

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS Y CONDICIONES GENERALES SUMINISTRO  
DE REACTIVOS DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO CON EQUIPOS EN CESIÓN DE USO PARA LOS  
LABORATORIOS DE LA GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE POR EL PERIODO DE DOCE (12) MESES**

**1. DEPENDENCIA QUE REQUIERE EL BIEN:**

Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE) de EsSalud, con domicilio legal en Jr. Domingo Cueto N° 120, Jesús María - Lima.

**2. FINALIDAD PÚBLICA DE LA CONTRATACIÓN DEL BIEN:**

El presente requerimiento busca dotar de Reactivos de Hemograma Automatizado con equipos en cesión de uso, para un periodo de doce (12) meses, necesarios para atender a los asegurados y derechohabientes de la Gerencia de Oferta Flexible.

**3. DENOMINACIÓN DEL REQUERIMIENTO:**

Contratación del suministro de reactivos de hemograma automatizado (30104010) con equipos en cesión de uso para los laboratorios de la Subgerencia de Atención Domiciliaria y la Subgerencia de Proyectos Especiales de la Gerencia de Oferta Flexible por un periodo de doce (12) meses.

***Nota:*** Para efectos del presente requerimiento, cuando se indique “producto”, se está haciendo referencia a “Insumos de hemograma Automatizado”.

Los productos requeridos se detallan en los siguientes anexos:

**Anexo - A:** Cuadro de requerimiento anual

**Anexo - B:** Cuadro de distribución y cronograma de entrega.

**4. DOCUMENTOS TÉCNICOS**

**Documentos de presentación obligatoria:**

**4.1. Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (CBPM)**

La Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente a nombre del fabricante\*, debe comprender al dispositivo médico ofertado (código de identificación, nombre común y/o familia), en conformidad con lo establecido en el D.S 016-2011 S.A y modificatorias vigentes.

\* A efectos de nuestra regulación nacional y conforme a la clasificación de Establecimientos Farmacéuticos, un fabricante nacional necesariamente será Laboratorio.

**Para productos nacionales:**

Emitido por la ANM

**Para productos importados:**

Contar con la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) del fabricante, vigente. También se aceptará otros certificados como Certificado CE de la Comunidad Europea, ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen en conformidad con lo establecido en el D.S 016-2011 S.A y modificatorias vigentes

La Certificación de BPM deberá estar vigente durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados.

Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consigne fecha de vigencia, estos deben tener una antigüedad no mayor de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión.

#### 4.2. Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA)

A nombre del postor, emitido por la ANM o ARM, de acuerdo al D.S. N° 014-2011-SA y modificatorias vigentes. Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además deberá presentar el Certificado BPA vigente de la(s) empresa(s) que presta el servicio de almacenamiento, acompañado de la documentación vigente que acredite el vínculo contractual entre las partes.

Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento, las empresas consorciadas que tengan dentro de sus obligaciones el almacenamiento de los bienes requeridos.

Tratándose de un Laboratorio Fabricante Nacional, el Certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), en aplicación de la normativa vigente.

La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para los dispositivos médicos nacionales e importados.

**NOTA:** Se precisa que el certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA) debe tener en su alcance al producto ofertado (rubro, clasificación de riesgo, condiciones de almacenamiento), según formato en el cual haya sido aprobado por la DIGEMID.

#### 4.3. Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente

Deberá presentar la Resolución de autorización otorgada por la ANM (DIGEMID); además, las Resoluciones de modificación, en tanto éstas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el bien ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario / Certificado de Registro Sanitario esté suspendido o cancelado.

**NOTA:** Para los productos que se encuentren en trámite de reinscripción; deberá presentar copia de la solicitud donde consigne el número de expediente.

La exigencia de la vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual.

#### 4.4. Certificado de Análisis

El certificado de análisis debe consignar cuando menos la siguiente información: Nombre del producto, número de lote, los análisis realizados, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, fecha de vencimiento, fecha de análisis, firma del o los profesionales responsables del laboratorio que lo emite. Se aceptará el certificado de análisis en el formato que emite el fabricante. Vigente a la fecha de presentación de propuestas.

##### **NOTA:**

- ❖ Las normas internacionales y/o propias a las que se acoja el fabricante, deberán estar vigentes a la fecha de fabricación del dispositivo médico.
- ❖ Las características o especificaciones técnicas señaladas serán validadas con el resultado obtenido

- ❖ En caso el documento no cuente con fecha de análisis, podrá considerarse como equivalente la fecha de liberación o fecha de aprobación o fecha de emisión del documento.

#### **4.5. Certificado de Buenas Prácticas de distribución y transporte (BPD).**

Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD) vigente, emitida por la ANM o ARM, según corresponda, a nombre del establecimiento farmacéutico del postor (droguería o laboratorio) de acuerdo con el marco normativo vigente y, en el caso que un tercero brinde servicios de distribución y transporte al postor, este además debe presentar la copia simple del Certificado de BPD vigente del tercero y del documento que acredite el vínculo contractual vigente entre ambas partes.

**NOTA:** La exigencia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Certificación de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD), se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual; así mismo, no se aceptará documentación en trámite.

Cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar los documentos antes señalados a excepción de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico o establecimientos farmacéuticos con participación activa en cualquiera de las etapas de comercialización del producto farmacéutico (Importación, Fabricación, Almacenamiento, Distribución y Transporte).

#### **4.6. Documentos sustentatorios, insertos, fichas técnicas emitidas por el fabricante y/o folletería que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas del reactivo.**

Características que el postor debe acreditar con la documentación requerida son: **Presentación, Metodología,**

#### **4.7. Documentos sustentatorios, insertos, fichas técnicas emitidas por el fabricante y/o folletería que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos.**

Las Características que el postor debe acreditar con la documentación requerida son: **Tipo de Equipo, Metodología, Performance, Características.**

**Para los numerales del 4.1 al 4.7 aplica lo siguiente:**

En caso que un documento técnico sea emitido en idioma distinto al español, se deberá presentar la respectiva traducción por traductor público juramentado o traductor colegiado certificado de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del estado y modificatorias vigentes. El postor es responsable de la exactitud y veracidad de dichos documentos.

#### **4.8. Carta de compromiso de entrega del PROGRAMA DE EVALUACION EXTERNA DE CALIDAD INTERNACIONAL**

#### **4.9. Carta de compromiso de entrega de materiales para la realización de la verificación de métodos. EP15**

#### **4.10. Rotulado de los envases mediano e inmediato**

El rotulado de los envases mediano e inmediato deben encontrarse conforme a lo autorizado en su Registro Sanitario y conforme a lo establecido en el D.S 016-2011 S.A y modificatorias vigentes.

#### **4.11. DECLARACION JURADA DEL DISPOSITIVO MEDICO OFERTADO (ANEXO – F)**

(El documento será presentado para la admisión de la oferta)

#### **Documentos a la suscripción del Contrato:**

- **Carta de Compromiso de Canje y/o reposición por defectos o vicios ocultos.** (Anexo - I)
- **Carta de compromiso de canje y/o reposición por vencimiento** (Anexo C)
- **Carta de Compromiso de Canje por vigencia mínima menor a 06 meses** (Anexo - J), en caso el postor no cumpla con la vigencia establecida en el Anexo - G.

## 5. DOCUMENTACIÓN PARA ACREDITAR LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

### A. CAPACIDAD LEGAL DE LA HABILITACIÓN DEL POSTOR.

- A.1. Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.** Documento obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como Establecimiento farmacéutico emitido por la ANM o por la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. 014-2011-SA y sus modificatorias vigentes; debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizadas en el Establecimiento Farmacéutico según corresponda.

Cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento todas las empresas consorciadas categorizadas como establecimiento farmacéutico, que tengan dentro de sus actividades el almacenamiento o distribución y transporte de los bienes ofertados salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico.

### B. DE LA EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

#### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado según **Anexo - E** por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que tengan la condición de micro y pequeña empresa deberán acreditar una experiencia que se encuentre acorde a lo señalado en el **Anexo - E**, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran bienes similares a los siguientes: Reactivos de hematología en general.

#### Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

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

---

<sup>1</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

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 acredite experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo que corresponda.

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 que corresponda referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

## 6. **LOGOTIPO**

Los envases mediano e inmediato de los dispositivos médicos a adquirirse, deben llevar la impresión solicitada por la Entidad, con letras visibles y tinta indeleble, preferentemente de color negro, de acuerdo a lo siguiente:

- ❖ Consignar la frase: "EsSalud".
- ❖ Consignar la frase: "Prohibida su venta".
- ❖ Nomenclatura del procedimiento de selección: N° del procedimiento - (Aplicable solo al envase mediano).

Es obligatorio para el contratista imprimir los rótulos indicados en el presente numeral en el 100% de los envases de las cantidades a entregar mensualmente.

