



CAPITULO III

REQUERIMIENTO

(Versión 2)

3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

3.1.1 Denominación de la contratación

Adquisición de una "INCUBADORA NEONATAL ESTANDAR", suplementaria para la Obra: "CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL HOSPITAL II-1 DE CAJABAMBA- CAJAMARCA".

3.1.2 Finalidad pública

El presente procedimiento de selección busca contar con una "INCUBADORA NEONATAL ESTANDAR", considerado en el Expediente Técnico, el mismo que viene siendo ejecutado, con la finalidad de una adecuada y mejor implementación del Hospital II-1 de Cajabamba, acorde a las exigencias de la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01. para una mejor atención de los pacientes.

3.1.3 Antecedentes

3.1.3.1 Con Resolución Directoral Ejecutiva N° 237-2022-GR.CAJ/ PROREGION/DE, de fecha 10 de octubre de 2022, se aprueba el expediente técnico "ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO BIOMÉDICO COMPLEMENTARIO, ELECTROMECÁNICO E INFORMÁTICO PARA LA OBRA: CONSTRUCCION E IMPLEMENTACION DEL HOSPITAL II-1 DE CAJABAMBA", con un monto referencial ascendente a la suma de S/ 9'902,269.48, costos al mes de octubre de 2022.

3.1.3.2 Mediante ACTA DE REUNIÓN EN CAJAMARCA de fecha 13.02.2024, suscrita entre personal de la Red Salud Cajabamba, Hospital NSR Cajabamba y PROREGION, se tuvo como primer acuerdo que, el Hospital "NSR", alcanzará un listado del equipamiento priorizado, para su adquisición, considerando los equipos que integran el Expediente Técnico mencionado líneas arriba.

3.1.3.3 Con fecha 06.03.2024 y OFICIO N° 44-2024-HAC/INGENIERIA, el Jefe de Ingeniería Hospitalaria del Hospital NSR Cajabamba, traslada a la Dirección del mismo Hospital la lista priorizada para adquisición de equipamiento.

3.1.3.4 Con OFICIO N° 229-2024-GR.CAJ/DRSC-RED-CJBA/HAC-D de fecha 08.03.2024, la Dirección del Hospital NSR Cajabamba solicita al Director de la Red Salud Cajabamba que, por intermedio de su despacho se pueda remitir dicha información a PROREGION, para la adquisición del equipamiento.

3.1.3.5 Se emite el OFICIO N° 0349-2024-GR.CAJ/DRSC-RED-CJBA/DG, el día 13.03.2024, del Director de la Red Salud Cajabamba, hacia el GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA, para su atención.

3.1.3.6 Con fecha 03.04.2024 y OFICIO N° D271-2024-GR.CAJ-GRDS-SGAP, la Gerencia Regional de Desarrollo Social, remite el Listado y prestaciones por grupo Genérico del Equipamiento Hospitalario del Hospital de Apoyo Nuestra Señora del Rosario Cajabamba.

3.1.3.7 Con PROVEIDO S/N – DIRECCIÓN EJECUTIVA, de fecha 03.04.2024, Dirección Ejecutiva indica a la Unidad de Ingeniería, atender lo solicitado.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- 3.1.3.8 Mediante CARTA N° 065 - 2024-GR.CAJ-PROREGION/UI/VTV, de fecha 12.04.2024, se solicitó por intermedio de la Unidad de Ingeniería a Dirección Ejecutiva, AUTORIZACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO.
- 3.1.3.9 Con fecha 15.04.2024 y OFICIO N° 169-2024-GR.CAJ/PROREGION/UI, el jefe de la Unidad de Ingeniería comparte la opinión su Coordinador, solicitando a Dirección Ejecutiva la AUTORIZACIÓN necesaria para proceder con los trámites correspondientes para la ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO.
- 3.1.3.10 Mediante MEMORANDO N° 211-2024-GR.CAJ/PROREGION/DE de fecha 19.04.2024, el Director Ejecutivo de PROREGION, **AUTORIZA** se elabore el requerimiento para la compra de Equipamiento Hospitalario Biomédico Complementario, Electromecánico e Informático del PIP: "Construcción e Implementación del Hospital II-1 de Cajabamba"

3.1.4 Objetivos de la contratación

3.1.4.1 Objetivo general

Adquisición de una "INCUBADORA NEONATAL ESTANDAR", suplementaria para la Obra: "CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL HOSPITAL II-1 DE CAJABAMBA - CAJAMARCA", a fin de brindar una atención de salud integral y de calidad a la población.

