**, según normativa vigente de la DIGEMID.
16. Copia del **certificado de prueba hidrostática del balón de oxígeno**.
17. Certificado de la **camilla telescópica** para su uso en ambulancia: FDA, CE, UL o equivalente.
18. Prueba dinámica de 10 g. de la **camilla a bordo de la ambulancia**.
19. **Certificado de Conformidad de Características Registrables** De Vehículo, según normas del MTC.
20. **Clasificación Vehicular y Estandarización de Características Registrables Vehiculares**, según



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

normas del MTC.

21. **Certificado de Modificación y conversión** aprobadas por Institución: Certificadora registrada, según normas del MTC.
22. Entrega del documento del CONTRATISTA en el cual proporcione una dirección de correo electrónico y número de teléfono, para la atención a distancia.
23. Entrega de la copia **certificado de seguridad eléctrica del equipo médico o norma técnica similar** autorizada en su registro sanitario.
24. Trámite y entrega de la **placa de rodaje**.
25. Trámite y entrega de la **tarjeta de propiedad**.
26. Seguro Obligatorio contra accidentes de tránsito – **SOAT**, con **vigencia de un (01) año**.
27. Copia del **certificado** de homologación del **GPS** en el ministerio de transporte y comunicaciones (MTC).
28. Copia de que el **proveedor del equipo (GPS) y servicios es un prestador inscrito en el MTC** de acuerdo a la normatividad del TUO de la ley del MTC

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

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del jefe de
Servicio o Área usuaria
de la entidad

Firma y sello representante legal
del Contratista



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 03

**ACTA DE CONFORMIDAD DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA AMBULANCIA Y DEL
EQUIPAMIENTO MÉDICO**

Siendo las..... del día, la empresa hizo efectivo el acto de conformidad del
mantenimiento preventivo en el Hospital Santa Rosa,, del
equipo que a continuación se detalla:

| Descripción | Marca | Modelo | No. Serie |
|-------------|-------|--------|-----------|
| | | | |

No. de Orden de Compra

No. Contrato

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

1) Cumplimiento de Condiciones para del 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:

Firma y sello del Representante
Técnico y/o Comercial y/o Legal de la Empresa

Firma y sello del representante del área
usuaria del Hospital Santa Rosa



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 04**ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO**

| DEPENDENCIA DE SALUD | N° | DÍA | MES | AÑO |
|----------------------|----|-----|-----|-----|
| | | | | |

| AREA USUARIA | UBICACIÓN FÍSICA |
|--------------|------------------|
| | |

| DENOMINACIÓN DEL EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | CÓDIGO PATRIMONIAL |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------------------|
| | | | | |

| PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACIÓN |
|--|
| |
| |

| FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE | FECHA SOLIC. SERV. | FIRMA Y SELLO DE RECEPCIÓN | FECHA DE RECEP. |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------|
| | | | |

| DIAGNÓSTICO TÉCNICO | PRIORIDAD | MUY URGENTE | |
|---------------------|-----------|-------------|--|
| | | URGENTE | |
| | | PROGRAMAR | |

| JEFE ENCARGADO DE MANTENIMIENTO | FECHA | MODALIDAD DE ATENCIÓN | PER. PROPIO | |
|---------------------------------|-------|-----------------------|---------------|--|
| | | | SERV. TERCERO | |

| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO EJECUTADO |
|--|
| |

| FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | GARANTÍA DEL SERVICIO | COSTO DEL SERVICIO |
|-----------------|------------------|-----------------------|--------------------|
| | | | |

| RECOMENDACIONES DE USO DE MANTENIMIENTO |
|---|
| |
| |

Nota: El formato de Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) será acorde al formato de la Entidad o establecimiento de salud.