EsSalud no está obligado a recibir el Material, Reactivo o Insumo de Laboratorio que no cumpla con este requerimiento y que no estén de acuerdo a las normas legales vigentes.

Se aceptará únicamente el logotipo en envase mediano, cuando el envase inmediato esté provisto de un dispositivo de seguridad de cierre (coberturas plastificadas, cintas adhesivas, sello de seguridad o garantía) de fábrica, de acuerdo a lo autorizado en su registro sanitario.

## 7. **EMBALAJE**

El embalaje de los dispositivos médicos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento.
- Cajas debidamente rotuladas precisando el número de cajas apilables, indicando nombre del dispositivo médico, presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento.

En las caras laterales debe decir "FRAGIL" o "simbología" en tamaño proporcional a la caja e indicar con una flecha el sentido correcto para la posición de la caja. Debe descartarse la utilización de cajas de productos comestibles o productos de tocador, entre otros.



Cuando el envase mediato del dispositivo médico garantice la integridad del mismo durante las etapas de almacenamiento, distribución y transporte, no será necesario embalaje adicional.

Para las dimensiones de la caja de embalaje debe considerarse la paleta (parihuela) estándar definida según NTP vigente.

## **8. VIGENCIA MÍNIMA DEL REACTIVO**

- 8.1.** La vigencia mínima del Dispositivo Médico se consigna en las Especificaciones Técnicas. Dicho bien debe ser no menor a lo establecido en las Especificaciones Técnicas al momento de su(s) fecha(s) de entrega en los almacenes de la Entidad adquiriente.
- 8.2.** En los casos que los materiales, reactivos e insumos de laboratorio que no indiquen el tiempo o fecha de expiración en las Especificaciones Técnicas, éstas deben tener una fecha de fabricación no mayor a tres (03) años contados retrospectivamente desde la fecha de recepción por parte de EsSalud.
- 8.3.** Excepcionalmente, para los productos que por sus propiedades biológicas, físicas y químicas no pueden cumplir con la vigencia mínima establecida, podrán presentar vigencias menores, siempre que éstas no sean inferiores al 80% del tiempo de vida útil especificado para el producto y declarado por el fabricante. Esta situación deberá encontrarse debidamente sustentada en la propuesta técnica, lo que será evaluado por el Comité de Selección o por el Órgano Encargado de las Contrataciones. Para este caso, se deberá presentar en el momento de la entrega carta de compromiso de canje por vencimiento, tomando como referencia el modelo adjunto.

## **9. CONTROL DE CALIDAD**

- La calidad de los productos debe entenderse como la condición de estar conforme y aptos para su uso en los servicios de laboratorio que brinda la Gerencia de Oferta Flexible. ESSALUD no aceptará productos re-embasados o re-etiquetados por terceros.
- Los productos ofertados deben cumplir con las especificaciones Técnicas señaladas en el ANEXO G. Estas denominaciones y características son las condiciones mínimas requeridas, pero no limitativas, pudiendo el postor indicar las características adicionales que considere oportunas. El postor podrá adjuntar documentación sustentatoria emitida por el fabricante que evidencien que el reactivo ofertado a llevado un control de calidad previo a su liberación al mercado. Estas pruebas de calidad de los productos del control de calidad pueden estar contenidas en los certificados de análisis.
- El número y costo de los controles de calidad que requiera el insumo será asumido por el postor. La cantidad de pruebas que se utilizan en el desarrollo de los controles de calidad y calibraciones, debe ser considerada fuera del requerimiento total solicitado por ESSALUD, junto con los solventes, diluyentes y/o reconstituyentes, de ser el caso oferta/presentación debe ser conjuntamente.
- El proveedor debe cumplir con entregar para cada producto solicitado los reactivos necesarios requeridos y lo siguiente para obtener las pruebas totales necesarias.
  - a) Material de control.
  - b) Material de calibración.
  - c) Consumibles
  - d) Material de reporte
  - e) Reactivo destinado a las pruebas de calibración y control que correspondan al periodo de compra.

### **9.1. DEL CONTROL POSTERIOR:**

EsSalud está facultado a realizar dentro del plazo de ejecución y cuantas veces lo considere necesario, análisis de Control de Calidad de los productos (un mismo lote, varios lotes en la misma entrega, varios lotes en distintas entregas o si, es el caso fracciones de lote en distintas entregas), los que serán evaluados de acuerdo a la metodología de análisis autorizada en su Registro Sanitario que obra en DIGEMID, siempre y cuando exista una queja o reclamo relacionada a la calidad del producto, la cual será evaluada previamente por la entidad, determinando la pertinencia de ser analizado por un laboratorio acreditado de la Red de Laboratorios Oficiales de Control de Calidad.

En caso el resultado analítico es "CONFORME", el costo de dichos controles será asumido por EsSalud, caso contrario los costos serán asumidos por el proveedor.

En caso de un control de calidad posterior tenga como resultado "NO CONFORME", el proveedor podrá solicitar su apelación o derecho de réplica (prueba de dirimencia) dentro de los siete (07) primeros días hábiles posteriores a la recepción de la comunicación por parte de EsSalud, el cual indicará la información técnica sustentatoria de la misma.

La respuesta del proveedor no enmarcada en una solicitud de DIRIMENCIA, será interpretada como una negación a su derecho de réplica o dirimencia.

## 10. CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- A. Para que el postor señale el número de controles normales y patológicos que proporcionará por la prueba se debe considerar lo siguiente:
  - a. El postor debe tomar en cuenta el tiempo de vigencia que dura un control, el cual está indicado en el inserto de la prueba.
  - b. Niveles de control.- La cantidad de pruebas que se utilizan en el desarrollo de los controles de calidad y calibraciones, debe ser considerada fuera del requerimiento total solicitado por EsSalud, junto con los solventes, diluyentes y/o reconstituyentes, su oferta/presentación debe ser conjuntamente.
  - c. Para calcular las Pruebas Efectivas más las Pruebas de Calibración y Control:
- Se indica que es requerimiento del área usuaria de la Subgerencia de Atención Domiciliaria realizar calibraciones de acuerdo a lo establecido en los insertos de cada reactivo, así como el CONTROL DE CALIDAD diario de cada analito con el equipo analizador de hematología. El postor deberá proporcionar el Reactivo, los controles para todos los días de lunes a sábado; por lo que el Laboratorio de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria de EsSalud, detalla en el siguiente cuadro, la frecuencia de los mismos y la cantidad total de pruebas necesarias para el control de cada equipo en cesión en uso:

### FRECUENCIA DE CALIBRACIONES Y CONTROLES QUE REALIZA EL ÁREA DE HEMATOLOGIA DE LOS LABORATORIOS DE LA GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE

N° ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	UM	REQUERIMIENTO PARA CONTROL DE CALIDAD	N° CONTROLES Y PRUEBAS UTILIZADAS POR DIA	N° CONTROLES Y PRUEBAS UTILIZADAS POR MES
1	30104010	Hemograma automatizado diferencial 5 estirpes kit	PBA	CONTROL BAJO	2	52
				CONTROL ORMAL	2	52
				CONTROL ALTO	2	52
				N° DE PRUEBAS DE HEMOGRAMAS UTILIZADAS EN LOS CONTROLES	6	156

- **El mencionado requerimiento debe ser considerado dentro del estudio de mercado del producto**
- B. INCLUIR UN PROGRAMA DE EVALUACION EXTERNA DE CALIDAD INTERNACIONAL (PEEC) que es una herramienta de gestión de calidad que permite realizar el desempeño de las pruebas adjudicadas en el requerimiento. El postor puede ofertar el PEEC INTERNACIONAL que elija. El postor presentará una Carta de compromiso al momento de la presentación de la propuesta con el compromiso de entregar dicho programa, en caso le sea otorgada la Buena Pro. El PEEC deberá iniciar su ejecución como máximo a los 45 días calendarios contabilizados desde la instalación del equipo en el Laboratorio de la Subgerencia de Atención Domiciliaria. La realización del PEEC será en forma mensual. El postor debe garantizar que en el PEEC se cuente con grupos pares para realizar la comparación.
- C. Incluir Control Interlaboratorial
- D. Dentro del plazo de siete (07) días calendarios de instalado el equipo en sesión de uso, la empresa adjudicada deberá entregar todo el material necesario para realizar la VERIFICACIÓN DE MÉTODOS de las pruebas adjudicadas, con la realización de la EP 15, guía de la CLSI (Clinical Laboratory Standards Institut), para verificar el DESEMPEÑO analítico del método. El postor se compromete a entregar el material para la verificación de métodos mediante una Carta de Compromiso.
- E. La interface de software de los equipos en cesión y el equipo de procesamiento de datos en cesión se debe realizar al Sistema ESSI. La interfase debe funcionar en un plazo máximo de 15 días contabilizados a partir del ingreso de los equipos.
- F. Debido a que la mayoría de pacientes geriátricos tienen múltiples patologías, dentro de ellos problemas de anemias, y que, para evaluar la actividad eritropoyética de la médula ósea, el área usuaria requiere reportar el recuento de reticulocitos del 25% del total de hemogramas. Por lo que se solicita que el equipo ofertado reporte RECuento DE RETICULOCITOS y que el proveedor incluya la entrega de reactivos para el recuento de reticulocitos, lo que será considerado como MEJORA A LAS ESPECIFICACIONES. El postor debe presentar documentación en la que acredite que su equipo reporta reticulocitos.
- g. **Control de Calidad Posterior a la Entrega del equipo en cesión en uso:**
  - . El contratista debe proporcionar la cantidad adecuada de insumos para la calibración de los equipos de acuerdo al protocolo indicado en los insertos de cada fabricante.