3.1.4.2 Objetivos Específicos.

- Mejorar la atención médica a través de nuevos equipos con mejor tecnología.
- Contribuir a salvaguardar la atención oportuna, eficaz y eficiente.

3.1.5 Características y condiciones de los bienes a contratar

3.1.5.1 Descripción y cantidad del bien

CUADRO N° 1
REQUERIMIENTO, GARANTÍA, MANTENIMIENTO Y CAPACITACIÓN

ITEM PAQ.	TIPO	CLAVE	DENOMINACION	CANT	GARANTIA COMERCIAL (AÑOS)	Prestación Accesorio (Semestral)	HORAS DE CAP. TÉCNICA	HORAS DE CAP. USUARIA
1	B	D-113	INCUBADORA NEONATAL ESTANDAR	1	3	1	6	6

3.1.5.2 Características técnicas

Características técnicas de los equipos de acuerdo a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.6 Requisitos según leyes, reglamentos técnicos, normas metroológicas y/o sanitarias, reglamentos y demás normas

Se tendrán en cuenta las siguientes Normas Nacionales:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- Ley General 29151, del Sistema Nacional de Bienes y Servicios Estatales y Su Reglamento aprobado con D.S. N° 007 -2008/ D.S. N°013-2012-Vivienda y las Resoluciones N° 039-98-SBN/N°158-97-SBN/003-2012-SBN-DNR Compendio del Catálogo.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- CME 12-2015: Contenidos Mínimos Específicos de Estudios de Pre inversión de Programas de Inversión Pública y Proyectos de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas.
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia".
- Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS 072-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA, que aprueba la NTS 079-MINSA/DGSP-INR V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación".
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la NTS 103-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética".
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA que aprueba la Norma Técnica NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención"

3.1.7 Impacto ambiental

El contratista se compromete durante la instalación y funcionamiento de los equipos a no contaminar el medio ambiente y cumplir con las normas de impacto ambiental vigente.

3.1.8 Condiciones de operación

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de **CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)**

3.1.9 Embalaje y rotulado

3.1.9.1 Embalaje

Conforme a lo **establecido** en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de **CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)**

3.1.9.2 Rotulado

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de **CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)**

3.1.10 Modalidad de contratación

Llave en mano.





3.1.11 Transporte

El contratista es el único responsable de transportar adecuadamente los bienes, en caso que los bienes cuenten con algunos desperfectos no serán aceptados.

El transporte forma parte del costo de los bienes, considerando la Ciudad de Cajabamba como destino y el Hospital II-1 de Cajabamba como lugar de entrega.

3.1.12 Seguros

El contratista es el único responsable de asumir todos los costos ante cualquier accidente de su personal durante la instalación de los equipos.

Los bienes deben ser entregados en las instalaciones del Hospital II-1 de Cajabamba, por lo que, el proveedor adjudicado de considerarlo conveniente debe contratar un seguro de transporte, seguro de responsabilidad civil y seguros contra accidentes personales.