HOSPITAL SANTA ROSA

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1
"COMPRA POR REPOSICION DE DOS (2) AMBULANCIAS URBANAS TIPO III PARA EL HOSPITAL SANTA
ROSA – IOARR CUI 2444040"



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 04 (REVERSO)**COSTO DEL SERVICIO**

| | |
|-------------------------|--|
| CENTRO DE COSTOS | |
|-------------------------|--|

| MANO DE OBRA | | | |
|----------------------------------|------------------|----------------------|-------------------|
| ESPECIALIDAD | HR/HOMBRE | VALOR HR/HOMB | COSTO M.O. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| COSTO DE MANO DE OBRA S/. | | | |

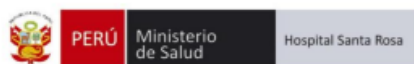
| REPUESTOS Y MATERIALES | | | | | | |
|--|----------------|--------------------|-------------|--------------|-----------------------|--------------------------|
| SUMINISTRO | | DESCRIPCIÓN | U.M. | CANT. | COSTO UNIT S/. | COSTO PARCIAL S/. |
| ENTIDAD | EMPRESA | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| COSTO DE REPUESTOS Y MATERIALES S/. | | | | | | |

COSTO TOTAL S/.

| | |
|---|--|
| COSTO POR MANO DE OBRA | |
| COSTO POR REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES | |
| OTROS GASTOS (detallar) | |
| | |
| IMPUESTOS DE LEY | |
| TOTAL GENERAL S/. | |

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL EJECUTOR DEL MANTENIMIENTO | V°B° DEL JEFE DE LA OFICINA DE MANTENIMIENTO |
| | |

Nota: El formato de Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) será acorde al formato de la Entidad o establecimiento de salud



FORMATO N° 05

FICHA TÉCNICA

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

| Denominación | Marca | Modelo | N° de serie | País de fabricación |
|--------------|-------|--------|-------------|---------------------|
| | | | | |

| Componentes | Marca | Modelo | N° de serie |
|-------------|-------|--------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sello y firma representante legal del Contratista



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 06**FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

ÍTEM:

DENOMINACIÓN:

MARCA:

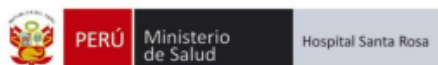
MODELO:

| N.º | 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. Las actividades del protocolo de pruebas estarán de acuerdo al manual del bien principal y del equipo médico. (*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, instrumentos y/o medios físicos a emplear en las pruebas; así mismo, los instrumentos usados para realizar la prueba, deberán contar con certificado de calibración de acuerdo a la norma vigente. Se deberá indicar el número de serie del instrumento. (**)

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Vº Bº del responsable del área técnica del
Hospital Santa Rosa o quien haga
sus veces



FORMATO N° 07

**RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO
MÉDICO**

ÍTEM:
DENOMINACIÓN:
MARCA:
MODELO:

| N.º | Descripción de la Prueba (*) | Resultado/ valor esperado | Resultado/ valor obtenido | Conforme | | Observaciones |
|-----|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------|----|---------------|
| | | | | Si | No | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

1. Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del bien principal y del equipo médico.
(*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, instrumentos y/o medios físicos a emplear en las pruebas; así mismo, los instrumentos usados para realizar la prueba, deberán contar con certificado de calibración de acuerdo a la norma vigente. **Se deberá adjuntar una copia del certificado de calibración del instrumento para el visto bueno de las pruebas.**

Firma y sello del representante técnico del
del Contratista

Vº Bº del responsable del área técnica
Hospital Santa Rosa o quien haga sus veces

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 08**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

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

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

Firma y sello del Instructor del Contratista

Vº Bº del responsable del área Usuaria del
Hospital Santa Rosa



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 09**CAPACITACIÓN EN MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE
LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

| | |
|--------------------------|--|
| Unidad ejecutora | |
| Establecimiento de salud | |
| Servicio | |

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en
. Durante horas

| | |
|-----------------|--|
| Nombre del bien | |
| Marca | |
| Modelo | |

Expositor:

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

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|--------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Firma y sello del Instructor del Contratista

Vº Bº del responsable del área Usuaria del
Hospital Santa Rosa



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 10**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

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

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

Firma y sello del Instructor del Contratista

Vº Bº del responsable del área Usuaria del
Hospital Santa Rosa o quien
haga sus veces



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N.º 11**CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN
DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

| | |
|--------------------------|--|
| Unidad ejecutora | |
| Establecimiento de salud | |
| Servicio | |

En fecha de del, en la ciudad de, se
desarrolló la capacitación en.
..... Durante horas

| | |
|-------------------|--|
| Nombre del equipo | |
| Marca | |
| Modelo | |

Expositor:

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital: _____

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|--------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Firma y sello del Instructor del Contratista

Vº Bº del responsable del área Usuaria del
Hospital Santa Rosa o quien
haga sus veces



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N.º 12**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

Nombre del equipo:

Marca:

Modelo:

Período (meses) (según su propuesta técnica):

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

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

Firma y sello del representante
legal del Contratista

Vº Bº del responsable del área
técnica del Hospital Santa Rosa
o quien haga sus veces



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 13**PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA AMBULANCIA Y DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO**

N.º ítem:

Denominación:

Marca:

Modelo:

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

1. Las actividades del mantenimiento serán acordes a las actividades que el fabricante indique en el manual de uso del bien principal y del equipamiento médico. (*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo. Los instrumentos usados para realizar la actividad de mantenimiento preventivo, deberán contar con certificado de calibración vigente. Se deberá indicar el número de serie del instrumento. (**)

Firma y sello del representante legal del
Contratista

Vº Bº del responsable del área técnica
del Hospital Santa Rosa o quien
haga sus veces



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 14

FORMATO DE COSTOS UNITARIOS DE COMPONENTES, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS

Nombre del equipo

Marca

Modelo

Ítem N.º

| N.º | Denominación | Código de Parte | Características | Precio (Soles) | Observaciones |
|-------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|---------------|
| Componentes | | | | | |
| | | | | | |
| Repuestos | | | | | |
| | | | | | |
| Accesorios | | | | | |
| | | | | | |
| Insumos | | | | | |
| | | | | | |

Ciudad,.....

Firma y Sello del
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

FORMATO N° 15**DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DE GARANTÍA DE LA AMBULANCIA Y DEL
EQUIPAMIENTO MÉDICO**Señores
Hospital Santa RosaPresente. -

El que suscribe,, identificado con DNI N.º,
Representante Legal de, con R.U.C. N.º, 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 período de
garantía total según el siguiente detalle:

| N.º ítem | Descripción del ítem | Garantía según especificaciones técnicas (a) | Garantía adicional ofertada (b) | Garantía total (en meses) (a) + (b) |
|----------|----------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | |

La vigencia de garantía, se iniciará desde el día siguiente de la suscripción de la conformidad del "FORMATO N.º 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos".

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

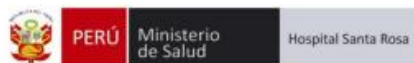
La presente garantía **no incluye las reparaciones necesarias por daños ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa**.

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

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

Ciudad, de del 20.....

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

**XXIII. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

| | |
|----------|--|
| A | CAPACIDAD LEGAL HABILITACIÓN Requisitos: El postor debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio. Acreditación: <ul style="list-style-type: none"> • Copia simple de: licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio. |
| B | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD Requisitos: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 3,480,000.00 (tres millones cuatrocientos ochenta 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: Ambulancias con Equipos biomédicos en general <u>Acreditación:</u> La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. 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 ¹ , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. |

¹ 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".



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa

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**.

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".

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

| A. | CAPACIDAD LEGAL |
|----|---|
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>El postor debe contar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio. <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia simple de: licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio. |
| B. | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD |
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 3,480,000.00 (TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL CON 00/10 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: AMBULANCIAS CON EQUIPOS BIOMEDICOS EN GENERAL.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹⁰ correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio</p> |

¹⁰ 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".

o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

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

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

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

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

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

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".

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 |
|---|--|
| A. PRECIO | |
| <p><u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).</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 = Oferta P_i = Puntaje de la oferta a evaluar O_i = Precio i O_m = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;">60 puntos</p> |

| OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN | 40 puntos |
|--|--|
| B. PLAZO DE ENTREGA¹¹ | |
| <p><u>Evaluación:</u> Se evaluará en función al plazo de entrega ofertado, el cual debe mejorar el plazo de entrega establecido en las Especificaciones Técnicas.</p> <p><u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Importante</p> <p><i>En el caso de la modalidad de ejecución llave en mano el plazo de entrega incluye además la instalación y puesta en funcionamiento.</i></p> </div> | <p>De 15 hasta 29 días calendario: 30 puntos</p> <p>De 30 hasta 59 días calendario: 10 puntos</p> <p>De 60 hasta 70 días calendario: 5 puntos</p> |
| G. MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | |

¹¹ Este factor podrá ser consignado cuando del expediente de contratación se advierta que el plazo establecido para la entrega de los bienes admite reducción. para lo cual deben establecerse rangos razonables para la asignación de puntaje, esto es que no suponga un riesgo de incumplimiento contractual y que represente una mejora al plazo establecido.

| OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN | 40 puntos |
|--|---|
| <p><u>Evaluación:</u></p> <p>Mejora 1: El postor que ofrece el interior de la ambulancia sea de aluminio.</p> <p>Mejora 2: El postor que ofrece el interior de la ambulancia sea de Policarbonato y/o fibra.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará únicamente mediante la presentación catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, (data sheets o brochure) de los fabricantes o dueños de la marca y modelo.</p> <div data-bbox="309 712 1053 1305"> <p>Importante</p> <ul style="list-style-type: none"> De conformidad con la Opinión N° 144-2016-OSCE/DTN, constituye una mejora, todo aquello que agregue un valor adicional al parámetro mínimo establecido en las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda, mejorando su calidad o las condiciones de su entrega o prestación, sin generar un costo adicional a la Entidad. En este factor se pueden incluir aspectos referidos a la sostenibilidad ambiental o social, tales como productos con mayor tiempo de vida útil, con mayor eficiencia energética, menor consumo de agua, menos emisiones (huella de carbono), menor nivel de ruido, menos radiaciones, vibraciones, emisiones, etcétera; o con insumos que tengan sustancias con menor impacto ambiental; materia prima procedente de recursos gestionados de manera sostenible o de fuentes certificadas o de procesos de reciclado; embalaje reciclable o libre de PVC; productos orgánicos o reciclados, entre otros. </div> | <p>(Máximo 10 puntos)</p> <p>Mejora 1 : 10 puntos</p> <p>Mejora 2 : 3 puntos</p> |
| PUNTAJE TOTAL | 100 puntos¹² |

Importante

Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, 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.

¹² Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.

Conste por el presente documento, la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha [.....], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

El presente contrato tiene por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN].

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del bien, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución de la prestación materia del presente contrato.

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹³

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR EL DETALLE DEL PAGO ÚNICO O PAGOS A CUENTA, SEGÚN CORRESPONDA], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

¹³ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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 que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

Importante para la Entidad

En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:

CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS¹⁴

"Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].

El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ULTIMO CASO].

[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS]."

Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través

¹⁴ De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

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

De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00). Dicha excepción también aplica a 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 no supere el monto señalado anteriormente.

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 CONTROVERSIAS¹⁵

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR 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"

¹⁵ De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

Importante

Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹⁶.

¹⁶ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a:
<https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

ANEXOS

ANEXO N° 1**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | |
| Domicilio Legal : | | | |
| RUC : | Teléfono(s) : | | |
| MYPE ¹⁷ | Sí | No | |
| 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 compra¹⁸

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

¹⁷ Esta información será verificada por la Entidad en 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/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

¹⁸ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso 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**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1**

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado 1 | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ¹⁹ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado 2 | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ²⁰ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado ... | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ²¹ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

¹⁹ Esta información será verificada por la Entidad en 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/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

²⁰ Ibídem.

²¹ Ibídem.

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 compra²²

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 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.

²² Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

ANEXO N° 2

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con las Especificaciones Técnicas que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA 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] [%]²³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²⁴

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%²⁵

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

²³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁴ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁵ 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

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

| CONCEPTO | PRECIO TOTAL |
|------------------------|--------------|
| (prestación principal) | |
| (prestación accesoria) | |
| TOTAL | |

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- *El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"

ANEXO N° 8
EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1
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 ²⁶ | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷ | EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE: | MONEDA | IMPORTE ²⁹ | TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰ | MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹ |
|----|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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”.

²⁹ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³⁰ 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.

³¹ Consignar en la moneda establecida en las bases.

| Nº | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁶ | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷ | EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE: | MONEDA | IMPORTE ²⁹ | TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰ | MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹ |
|-------|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | |

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.

También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.

ANEXO N° 10

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

- Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o 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

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 003-2025-HSR-1 DERIVADA DE LICITACIÓN PÚBLICA N° 07-2024-HSR-1

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [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.