## **11. EQUIPO DE CESIÓN EN USO**

- El Contratista hará entrega de DOS (02) equipos iguales, con las mismas características, en cesión de uso de acuerdo a las especificaciones técnicas del requerimiento (Anexo - H), los cuales deberá ser entregados como máximo a los TREINTA (30) días calendarios contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra. Así mismo, la empresa debe garantizar el cumplimiento del numeral 6 de dichas especificaciones técnicas, para lo cual deberá tener en cuenta lo especificado en el Anexo - H1: Ampliación de las Especificaciones Técnicas de los Equipos en cesión en uso, en un plazo máximo de 15 días calendarios contados desde la fecha de la instalación de los equipos en el laboratorio.
- La tecnología y operatividad de los Equipos en cesión en uso entregados por el proveedor, deben estar acorde con un alto nivel de resolución técnica que garantice confiabilidad y calidad de los resultados de las pruebas de laboratorio procesadas, así como la oportunidad y eficacia del servicio prestado.
- Los equipos entregados en cesión en uso por el proveedor deben ser no repotenciados, con una antigüedad de fabricación menor a los cuatro años como máximo.
- Los equipos entregados en cesión en uso deben cumplir con las especificaciones técnicas del equipo que se solicita. Para verificar su cumplimiento el postor deberá presentar la folletería necesaria en donde se evidencie su cumplimiento al momento de su ingreso.
- La capacidad de producción de los equipos en cesión en uso entregados a EsSalud, debe cumplir con el número



total, de pruebas efectivas adquiridas en las Bases del proceso de selección.

- El proveedor tiene que garantizar el funcionamiento permanente de los equipos en cesión en uso.
- De presentarse fallas en la operatividad del equipo debe ser sustituido en forma inmediata (menor de 24 horas) a fin de no alterar el normal funcionamiento del área usuaria. Asimismo, el proveedor debe reponer las pérdidas de materiales y reactivos que se produzcan por razones inherentes al funcionamiento defectuoso del equipo en cesión en uso.
- La Institución no se responsabiliza por cualquier deficiencia, daño o siniestro que sufran los equipos en cesión en uso fuera de los términos estipulados contractualmente, salvo negligencia de la Institución, técnicamente demostrada. Los gastos y costos por servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos dados en cesión en uso son de responsabilidad del proveedor.
- El proveedor deberá presentar una póliza de seguro que ampare los equipos biomédicos en cesión en uso, dando cobertura contra robo, incendio, siniestro, responsabilidad civil contra terceros u otros en forma conjunta al momento de la entrega de los equipos.
- El proveedor debe entregar, junto con los equipos, los catálogos, especificaciones técnicas y el manual de usuario en idioma original y en español.
- Los equipos de laboratorio entregados en cesión en uso a EsSalud, no generan obligaciones de pago por concepto de compra, alquiler, ni compromiso de mantenimiento, compra de repuestos, costos de traslado, instalación pago de personal u otros que puedan derivarse de su uso.
- El proveedor debe entregar documentación otorgada por la casa matriz que indique fecha de fabricación al momento del ingreso de los equipos.
- Es responsabilidad de la empresa proveedora, cumplir con el cronograma del mantenimiento preventivo de acuerdo al manual del equipo, así como también realizar el mantenimiento correctivo si se presentara una falla.
- Los costos de los mantenimientos realizados son responsabilidad de la empresa proveedora, tal como se indica en la Directiva vigente "Normas del Proceso para el Suministro de bienes vinculados a Equipos de Laboratorio entregados en Cesión de Uso al Seguro Social de Salud, EsSalud", vigente en la actualidad.
- La entrega de los equipos en cesión de uso deberá efectuarse en el laboratorio de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria sito en **oficina 322** del Complejo Arenales, Avenida Arenales 1302 Distrito Jesús María.

## **12. DE LA RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD**

Los reactivos que se entreguen en los almacenes de la entidad, deben corresponder a las especificaciones requeridas y estar de acuerdo al producto adjudicado.

La conformidad y recepción se sujeta a lo dispuesto en la normatividad de Contrataciones del Estado y normas sanitarias vigentes; la recepción la efectúa el jefe de Almacén (o quien haga sus veces) y la conformidad estará a cargo del representante del área de salud (área usuaria) o quien haga sus veces en el almacén de destino.

Para llevar a cabo la recepción y la conformidad de la entrega de un (los) producto(s), el contratista deberá entregar en cada punto de destino los siguientes documentos:

- Copia simple del Registro Sanitario o del Certificado de Registro Sanitario vigente, se entregue el producto y sus actualizaciones.
- Copia simple del Certificado (Protocolo de Análisis) emitido por el fabricante, por cada lote entregado, *cuando corresponda*.
- Copia simple de los certificados de BPM, BPA vigentes al momento de la entrega, y sus actualizaciones, *de haber*.
- Copia de la Carta de Compromiso de canje y/o reposición por vencimiento (**Anexo – C**), cada vez que se efectúe la entrega en los puntos de entrega definidos por la entidad (Almacenes), según lo señalado en el numeral 8.
- Orden de compra.
- Guía de Remisión / Factura

## **13. DEL PAGO**

La Entidad realizará el pago en forma parcial de manera mensual por cada entrega realizada, previa conformidad extendida por el Jefe de almacén (o quien haga sus veces) y por el encargado del Área de salud (o quien haga sus veces) en el almacén de destino.

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

- Recepción del jefe de almacén (o quien haga sus veces)
  - Documento de conformidad de la prestación efectuada, emitido y firmado por el Jefe de almacén (o quien haga sus veces) y por el encargado del Área de salud (o quien haga sus veces) en el almacén de destino.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en mesa de partes ventanilla del Módulo de Atención al Proveedor ubicado en la Av. Arenales N° 1402 - Jesús María en el horario de 8 am a 1 pm y de 2 pm a 5 pm (Se sugiere llegar con anticipación para evitar contratiempos).

## **14. CRONOGRAMA Y PLAZOS DE ENTREGA**

El plazo de ejecución del contrato es de **doce (12)** entregas o hasta agotar el monto del contrato, de acuerdo a las cantidades referenciales consignadas en el cuadro de distribución por redes asistenciales y por ítem, señalado en el **Anexo - A y Anexo - B**.

Las entregas y las cantidades a suministrar serán aquellas consignadas en las órdenes de compra que serán notificadas con una anticipación mínima de quince (15) días calendario, las mismas que serán emitidas mensualmente con una variación del +/- 30% con relación al cronograma consignado en el Anexo – B.

Las entregas serán mensuales y detalladas en cada orden, de acuerdo a la necesidad de la institución y garantizando la entrega total de la orden emitida.

El cronograma referencial para entregas de dispositivo médicos es el siguiente:

**i. Primera entrega:** Debe realizarse como máximo a los TREINTA (30) días calendarios contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra. El último día de dicho plazo se convierte en la fecha límite de entrega, la cual estará señalada en las respectivas órdenes de compra. Considerando:

Si el último día de entrega es feriado o inhábil, la entrega será el día hábil siguiente.

- ii. **Siguientes entregas:** A partir de la segunda entrega, debe realizarse como máximo a los DIEZ (10) días calendarios contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra. El último día de dicho plazo se convierte en la fecha límite de entrega, la cual estará señalada en las respectivas órdenes de compra. Considerando:

Si el último día de entrega es feriado o inhábil, la entrega será el día hábil siguiente.

En el caso de entregas en Lima y Callao, el contratista deberá realizar una coordinación con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación a la fecha de entrega, a los siguientes correos: [proveedores1@salog.com.pe](mailto:proveedores1@salog.com.pe); [proveedores2@salog.com.pe](mailto:proveedores2@salog.com.pe); [lineadirecta@salog.com.pe](mailto:lineadirecta@salog.com.pe).

Los pedidos de urgencia serán previamente coordinados y comunicados al proveedor en el momento que se presenten; los cuales serán atendidos en un plazo no mayor a los siete (7) días calendario contados a partir del día siguiente de notificada la orden de compra. El último día de dicho plazo se convierte en la fecha límite de entrega, la cual estará señalada en las respectivas órdenes de compra. Considerando:

Si el último día de entrega es feriado o inhábil, la entrega será el día hábil siguiente.