3.1.13 Garantía Comercial

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.14 Disponibilidad de servicios y repuestos

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.15. Prestaciones accesorias a la prestación principal

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.15. Soporte técnico

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.16. Capacitación

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.17. Lugar y plazo de ejecución de la prestación

3.1.17.1. Lugar

Los equipos serán entregados, instalados y puestos en funcionamiento en las Instalaciones del Hospital II-1 de Cajabamba – Cajamarca.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

3.1.17.2. Plazo

~~Prestación principal:~~ El plazo máximo de entrega, instalación y puesta en funcionamiento será de Cuarenta y Cinco (45) días calendario, de acuerdo a lo siguiente:

~~Plazo máximo para la entrega de bienes en el almacén del Hospital, contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato~~

~~Treinta (30) días calendario.~~

~~Plazo máximo de instalación y puesta en funcionamiento de los bienes objeto de la contratación, contados a partir del día siguiente de su entrega de los bienes en el almacén del Hospital.~~

~~Quince (15) días calendario.~~

~~Plazo máximo de entrega, instalación y puesta en funcionamiento (Prestación Principal)~~

~~Cuarenta y Cinco (45) días calendario.~~

Prestación principal: El plazo máximo de entrega, instalación y puesta en funcionamiento será de Sesenta (60) días calendario, de acuerdo a lo siguiente:

- Plazo máximo para la entrega de bienes en el almacén del Hospital, contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato

Cincuenta y Cinco (55) días calendario.

- Plazo máximo de instalación y puesta en funcionamiento de los bienes objeto de la contratación, contados a partir del día siguiente de su entrega de los bienes en el almacén del Hospital.

Cinco (05) días calendario.

Plazo máximo de entrega, instalación y puesta en funcionamiento (**Prestación Principal**)¹

Sesenta (60) días calendario.

Prestación accesoria: el plazo para el servicio de mantenimiento preventivo se realizará según Cuadro N° 1, y entrará en vigencia a partir del día siguiente a la firma del acta de recepción, instalación y pruebas operativas, cabe precisar que, no podrá superar los 10 días calendarios posteriores a la culminación del semestre requerido. (Formato A).

Nota: El lugar y plazo de entrega establecidos, deberá llevarse a cabo según lo estipulado en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

¹ Absolución de Observación N° 02 – (Participante: VITALTEC S.A.C.)



3.1.18. Recursos a ser Provistos por el Proveedor

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.19. Otras consideraciones para la ejecución de la prestación

3.1.19.1. Otras obligaciones

3.1.19.1.1. Otras obligaciones del contratista

Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)

3.1.20. Otras obligaciones de la Entidad

- PROREGION brindará las facilidades para el ingreso e instalación de los equipos.
- PROREGION está en la obligación de brindar el espacio físico donde se instalará el equipo, asimismo brindará la potencia eléctrica, agua y desagüe, según sea el caso. Asimismo, se brindará las facilidades para asegurar la zona de trabajo y/o almacenamiento del sistema y equipos de trabajo, de la misma forma para con la seguridad externa del almacén o área de trabajo.
- Se precisa que después de suscrito el acta de recepción, instalación y prueba operativa, el bien quedará en custodia del Hospital.

3.1.21. Subcontratación

Está prohibido expresamente la subcontratación.

3.1.22. Confidencialidad

El Contratista mantendrá la reserva absoluta en el manejo de la información y documentación a la que tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando expresamente prohibido revelar dicha información a terceros.

3.1.23. Medidas de control durante la ejecución contractual

El Contratista deberá presentar la Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM), proporcionado por el Hospital, para cada mantenimiento preventivo ejecutado durante el periodo de garantía.

El Contratista coordinará oportunamente, con el (la) jefe (a) responsable del Servicio Usuario y del responsable Técnico del Hospital o quien haga sus veces, la fecha para cada mantenimiento preventivo. Debiendo comunicar al responsable Técnico del Hospital, para que asista en calidad de Supervisor del mantenimiento realizado por el Contratista.

Finalmente, la conformidad de la OTM deberá tener la firma del profesional especialista del Contratista (quien realiza el mantenimiento), del representante del (la) jefe (a) responsable del Servicio Usuario y del responsable Técnico del Hospital o quien haga sus veces y del Director del Hospital.

3.1.24. Conformidad de los bienes

3.1.24.1. Área que recepcionará y brindará la conformidad

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- El área que recepcionará los bienes son: el (la) jefe (a) Almacén del Hospital II-1 de Cajabamba.

La conformidad de la prestación será otorgada por la Unidad de Ingeniería de PROREGION, dentro del plazo máximo de siete (7) días calendario de concluidas la entrega, instalación, configuración, prueba operativa, capacitación del equipamiento requerido y según lo dispuesto en el Artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad del bien.

El Contratista deberá realizar el Protocolo de Pruebas al bien instalado en el servicio del usuario, previamente el área usuaria solicitante (responsable de proyecto de inversión pública) revisará el Protocolo para su conformidad, de existir observaciones serán subsanadas por el Contratista.

El contratista deberá contar con un profesional especialista para la revisión y conformidad de la entrega del bien. Todos los costos relacionados a este fin serán asumidos por el Contratista.

3.1.25. Forma de pago

El pago será UNICO, de conformidad a lo establecido en el numeral 2.2.8.1 de la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de **CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1).**

Para la prestación accesoria semestral el pago será de conformidad a lo establecido en el numeral 2.2.8.2 de la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de **CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1).**

La documentación que se genere de acuerdo a mencionado líneas arriba se presentará en **mesa de partes de la Unidad Ejecutora de Programas Regionales - PROREGION**, sito en Jr. Angamos N° 934 - (2° Nivel)

3.1.26. Fórmula de reajuste

No se aplicará la fórmula de reajuste para el presente procedimiento de selección.

3.1.27. Sistema de Contratación

Toda vez que las cantidades, magnitudes y calidades de la prestación están definidas en el expediente técnico y en el requerimiento el sistema de contratación es a **Suma Alzada**.

3.1.28. Penalidad

3.1.28.1. Penalidad por mora en la ejecución de la prestación

En el caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso se aplicará una penalidad hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente.

3.1.28.2. Otras penalidades aplicables

Se realizará en conformidad a lo establecido en el numeral 2.2.9.1 de la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1).

NOTA: se aplicará el monto de la UIT vigente a la fecha de la infracción.

3.1.29. Responsabilidad por vicios ocultos

3.1.29.1. Responsabilidad por vicios ocultos por la prestación principal.

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 **tres (3)** años contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

3.1.29.2. Responsabilidad por vicios ocultos por la prestación accesoria

La conformidad de mantenimiento preventivo no invalida el reclamo posterior por parte del hospital y por defectos o vicios ocultos u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento del bien.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de **un (1)** año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

3.1.30. Adelantos

La Entidad otorgará un (01) adelanto directo por el treinta por ciento (30%) del monto del contrato original.

El Contratista debe solicitar el adelanto dentro de los ocho (8) días calendario, adjuntando a su solicitud la garantía por adelanto mediante Carta fianza o Póliza de Caucción acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.

La Entidad debe entregar el monto solicitado dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la presentación de la solicitud del contratista.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN:

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a DOSCIENTOS MIL CON 00/100 soles (S/ 200,000.00) Por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de VEINTITRÉS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y 00/100 SOLES (S/ 23,750.00), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incubadora Neonatal para UCI.• Incubadora Neonatal Dual.• Incubadora Neonatal Avanzado.• Incubadora Neonatal Estándar.• <u>Ventiladores mecánicos pediátricos</u>• <u>Monitor de funciones vitales neonatal²</u> <p>Conforme a lo establecido en la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)</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 pago³, 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</p>

² Absolución de Observación N° 01 – (Participante: VITALTEC S.A.C.)

³ 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".



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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".