Así también, señalar que, los pedidos de urgencia no serán consideradas como entregas regulares, siendo que esta, está sujeta a la aceptación del proveedor y pudiese solicitarse excepcionalmente por necesidad del área usuaria.

La compra se realizará considerando el 100% de la cantidad total referencial del cuadro de requerimiento, sin perjuicio de que la Entidad pueda ejecutar la reducción de prestaciones de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad de Contrataciones del Estado.

En caso sea necesario que el cronograma se extienda por un periodo mayor al inicialmente considerado, se comunicará al CONTRATISTA durante la ejecución del contrato y con un plazo no mayor a 15 días calendario hasta antes de la culminación de la ejecución del contrato.

La Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE, podrá comunicar al CONTRATISTA lo anteriormente señalado vía electrónica, al correo electrónico declarado por el postor.

La demora en los plazos de entrega que se deriven por resultado NO CONFORME en el control de calidad será responsabilidad DEL CONTRATISTA, independientemente de ser sujeto a sanciones y moras contempladas en la normatividad de las contrataciones del Estado.

## **15. LUGAR DE ENTREGA**

Las entregas de los productos se realizarán en los almacenes de los diferentes puntos de entrega de destino definidos por la entidad (almacenes), indicados en las respectivas órdenes de compra. Los puntos de destino para las entregas de cada ítem,

así como las correspondientes direcciones se señalan en el directorio de puntos de entrega de destino.

Excepcionalmente, cuando la Entidad lo requiera podrá comunicar al contratista que los productos farmacéuticos correspondientes a un determinado mes, sean entregados en un lugar de destino distinto, dentro de los lugares establecidos en el cuadro de distribución por Redes Asistenciales. Dicha comunicación será establecida en la correspondiente orden de compra.

El horario para la recepción de los bienes en los almacenes de EsSalud es de lunes a viernes 8:00 a 13:00 horas y de 14:00 a 15:00 horas.

Asimismo, tal modificación de lugar de entrega se indicará en la orden de compra.

## **16. VICIOS OCULTOS**

La recepción conforme de EsSalud, no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables durante la recepción de los dispositivos médicos, por causales atribuibles al contratista, debiendo proceder a la reposición o canje total del lote de los bienes que se hayan detectado en las situaciones descritas.

Las discrepancias referidas a defectos o vicios ocultos son sometidas a conciliación y/o arbitraje. En dicho caso el plazo de caducidad se computará a partir de la conformidad otorgada por la Entidad hasta treinta (30) días hábiles posteriores al

vencimiento del plazo de responsabilidad del contratista previsto en el contrato. (Art. N° 173, del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante D.S. N° 344-2018-EF).

Si durante el acto de recepción de los bienes se advirtiera mermas y/o productos deteriorados a consecuencia del transporte, el contratista deberá proceder a reponer o canjear los bienes que se hayan detectado en las situaciones descritas en un plazo máximo de dos (02) días calendario de notificado el hecho por parte de la Entidad (ya sea por correo electrónico u otro medio).

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de dos (02) años, contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

## 17. INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

De conformidad con lo establecido en la normativa de contrataciones del estado, dentro de los causales de resolución de contrato, se deberá considerar lo siguiente:

- La obtención de dos (02) resultados finales NO CONFORMES de control de calidad. Se considerarán los Informes de Ensayo programados en las Bases Administrativas del procedimiento de selección y los resultados derivados de acciones de control y vigilancia sanitaria, realizada por la Autoridad de Salud.
- La cancelación, suspensión o no renovación de los certificados de las Buenas Prácticas de Manufactura y Buenas Prácticas de Almacenamiento.
- La cancelación o no renovación del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.
- La suspensión o cancelación del Registro Sanitario por medida de seguridad.
- Cierre temporal o definitivo del Laboratorio o Droguería por medida de seguridad.

## 18. OTRAS PENALIDADES

Adicionalmente a la penalidad por incumplimiento regulado en el reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ESSALUD podrá aplicar las siguientes penalidades:

<b>Otras penalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Descripción de la penalidad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Monto de la Penalidad</b>
<b>1</b>	No brindar el mantenimiento preventivo al equipo en cesión de uso en la fecha prevista en el programa de mantenimiento del contratista	El área usuaria enviará un correo electrónico al contratista, solicitando el cumplimiento inmediato. Sin perjuicio de lo cual hará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	5%UIT por cada día de atraso
<b>2</b>	No cumplir con el mantenimiento correctivo de manera inmediata (menos de 24 horas)	El área usuaria enviará un correo electrónico al contratista, comunicando la falla y solicitando el mantenimiento correctivo de forma inmediata en menos de 24 horas y los 7 días de la semana, sin perjuicio de ello el área usuaria realizará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	5% UIT por cada día de atraso

<b>Otras penalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Descripción de la penalidad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Monto de la Penalidad</b>
<b>3</b>	No sustituir en forma inmediata (menos de 24 horas) el equipo de cesión de uso, al presentar fallas en la operatividad de dicho equipo.	Una vez desarrollado el mantenimiento correctivo y de persistir las fallas en el equipo de cesión de uso por más de 24 horas, el proveedor deberá sustituir el equipo, para lo cual el área usuaria comunicará al contratista mediante correo electrónico. Sin perjuicio de ello, el área usuaria realizará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	<i>6% UIT por cada día que tarde en sustituir el equipo</i>
<b>4</b>	No cumplir con la entrega de los insumos necesarios para los controles y calibración (material de reporte consumibles, material de calibración, material de control)	La entrega de los insumos debe ser mensual, en caso de incumplimiento El área usuaria solicitará el cumplimiento al contratista, mediante correo electrónico. Sin perjuicio de ello el área usuaria realizará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	<i>6% UIT por cada día de atraso.</i>
<b>5</b>	No cumplir con la entrega del Programa de Evaluación Externa de Calidad PEEC en el plazo indicado.	El área usuaria solicitará el cumplimiento al contratista, mediante correo electrónico. Sin perjuicio de ello el área usuaria hará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	<i>3%UIT por cada mes de atraso</i>
<b>6</b>	No cumplir con realizar la Interface del Software del Equipo en cesión en uso en el plazo indicado.	El área usuaria solicitará el cumplimiento al contratista, mediante correo electrónico. Sin perjuicio de ello el área usuaria hará un informe a las instancias correspondientes dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, quien deberá remitirlo a la Sub Gerencia de Adquisiciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos.	<i>3% UIT por cada día de atraso.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El criterio para la determinación de las penalidades se aplicará de acuerdo a la UIT VIGENTE</i></li> <li>• <i>La entidad aplicara las penalidades a partir del día siguiente de vencido el plazo establecido.</i></li> <li>• <i>Estas penalidades serán deducidas de cualquiera de sus facturas pendientes o en la liquidación final.</i></li> </ul>			

**NOTA:**

**Se indican los siguientes anexos, deben formar parte de las Bases del procedimiento de selección:**

- ✓ Anexo - A: Cuadro de requerimiento anual.
- ✓ Anexo - B: Cuadro de distribución y cronograma de entregas.
- ✓ Anexo - C: Carta de Compromiso de canje y/o reposición por vencimiento.
- ✓ Anexo - D: Directorio de puntos de entrega de destino y horario de atención (almacenes)
- ✓ Anexo - E: Relación de ítems que indican el monto establecido para la Experiencia del Postor
- ✓ Anexo - F: Declaración Jurada del dispositivo medico ofertado.
- ✓ Anexo - G: Especificaciones técnicas del producto
- ✓ Anexo - H: Especificaciones técnicas del equipo
- ✓ Anexo - H-1: Precisiones de las especificaciones técnicas del equipo en cesión de uso
- ✓ Anexo - I : Carta de Compromiso de Canje y/o reposición por Defectos o Vicios Ocultos
- ✓ Anexo - J : Carta de compromiso de canje y/o reposición por vigencia mínima menor a 06 meses

## ANEXO A

### CUADRO DE REQUERIMIENTO ANUAL

N° ITEM	CÓDIGO SAP	DESCRIPCIÓN	UM	TOTAL
1	30104010	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES KIT	PBA	126 000



## ANEXO B

### CUADRO DE DISTRIBUCION Y CRONOGRAMA DE ENTREGA

ITEM	CODIGO SAP	DESCRIPCION	UM	AREA USUARIA		CRONOGRAMA DE ENTREGA											
						MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	30104010	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES KIT	PBA	SGAD	PADOMI	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500	6500
				SGPE	DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIALES	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000
					DIRECCION DE HOSPITAL PERU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

## ANEXO - C

### CARTA DE COMPROMISO DE CANJE Y/O REPOSICIÓN POR VENCIMIENTO

(Aplicación excepcional, se seguirá lo establecido en el numeral 8)

Señores

**Comité de Selección/ Órgano Encargado de las contrataciones**

**Tipo de procedimiento de selección N°** [Consignar nomenclatura del procedimiento]

Presente. -

De mi consideración:

Nos es grato hacer llegar a usted, la presente "Carta de Compromiso de Canje y/o Reposición por vencimiento" en representación del ..... (Razón social de la empresa o consorcio) por los productos que se nos adjudiquen de nuestra propuesta presentada a la ..... (Consignar nomenclatura del procedimiento de selección).

El canje será efectuado sólo para los siguientes productos, en cumplimiento de las especificaciones de vida útil.

El canje se efectuará a sólo requerimiento de ustedes, en un plazo no mayor a 60 días calendarios, y no generarán gastos adicionales a los pactados con vuestra entidad.

Atentamente,

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**ANEXO - D**  
**DIRECTORIO DE PUNTOS DE ENTREGA DE DESTINO Y HORARIO DE ATENCION**  
**(ALMACENES)**

ZONA DEPARTAMENTO DE LIMA Y PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO		CIUDAD	HORARIO DE ATENCION
PADOMI, PROGRAMAS ESPECIALES, HOSP. PERU	AV. EL SOL N° 400; PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	CALLAO	De acuerdo a lo citado en el numeral 15

ANEXO – E

**RELACIÓN DE ÍTEMS QUE INDICAN EL MONTO ESTABLECIDO PARA LA EXPERIENCIA DEL POSTOR**

N° ÍTEM	Cód. SAP	DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO	MONTO DE LA EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
1	30104010	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5ESTIRPES KIT	S/231,840

**RELACIÓN DE ÍTEMS QUE INDICAN EL MONTO ESTABLECIDO PARA ACREDITAR EXPERIENCIA DEL POSTOR DE LAS MICRO Y PEQUEÑAS EMPRESA**

(El presente cuadro será aplicado previa evaluación por el área de Planificación, teniendo en cuenta lo establecido Según la Ley de Contrataciones y su Reglamento en el Art. 49.6 Procedimiento de Evaluación, Literal modificado por el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 162-2021-EF.)

N° ÍTEM	Cód. SAP	DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO	MONTO DE LA EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
1	30104010	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5ESTIRPES KIT	S/ 57,960

**ANEXO – F**

**DECLARACION JURADA DEL DISPOSITIVO MEDICO OFERTADO**

El \_\_\_\_\_ que se suscribe, don \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ Representante Legal de \_\_\_\_\_, con R.U.C. N° \_\_\_\_\_ manifiesto que, el bien que oferto cumple con las especificaciones técnicas señaladas en los Requerimientos Técnicos Mínimos y me comprometo a cumplir con lo establecido en los anexos A y B:

**Código SAP:**

**Descripción según EsSalud:**

**UM:**

DEL REGISTRO SANITARIO									Vigencia mínima del producto (en número de meses)	Cantidad Ofertada
Código/Referencia/Modelo/dimensiones según su RS o CRS	Descripción	Nº de Registro Sanitario	Nombre de marca (si lo tuviera)	Forma de Presentación que oferta	Fabricante	País de Fabricación	Cumple con Manuales de instrucción de uso (SI/NO) *	Cumple con rotulados de envase mediató e inmediato (SI/NO) *		

En caso la cantidad requerida por la Red Asistencial no sea múltiplo de la forma de presentación de la empresa, ésta deberá entregar la excedente de su envase mediató. El postor que brinda su cotización implícitamente acepta dicha condición.

(\*) Cuando corresponda

\_\_\_\_\_  
(Firma y Sello del Representante Legal)

## ANEXO - G

### ESPECIFICACIONES DE REACTIVOS DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO PARA LOS LABORATORIOS DE LA GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE

ITEM	CODIGO SAP	DENOMINACION	UM	ESPECIFICACIONES TECNICAS
	30104010	Hemograma Automatizado Diferencial Estirpes Kit	5 PBA	<p><b>PRESENTACIÓN:</b> Kit de Reactivos y Soluciones libres de Cianuro para la realización Automatizada del Hemograma Diferencial de 5 Estirpes. Tiempo de Expiración no menor de 6 meses a partir de la fecha de entrega.</p> <p><b>METODOLOGÍA:</b> Impedancia Volumétrica y/ó láser y/ó Radiofrecuencia y/ó Citoquímica y/ó Citometría de Flujo. Mínimo dos metodologías por equipo.</p> <p><b>ACCESORIOS:</b> Calibradores, Controles, Complementos, Material de impresión y otros de acuerdo a metodología que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p><b>EQUIPO:</b> El (los) equipo(s) será(n) definido(s) por el usuario final en tabla adjunta de acuerdo a especificaciones técnicas de equipos de este petitorio</p> <p><b>MUESTRA BIOLÓGICA:</b> Sangre anticoagulada.</p>

- En ACCESORIOS: controles (se refiere a controles internos).



## ANEXO H

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS EN CESIÓN DE USO

 	
EQUIPOS DE HEMATOLOGÍA	
ANALIZADOR HEMATOLÓGICO GRANDE DIFERENCIAL DE 5 ESTIRPES	
1. Tipo	- Analizador de Flujo Continuo.
2. Metodología	- Impedancia Volumétrica y/o Láser y/o Radiofrecuencia y/o Citoquímica y/o Citometría de Flujo.
3. Performance	- 100 o más hemogramas por hora.
4. Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemogramas con determinación de 5 estirpes leucocitarias.</li> <li>- Lector incorporado de Códigos de Barras para Tubos Primarios.</li> <li>- Autocargador de muestras con mezcla por inversión.</li> <li>- Procesamiento de muestras STAT.</li> <li>- Opcional: Cuantificación de Reticulocitos.</li> <li>- Opcional: Detección de micro coágulos por la pipeta de muestra.</li> <li>- Opcional: Cuantificación de CD3, CD4, CD8, CD32 y CD61, entre otros.</li> </ul>
5. Muestra	- Sangre total anti coagulada con EDTA K2 o K3 en Tubo primario con Código de Barras.
6. Procesamiento de Datos	<p>Interno: Software y Hardware (propio del analizador) para el manejo de datos del equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesamiento de calibraciones y controles (si la metodología lo requiere)</li> <li>- Resultados</li> </ul> <p>Con capacidad de archivo de datos de 30 días o más. Impresora adecuada a la modalidad de trabajo del Laboratorio.</p> <p>Externo: Software con interfaz e interconexión operativa al sistema de salud del Centro Asistencial tanto para la recepción de solicitudes y envío de resultados con capacidad de manejar toda la información del laboratorio por el periodo de duración del servicio (solicitudes, resultados, resultados históricos, control de calidad, estadística, entre otros)</p> <p>Hardware de acuerdo a requerimiento del usuario final (computadoras, servidor y cableado).</p> <p>Para mayor detalle referirse a las características de sistematización de Laboratorio clínico.</p>
7. Accesorios del Equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuente de poder de emergencia (UPS).</li> <li>- Equipo de Aire Acondicionado (ver Nota).</li> </ul>
8. Consumibles, Calibradores, Controles, Complementos y Accesorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El usuario final definirá la frecuencia mensual de procesamiento para cada prueba a realizar, a fin de calcular la cantidad de consumibles a entregar. Todos los Consumibles: Calibradores, Controles, Complementos y Accesorios deberán ser entregados en forma periódica (acompañando a la entrega de los reactivos), en cantidad suficiente de acuerdo a los protocolos de cada metodología para permitir la realización completa de las Pruebas Efectivas más las Pruebas de Calibración y Control para el periodo de compra. En cualquier caso en que falte alguno de ellos, el proveedor procederá a su entrega como reposición inmediata.</li> <li>- Controles Internos: proporcionar material de control para todo el periodo de compra, en cantidad suficiente para cumplir con el protocolo de la metodología (procesar en tres niveles de control para cada día de trabajo).</li> <li>- Soluciones, complementos de limpieza y otros, en cantidad suficiente que permita la realización total de las pruebas efectivas solicitadas, más las pruebas de calibraciones y los lavados adicionales requeridos de acuerdo a la metodología de trabajo.</li> </ul>
9. Soporte técnico	<p>Mantenimiento Preventivo: presentar Programa de mantenimiento preventivo de acuerdo al manual del equipo proporcionado por la empresa fabricante y su respectivo cronograma de ejecución, el cual debe ser supervisado por el Jefe o responsable del área de mantenimiento de la Institución en coordinación con el Jefe del área usuaria.</p> <p>Mantenimiento Correctivo: compromiso de corrección de fallas presentadas dentro de las 24 primeras horas. Atención de notificaciones de fallas durante las 24 horas y los 7 días de la semana.</p> <p>Personal de Ingeniería certificado por el fabricante, con experiencia no menor de 6 meses en el equipo</p>
10. Modo de Operación	- 220V, 60Hz
11. Antigüedad y otros	- De acuerdo a Directiva Vigente.