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>Un (01) Ing. Electrónico y/o Ing. Biomédico y/o Ing. Mecatrónica o Lic en Equipos Electromédicos.</p> <p>Conforme a lo establecido en el numeral 2.3.2. de la Ficha Homologada aprobada mediante Resolución Ministerial N° 044-2022/MINSA. Se adjunta ficha homologada de Incubadora Neonatal Estándar código de CUBSO 429180200184967. (ANEXO 1)</p>

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

Importante

- *El tiempo de experiencia mínimo debe ser razonable y congruente con el periodo en el cual el personal ejecutará las actividades para las que se le requiere, de forma tal que no constituya una restricción a la participación de postores.*
- *Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.*
- *En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.*
- *Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.*

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.*





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ANEXOS

FORMATO A

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA

Siendo las..... horas del día....., el proveedor..... hizo efectivo el acto de recepción, instalación y prueba operativa al Hospital II-1 de Cajabamba en el Servicio, Unidad o Departamento de....., los equipos que a continuación se detallan:

DESCRIPCION	CLAVE	CANT.	MARCA	MODELO	Nº SERIE

Nº de Contrato

Dicho acto contó con la presencia de:

- Un representante del área de ingeniería de PROREGION
- Un representante (Técnico y/o Comercial y/o Legal) de la Empresa proveedora de los equipos.

En la recepción del citado equipo se pudo constatar:

- Cumplimiento de especificaciones técnicas según el detalle de las especificaciones técnicas presentadas en la propuesta del proveedor, así como las condiciones señaladas en el expediente de Equipamiento.
- Integridad física y estado de conservación óptimo de los equipos médicos.
- Instalación y prueba operativa de los equipos, teniendo en consideración el protocolo de pruebas (Formato 2A y 2B).
- Perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
- Cada uno de los equipos médicos tiene una placa de metal, de preferencia remachada, con el nombre del equipo, la razón social y el teléfono del proveedor y fecha de instalación (mes y año).
- Entrega de un (1) original y 02 juegos de Manuales (Operación y Servicio Técnico) por cada equipo.
- Entrega de un Certificado de Garantía comercial de [tiempo indicado de acuerdo con el Cuadro 1 Garantía y mantenimiento] (que rige a partir de hoy) de los equipos.
- Entrega de la ficha técnica correspondiente donde se sustente cada uno de los requerimientos de las especificaciones técnicas de los equipos. Formato 1.
- Programa de Mantenimiento Preventivo por cada equipo médico Formato 3 y su correspondiente Procedimiento de Mantenimiento Preventivo Formato 4, aprobados por el Hospital II-1 de Cajabamba.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

10. *Programa de Capacitación en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del Equipo, aprobado por el Hospital II-1 de Cajabamba. Formato 6A*
11. *Compromiso de Capacitación en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del Equipo, aprobado por el Hospital II-1 de Cajabamba. Formato 6B*
12. *Programa de Capacitación especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación del Equipo, aprobado por la Jefatura de Equipamiento y Mantenimiento. Formato 7A*
13. *Compromiso de Capacitación especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación del Equipo. Formato 7B*
14. *Entrega de Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, emitido por la Autoridad de Salud competente y vigente a la fecha, a nombre del proveedor y relativo al equipo principal entregado. (En caso de que los equipos no requieran Registro Sanitario, se deberá presentar un Certificado de No Necesidad de Registro Sanitario emitido por la DIGEMID).*
15. *Entrega de los costos unitarios de los componentes, repuestos, accesorios e insumos de los equipos instalados. Formato 10.*

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 Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO B

ACTA DE CONFORMIDAD DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Siendo las..... horas del día....., el proveedor..... hizo efectivo el acto de mantenimiento preventivo al Hospital II-1 de Cajabamba en el Servicio, Unidad o Departamento de....., el equipo que a continuación se detalla:

DESCRIPCION	CLAVE	CANT.	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Contrato

Dicho acto contó con la presencia de:

- Un representante del área de ingeniería de PROREGION
- Un representante (Técnico y/o Comercial y/o Legal) de la Empresa proveedora de los equipos.

Se pudo constatar:

- Cumplimiento de las condiciones para el mantenimiento preventivo, según detalle de los formatos del programa de mantenimiento preventivo.