**Nota:**  
Este requerimiento estará sujeto a confirmación del área usuaria final, considerando las condiciones ambientales en el centro asistencial de destino.

## ANEXO H-1

### PRECISION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO EN CESIÓN DE USO

#### 1) Para la Subgerencia de Atención Domiciliaria (OFICINA 322)

##### Numeral 6: Procesamiento de Datos

**Software de acuerdo al usuario final:** Sistema ESSI

**Hardware de acuerdo al usuario final:**

Las características mínimas del (los) equipo(s) de cómputo para el adecuado funcionamiento dentro de nuestra red informática son:

**Equipo de cómputo (4 equipos): En los cuales se instalará el sistema del proveedor.**

- Procesador Intel Core I5 3.30 GHZ o compatible equivalente (mínimo)
- Disco Duro 1 TB
- Memoria RAM de 8 GB mínimo
- Sistema Operativo Windows 10 (x64) (Enterprise de preferencia)
- Monitor UVGA 19” (mínimo)
- Tarjeta de RED Ethernet 100/1000 Mbps (1 Gbps)
- **UPS para analizador**
- **1 servidor**
- **Impresora láser (3)**
- **Impresora de etiquetas para código de barras (3)**

#### 2) Para la Subgerencia de Proyectos Especiales (OFICINA 234)

El proveedor deberá realizar las siguientes actividades:

- ❖ Instalación del Software en 2 PC
- ❖ Conexión al Sistema ESSI.

Conforme a la configuración del equipo y requerimiento para el uso, este deberá proporcionar computadoras, servidor, cableado, impresora y material de escritorio necesario para el correcto procesamiento de datos y conexión al sistema Al sistema ESSI.

Deberá incluir todo hardware necesario para realizar la interface, como son:

A. 01 computadora.

**Características de la computadora.**

Procesador Intel Core I5 3.30 GHZ o compatible equivalente (mínimo)

Disco Duro 1 TB

Memoria RAM de 8 GB mínimo

Sistema Operativo Windows 10 (x64) (Enterprise de preferencia)

Monitor UVGA 19” (mínimo)

Tarjeta de RED Ethernet 100/1000 Mbps (1 Gbps)

B. 01 impresora de código de barras.

C. 01 impresora láser.

D. Servidor

E. Insumos necesarios para el buen funcionamiento.

❖ Prueba de interfaces de equipos.

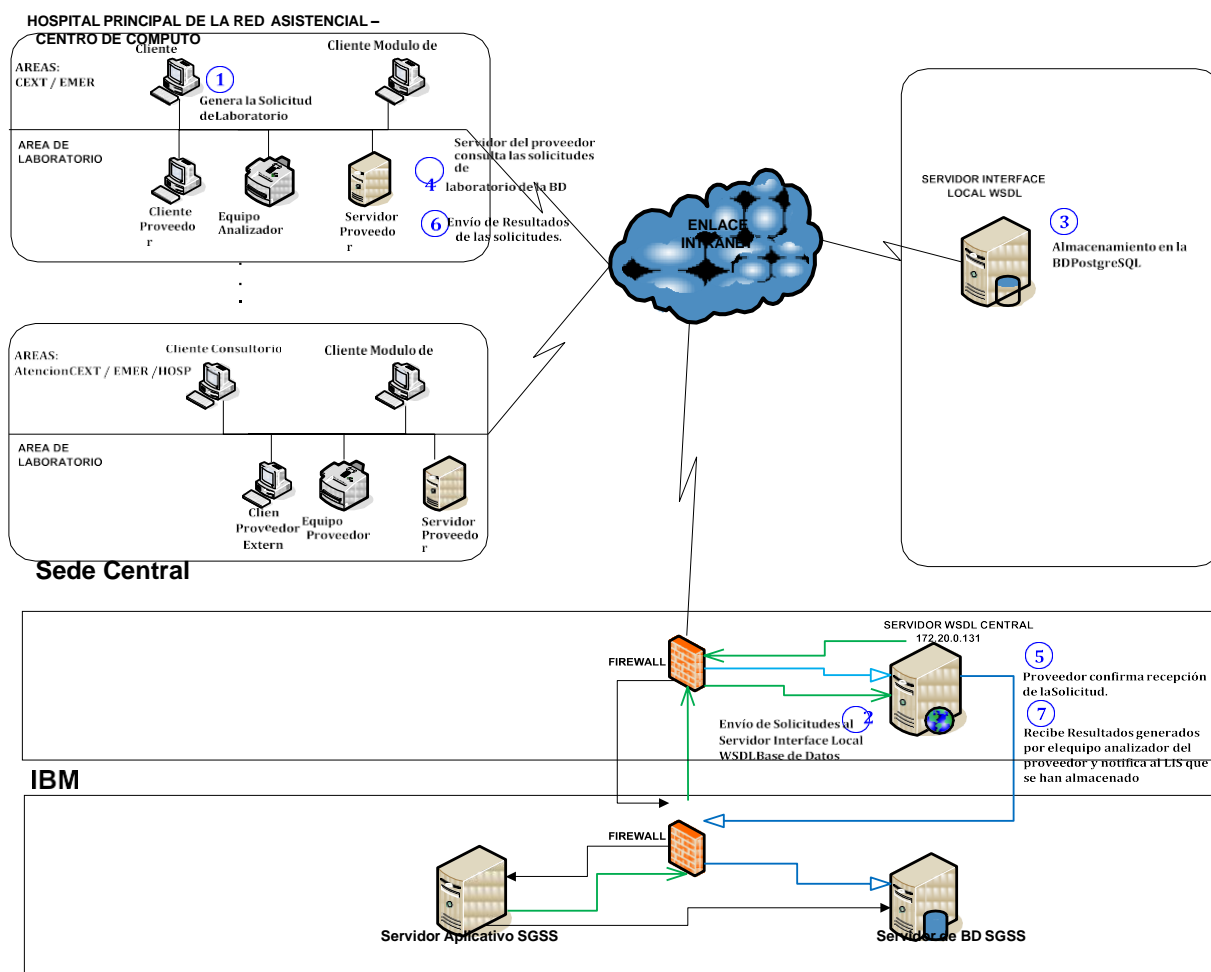
❖ Capacitación.

❖ Asignación de usuarios para los profesionales indicados por el responsable del área.

## ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA INTERFAZ DEL SISTEMA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD(SGSS) CON EL SISTEMA DE LABORATORIO DE PROVEEDORES EXTERNOS

Para efectos de cubrir las necesidades del proceso de envío de las solicitudes de exámenes y la recepción de resultados de las mismas, la Gerencia Central de Tecnología de Información y comunicaciones (GCTIC) ha propuesto la arquitectura de interoperabilidad del Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS) y los sistema LIS que ofrecen los proveedores externos (ver Gráfico 1). Las interfaces desarrolladas deberán ser consideradas por el proveedor.

### PLATAFORMA INTERFAZ SGSS – LABORATORIO (LIS) PROVEEDORES EXTERNOS



ELABORADO POR: GERENCIA DE SISTEMAS ASISTENCIALES ING. PABLO RIVERA

**Gráfico 1 – Arquitectura**

#### I. PROCESO DE ENVIO DE SOLICITUDES DE EXAMENES

El Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS) envía la información de las solicitudes de exámenes de laboratorio a un repositorio ubicado en la cabeza de red del Hospital, en una base de datos PostgreSQL.

El proveedor deberá de consultar dicha información, la cual será remitida a los equipos analizadores; así mismo, el proveedor informará la conformidad de la recepción de las solicitudes al sistema SGSS, a través del servicio WSDL Central “aconfirexalabws”, la cual permite informar la conformidad de los datos de la Solicitud del Examen.

## 1.1 Servicio WSDL Central para informa la conformidad de los datos de la Solicitud de examen.

URL QA:

<http://172.20.0.118:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaux.aconfirexalabws?wsdl>

Proveedor: INTERFACE WSDL CENTRAL - SGSS

Cliente: LIS

### Estructura Información de la Petición

NAME	Type	Descripción
SolEqpProEqLCo d	VARCHA R2(2)	Código Proveedor Equipo de Laboratorio
SolEqpOriCenAsi Cod	VARCHA R2(1)	Código Origen Centro Asistencial
SolEqpCenAsiCod	VARCHA R2(3)	Código Centro Asistencial
SolEqpTipExaCod	VARCHA R2(1)	Código Tipo de Examen Auxiliar ("2" - Patología Clínica)
SolEqpSolExaNu m	NUMBER (10)	Número de la Solicitud
SolEqpCPSCod	VARCHA R2(5)	Código del Examen/Estudio/Prueba de Laboratorio (CPT)

Name	Type	Description
SdtRptExaLab		Sdt Rpt Exa Lab
▪ RptOriCenAsiCod	VarChar(1)	Origen del Centro Asistencial
▪ RptCenAsiCod	VarChar(3)	Codigo del Centro Asistencial
▪ RptTipExaCod	VarChar(1)	Tipo de Examen Auxiliar
▪ RptSolExaNum	Numeric(10.0)	Número de la Solicitud
▪ RptCPSCod	VarChar(5)	Codigo de Examen de Laboratorio
▪ RptEstado	VarChar(1)	Estado de Transaccion 1=Exito 0=No Exitoso
▪ RptMsgErr	VarChar(200)	Mensaje de Error

## ESTRUCTURA DE TABLAS POSTGRESQL:

TABLE "SolExaLab"		
Objeto Cabecera Registro de Solicitudes de Exámenes de Laboratorio		
ATRIBUTO	TYPE	DESCRIPCION
SolEqpOriCenAsiCod	character(1) NOT NULL	Origen Centro Asistencial
SolEqpCenAsiCod	character(3) NOT NULL	Código Centro Asistencial
SolEqpTipExaCod	character(1) NOT NULL	Tipo Examen Auxiliar ("2" Patología Clínica)
SolEqpExaNum	numeric(10,0) NOT NULL	Numero de la Solicitud
SolEqpProEqLCod	character(2)	Código Proveedor Equipo de Laboratorio (** Atributo que no se considera cuando se integran varios proveedores a la interfase**)
SolEqpSolExaFec	character(10)	Fecha de la Solicitud (DD/MM/YYYY)
SolEqpOrdCod	character(8)	Número de la Orden de Trabajo (**)
SolEqpTipDocIdenPerCod	character(1)	Código Tipo Documento Identidad Profesional que Solicita (Apéndice 4.1.2)
SolEqpPerAsisDocIden	character(10)	Número Documento Identidad Profesional que solicita
SolEqpProColCod	character(5)	Colegiatura Profesional que solicita
SolEqpProApePat	character(30)	Apellido Paterno Profesional que Solicita
SolEqpProApeMat	character(30)	Apellido Materno Profesional que Solicita
SolEqpProPriNom	character(20)	Primer Nombre Profesional que solicita
SolEqpProSegNom	character(20)	Segundo Nombre Profesional que Solicita
SolEqpPacTipDocIdenCod	character(1)	Código Tipo Documento de Identidad del Pacientes (Apéndice 4.1.2)
SolEqpPacDocIdenNum	character(15)	Numero de Documento de Identidad del Paciente
SolEqpPacApePat	character(20)	Apellido Paterno del Paciente
SolEqpPacApeMat	character(20)	Apellido Materno del Paciente
SolEqpPacPriNom	character(10)	Primer Nombre del Paciente
SolEqpPacSegNom	character(10)	Segundo Nombre del Paciente
SolEqpPacHisCliNum	numeric(10,0)	Número de Historia Clínica del Paciente
SolEqpPacAutCod	character(15)	Código Autogenerado del Paciente
SolEqpPacSexCod	character(1)	Código Sexo del Paciente (Apéndice 4.1.3)
SolEqpPacNacFec	character(10)	Fecha de Nacimiento del Paciente (DD/MM/YYYY)
SolEqpPacEdad	numeric(3,0)	Edad del Paciente
SolEqpPacEstCivCod	character(1)	Código Estado Civil del Paciente (Apéndice 4.1.4)
SolEqpPacTelFij	character(10)	Número de Teléfono Fijo del Paciente
SolEqpPacTelCel	character(10)	Número de Teléfono Celular Paciente
SolEqpPacFamTel	character(10)	Número de Teléfono de Familiar
SolEqpAreHosCod	character(2)	Código de Área de Procedencia de la Solicitud (Apéndice 4.1.5)
SolEqpSerHosCod	character(3)	Código de Servicio de Procedencia de la Solicitud
SolEqpEmeCod	character(2)	Código Emergencia de Procedencia de la Solicitud
SolEqpTopEmeCod	character(2)	Código Tópico Emergencia de Procedencia de la Solicitud
SolEqpEstEnfCod	character(2)	Código Estación de Enfermería Hospitalización de Procedencia de la Solicitud
SolEqpHabCod	character(4)	Código Sala/Habitación Hospitalización de Procedencia de la Solicitud
SolEqpCamCod	character(5)	Código Cama Hospitalización de Procedencia Solicitud
SolEqpCenQuiCod	character(2)	Código Centro Quirúrgico de Procedencia de La Solicitud



SolEqDirIp	character(15)	Dirección IP Estación de Trabajo
SolEqUsuCreCod	character(10)	Código Usuario que Registra Solicitud
SolEqCreFec	character(20)	Fecha y Hora Registra (DD/MM/YYYY HH:MM:SS)
SolFlgExito	character(1)	Flag de Confirmación si es por consulta
SolFlgTransferencia	character(1)	Flag de Transferencia al Equipo de Laboratorio (uso del proveedor)
CONSTRAINT "PK_SolExaLab" PRIMARY KEY (SolEqOriCenAsiCod, SolEqCenAsiCod, SolEqTipExaCod, SolEqExaNum)		

TABLE "SolExaLabCPS" Objeto Detalle Registro de Solicitudes de Exámenes de Laboratorio		
SolEqOriCenAsiCod	character(1) NOT NULL	Origen Centro Asistencial
SolEqCenAsiCod	character(3) NOT NULL	Código Centro Asistencial
SolEqTipExaCod	character(1) NOT NULL	Tipo Examen Auxiliar ("2" – Patología Clínica)
SolEqExaNum	numeric(10,0) NOT NULL	Numero de la Solicitud
SolEqCPSCod	character(5) NOT NULL	Código del Examen/Estudio/Prueba de LAB. (CPT)
SolEqMueCod	character(3) NOT NULL	Código de la Muestra
SolEqSedExaCod	character(2)	Código Sede del Examen de Laboratorio (LAB del Centro Asistencial)
SolEqAreExaCod	character(1)	Código Area del Examen de Laboratorio (Apéndice 4.1.1)
ResEqTomaFec	character(10)	Fecha de la Toma/Entrega de la Muestra (DD/MM/YYYY)
ResEqTomaHor	character(8)	Hora de la Toma/Entrega de la Muestra (HH:MM:SS)
SolEqProvCod	Carácter(2)	Código Proveedor Equipo de Laboratorio
SolEqFlgTransEqp	Character(1)	Flag Indica que el registro del examen fue transferido al Equipo de Laboratorio, dato de utilidad para el proveedor 0= no fue transferido ; 1= si fue transferido, (uso del proveedor)
CONSTRAINT "SolExaLabCPS_pkey" PRIMARY KEY ("SolEqOriCenAsiCod", "SolEqCenAsiCod", "SolEqTipExaCod", "SolEqExaNum", "SolEqCPSCod", "SolEqMueCod"). CONSTRAINT "SolExaLabCPS_SolEqOriCenAsiCod_fkey" FOREIGN KEY ("SolEqOriCenAsiCod", "SolEqCenAsiCod", "SolEqTipExaCod", "SolEqExaNum") REFERENCES "SolExaLab" ("SolEqOriCenAsiCod", "SolEqCenAsiCod", "SolEqTipExaCod", "SolEqExaNum") MATCH SIMPLE ON UPDATE NO ACTION ON DELETE NO ACTION		

## II. PROCESO DE ENVIO DE RESULTADOS AL SISTEMA SGSS

Se inicia cuando el LIS envía a la Interface WSDL Central los resultados de un examen una vez que estos han sido validados por el responsable del laboratorio. Estos resultados deben incluir los datos del centro asistencial (ResEqOriCenAsiCod, ResEqCenAsiCod), el tipo de examen auxiliar (ResEqTipExaCod='2'), el número de la solicitud (ResEqSolExaNum), el código del examen (ResEqCPSCod) y el código de la muestra (ResEqMueCod), que van a permitir identificar unívocamente en el SGSS el examen realizado para una determinada muestra. Para realizar el envío se utiliza el servicio WSDL “**aresexalabatews**”.