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 Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO C

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN

Siendo las..... horas del día....., el proveedor..... hizo efectivo el acto de capacitación al Hospital II-1 de Cajabamba en el Servicio, Unidad o Departamento de....., el equipo que a continuación se detalla:

DESCRIPCION	CLAVE	CANT.	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Contrato

Dicho acto contó con la presencia de:

- Un representante del área de ingeniería de PROREGION
- Un representante (Técnico y/o Comercial y/o Legal) de la Empresa proveedora de los equipos.

Se pudo constatar:

- Cumplimiento del Programa de Capacitación en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del Equipo, aprobado por el Hospital II-1 de Cajabamba. Formato 6A
- Cumplimiento del Programa de Capacitación especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación del Equipo, aprobado por la Jefatura de Equipamiento y Mantenimiento. Formato 7A.
- Entrega de dos (02) juegos de videos (cada juego compuesto por: un (01) video capacitación de la operación, conservación y cuidados y un (01) video capacitación del procedimiento mantenimiento y reparación) de los bienes ofertados, en formato DVD como mínimo.

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 Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 1

FICHA TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

NOMBRE O RAZON SOCIAL					CLAVE	
					CANTIDAD	
DENOMINACIÓN DEL EQUIPO						
PARTES, COMPONENTES Y ACCESORIOS DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	AÑO DE FABRIC.	PAIS DE ORIGEN	
VIGENCIA DE GARANTÍA				PLAZO DE ENTREGA		
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS						
REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS		CUMPLE		SUSTENTO EN FOLIOS		
REQUERIMIENTOS TÉCNICOS ADICIONALES		CUMPLE		SUSTENTO EN FOLIOS		

De ser necesario adjuntar hojas adicionales

Firma y sello del Representante Legal

Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 2A

FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS

CLAVE :

DENOMINACIÓN :

MARCA :

MODELO :

SERIE :

Nº	Descripción de la prueba	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (*)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

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



Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora

Firma y sello del representante

Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 2B

RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS

ÍTEM

DENOMINACIÓN

MARCA

MODELO

SERIE

Nº	Descripción de la Prueba	Resultado/ valor esperado	Resultado/ valor obtenido	Conforme		Observaciones
				Si	No	

Firma y sello del representante Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 3

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Clave:

Denominación:

Marca:

Modelo:

Serie:

N°	DESCRIPCION ACTIVIDAD (Año...)	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO											
		SEMESTRAL											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		X											
		X											
		X											

NOTA:

- El Mantenimiento Preventivo que se le realicen a los equipos, deberán ser consignados en la Ficha "Orden de Trabajo de Mantenimiento" que será proporcionada por el Servicio de mantenimiento.

Firma y sello del representante Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 4

PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

CLAVE

:

DENOMINACIÓN

:

MARCA

:

MODELO

:

SERIE

:

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

Firma y sello del representante Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



FORMATO 5

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Corresponde al Proveedor cumplir con el programa y los procedimientos de mantenimiento preventivo aprobado por el Hospital II-1 de Cajabamba.

El Servicio contratado para el mantenimiento de los equipos, será efectuado en el lugar en que se encuentre instalado, deberá asegurar el correcto funcionamiento de los mismos, para ello ejecutará el Programa y los Procedimientos de Mantenimiento Preventivo, ejecutando actividades básicas como:

- a) Inspecciones o revisiones globales y específicas de los equipos.
- b) Ajustes eléctricos, electrónicos y/o mecánicos.
- c) Limpieza, lubricación, engrase y pintado.
- d) Pruebas de funcionamiento.
- e) Verificación, calibración y regulación de parámetros de funcionamiento.
- f) Cambio de partes, piezas y/o accesorios, a ser suministrados por el proveedor.
- g) Otras que demande el mantenimiento.

Es responsabilidad del Proveedor, el correcto funcionamiento de los equipos bajo su cobertura durante la vigencia del contrato.

Las fallas que presenten los equipos serán de responsabilidad del Proveedor y serán asumidas por éste, salvo que demuestre que han sido ocasionadas por el usuario.