A continuación, se detalla la estructura de trama de información Proveedor: SGSS

Cliente: LIS www.essalud.gob.pe	Jr. Domingo Cueto N° 120 Jesús María Lima 11 - Perú Tel.: 265-6000 / 265-7000
------------------------------------	--



Parámetros de la petición:

Proeqlo	Varchar(2)	Código de Proveedor
SdtresExalabV2	SdtResExaLab	Estructura de Datos de Resultado

TABLE "SdtResExaLabV2" Objeto Cabecera Registro de Resultados de Exámenes de Laboratorio		
ResEqOriCenAsiCod	character(1) NOT NULL	Código Origen Centro Asistencial
ResEqCenAsiCod	character(3) NOT NULL	Código Centro Asistencial
ResEqTipExaCod	character(1) NOT NULL	Tipo Examen Auxiliar("2" – Patología Clínica)
ResEqSolExaNum	numeric(10,0) NOT NULL	Numero de la Solicitud
ResEqCPSCod	character(5) NOT NULL	Código del Examen/Estudio/Prueba de LAB. (CPT)
ResEqResExaFec	character(20) NOT NULL	Fecha y Hora del Resultado (DD/MM/YYYY hh:mm:ss)
ResEqTipDocIdenPerCod	character(1) NOT NULL	Código Tipo Doc. Identidad Profes que realiza Examen (Apéndice 4.1.1)
ResEqPerAsisDocIdenNum	character(10) NOT NULL	Numero Documento Identidad Profesional que Realiza Examen
ResEqSisCod	character(1) NOT NULL	Código Sistema de Salud que Genera Solicitud (Apéndice 4.1.3.)
ResEqUsuCreCod	character(10) NOT NULL	Código Usuario Registra
ResEqCreFec	Character(20) NOT NULL	Fecha y Hora Registra (DD/MM/YYYY hh:mm:ss)
ResEqCanMue	numeric(2,0) NOT NULL	Cantidad de Muestras
ResEqTipCod	Character(1) NOT NULL	Código Tipo Resultado 1=Normal 2=Patológico
ResEqInf	Character(2000)	Informe del Resultado

TABLE "ResEqMuelle" Objeto Detalle Registro de Resultados de Exámenes de Laboratorio		
ResEqMueCod	character(3) NOT NULL	Código de la muestra
ResEqExaElmOrd	numeric(2,0) NOT NULL	Numero de Orden Elemento (1..n)
ResEqExaElmDes	character(30) NOT NULL	Descripción elemento
ResEqExaDes	character(15) NOT NULL	Descripción/Valor Resultado
ResEqExaUnd	character(12)	Unidad de Valoración / Medida
ResEqNorInfFemVal	character(20)	Rango Inferior Valor Normal Femenino
ResEqNorSupFemCal	character(20)	Rango Superior Valor Normal Femenino

ResEqpNorInfMasVal	character(20)	Rango Inferior Valor Normal Masculino
ResEqpNorSupMasVal	character(20)	Rango Superior Valor Normal Masculino
ResEqpNorOtrVal	character(500)	Otros valores normales
ResEqpExaObs	Carácter(1500)	observaciones al Resultado
ResEqpRevTipDocIdenPerCod	character(1)	Código tipo documento identidad Profesional que realiza revisión operativa del Resultado
ResEqpRevPerAsisDocIdenNum	Character(10)	Numero documento identidad profesional que realiza revisión operativa del Resultado
ResEqpRevExaObs	Character(500)	Observaciones a Revisión operativa del resultado (tecnólogo laboratorio)
ResEqpRevExaFec	Character(20)	fecha y hora revisión operativa del Resultado (tecnólogo laboratorio) (DD/MM/YYYY hh:mm:ss)
ResEqpValTipDocIdenPerCod	Character(1) NOT NULL	código tipo documento identidad profesional que realiza validación clínico patológico
ResEqpValPerAsisDocIdenNum	Character(10)	numero documento identidad profesional que realiza validación clínico - patológica
ResEqpValExaObs	Character(500)	observaciones validación clínico - patológica (medico)
ResEqpValExaFec	Character(20) NOT NULL	fecha y hora validación clínico - patológica (medico)(DD/MM/YYYY hh:mm:ss)
ResEqpPrvCod	Character(7)	código del examen / estudio / prueba de laboratorio del proveedor

## Parámetros de Respuesta

TABLE "SdtRptResLab"		
RptOriCenAsiCod	characte(1)	Código Origen Centro Asistencial
RptCenAsiCod	character(3)	Código Centro Asistencial
RptTipExaCod	character(1)	Condigo Tipo Examen Auxiliar ("2"=Patología Clínica)
RptSolExaNum	numeric(10,0)	Numero de la Solicitud
RptEstado	character(1)	Resultado de la Transacción (Apéndice 4.1.4.)
RptMsgErr	character(200)	Mensaje de Error


### III. WS PARA ELIMINAR UN RESULTADO ENVIADO.

(Regla Principal: SOLO se puede eliminar antes de las 24 horas de haber enviado el resultado) Parámetros de

Petición:

ProEqCod	Varchar(2)	Código de Proveedor
OriCenAsiCod	Varchar(1)	Código origen centro asistencial
CenAsiCod	Varchar(3)	Código Centro Asistencial
TipExaCod	Varchar(1)	Código Tipo examen
SolExaNum	Numerico(10)	Numero de Solicitud Examen
CPSCod	Varchar(5)	Código del Examen/Estudio/Prueba de Laboratorio (CPT)
ResEqTipDocIdenPerCod	Varchar(1)	Código Tipo Doc. Identidad Profes. que Realizo Examen
ResEqPerAsisDocIdenNum	Varchar(10)	Número Documento Identidad Profesional que Realizo Examen

Parámetro de Respuesta:

Name	Type	Description
 SdtRptResLab		Sdt Rpt Res Lab
▪ RptOriCenAsiCod	VarChar(1)	Código Origen Centro Asistencial
▪ RptCenAsiCod	VarChar(3)	Código Centro Asistencial
▪ RptTipExaCod	VarChar(1)	Código Tipo de Examen Auxiliar ('2' = Patología Clínica)
▪ RptSolExaNum	Numeric(10.0)	Número de la Solicitud
▪ RptEstado	VarChar(1)	Resultado de la Transacción (Apéndice 4.1.4.)
▪ RptMsgErr	VarChar(200)	Mensaje de Error

Valor RptEstado	Equivalencia
0	NO Exitoso
1	Exitoso

## Servicios para Consumir para el envío de Resultados:

### **AMBIENTE DE DESARROLLO**

1. **WS de Confirmación de Recepción del Examen al List del Proveedor**

<http://172.20.0.118:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aconfirexalabws?wsdl>

2. **WS de Envío de Resultados del Examen de Laboratorio**

**Nuevo envío:** Se ha considerado un campo adicional para algunos proveedores. Se debe considerar estanueva estructura.

<http://172.20.0.118:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aresexalabinfws?wsdl>

Ruta del Antiguo envío

<http://172.20.0.118:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aresexalabatews?wsdl>

3. **WS para eliminar un resultado enviado**

<http://172.20.0.118:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aresexalabdl?wsdl>

### **AMBIENTE DE PRODUCCION**

1. **WS de Confirmación de Recepción del Examen al List del Proveedor**

<http://172.20.0.131:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aconfirexalabws?wsdl>

2. **WS de Envío de Resultados del Examen de Laboratorio**

<http://172.20.0.131:8080/ExaAuxLabWs/servlet/com.essaludexaaux.aresexalabinfws?wsdl>

3. **WS para eliminar un resultado enviado**

<http://172.20.0.131:8080/ExaAuxLabWs/>

## ANEXO - I

### Carta de Compromiso de Canje y/o reposición por Defectos o Vicios Ocultos

Señores

**Comité de Selección/ Órgano Encargado de las contrataciones**

**Tipo de procedimiento de selección N°** [Consignar nomenclatura del procedimiento]

Presente. -

De mi consideración:

Nos es grato hacer llegar a usted, la presente “Carta de Compromiso de Canje y/o Reposición por Defectos o Vicios Ocultos” en representación del ..... (Razón social de la empresa o consorcio) por los productos que se nos adjudiquen de nuestra propuesta presentada a la ..... (Consignar nomenclatura del procedimiento de selección).

El canje será efectuado en el caso de que el producto haya sufrido alteración de su características físicas sin causa atribuible al usuario o cualquier otro defecto o vicio oculto durante

la vida útil del dispositivo médico. El producto canjeado tendrá fecha de expiración igual o mayor a la ofertada en el procedimiento de selección, contada a partir de la fecha de entrega de canje.

El canje se efectuará a sólo requerimiento de ustedes, en un plazo no mayor a 60 días calendarios, y no generará gastos adicionales a los pactados con vuestra entidad.

Atentamente,

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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



## ANEXO - J

### Carta de compromiso de canje y/o reposición por vigencia mínima menor a 06 meses

Señores

**Comité de Selección/ Órgano Encargado de las contrataciones**

**Tipo de procedimiento de selección N°** [Consignar nomenclatura del procedimiento]

Presente. -

De mi consideración:

Nos es grato hacer llegar a usted, la presente "Declaración Jurada de Compromiso de Canje y/o Reposición por vigencia mínima menor a 06 meses" en representación del ..... (Razón social de la empresa o consorcio) por los productos que se nos adjudiquen de nuestra propuesta presentada a la ..... (Consignar nomenclatura del procedimiento de selección).

El canje será efectuado sólo para los siguientes productos, en cumplimiento de las especificaciones de vida útil.

El canje se efectuará a sólo requerimiento de ustedes, en un plazo no mayor a 60 días calendarios, y no generará gastos adicionales a los pactados con vuestra entidad.

Atentamente,

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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