El Proveedor, de conformidad con las Órdenes de Trabajo de Mantenimiento aprobadas por Hospital II-1 de Cajabamba, en la fecha prevista:

- a) Coordinará con el Jefe del Servicio Usuario, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa la labor del servicio usuario.
- b) Ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos aceptados por el Hospital II-1 de Cajabamba.
- c) Concluido el trabajo demostrará al usuario la eficiencia del mantenimiento ejecutado, solicitando al Jefe del Servicio Usuario firme la Orden de Trabajo de Mantenimiento.
- d) Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado, el Proveedor subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga el Hospital II-1 de Cajabamba.

En la fecha de conclusión de la actividad de mantenimiento o un día después, entregará la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Hospital II-1 de Cajabamba.

CONFORMIDAD DE CADA ACTIVIDAD

Queda entendido que la Orden de Trabajo de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba es documento ineludible para el trámite de conformidad de la actividad de mantenimiento concluida.

La Orden de Trabajo de Mantenimiento concluida, será entregada por el Proveedor al Hospital II-1 de Cajabamba, en el menor tiempo posible.

El Hospital II-1 de Cajabamba dará por concluida la actividad de mantenimiento, si el trabajo e información de la actividad de mantenimiento se ha cumplido conforme a lo contratado, firmando la Orden de Trabajo de Mantenimiento en señal de conformidad.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Queda entendido que, la Orden de Trabajo de Mantenimiento está concluida cuando cuenta con las firmas de conformidad de: Jefe del Servicio Usuario, Proveedor y Jefe del Área de Equipo Médico.

Hospital II-1 de Cajabamba comunicará los resultados de la conclusión de la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Proveedor.

La evaluación que corresponde al Hospital II-1 de Cajabamba, comprende las acciones de la ejecución y cumplimiento de cada actividad de mantenimiento y obligaciones esenciales del Proveedor.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 6A

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE EQUIPOS

CARACTERISTICAS	REQUERIMIENTO
Personal a capacitar	Usuarios directos, mínimo 2 por módulo de acuerdo al requerimiento del Hospital II-1 de Cajabamba
Tiempo de capacitación	Como mínimo por cada módulo a desarrollarse: De acuerdo al Cuadro N°1 Requerimientos, Garantía, Capacitación Y Mantenimiento
Instructores	Experto(s) debidamente acreditado(s) por el fabricante
Estructura del curso	Teórico- Práctico. Se deberá desarrollar en idioma español; referido al manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica (limpieza y cuidados mínimos) del equipo. Al final del curso se llevará a cabo una evaluación escrita, siendo el sistema de evaluación el vigesimal y considerando como nota aprobatoria mínima: 13 (trece).
Lugar de capacitación	En el Hospital II-1 de Cajabamba
Fecha de capacitación	Inmediatamente después de la recepción e instalación del equipo, previa coordinación con el Hospital II-1 de Cajabamba
Número de Módulos	Se desarrollarán un (01) modulo por los equipos.
Materiales de capacitación	Se deberá entregar en el lugar que se efectúe la capacitación.
Duración del Programa de Refuerzo de Capacitación	Dentro del período de garantía por el tiempo que sea necesario, según coordinación con el Hospital II-1 de Cajabamba.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 6B

COMPROMISO DE CAPACITACIÓN DE CORRECTO MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE EQUIPOS

EQUIPO	MARCA	MODELO	CÓDIGO	PROVEEDOR
NOMBRE DEL EXPERTO		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA	
FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO		DÍAS – HORARIO
Nº	TEMÁTICA DEL CURSO			HORAS
1	Principios de Funcionamiento			
2	Operación de los Bienes y Equipamiento			
3	Explicación de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos			
4	Presentación y orientación en el Manejo de las partes de los bienes y equipamiento			
5	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes de los bienes y equipamiento			
6	Practica dirigida del empleo de los bienes y equipamiento, con reconocimiento de todos los componentes			
7	Uso adecuado de accesorios de calibración de ser el caso (si lo indica el manual del bien), para el correcto funcionamiento del equipamiento.			
8	Seguridad de los bienes y equipamiento.			
9	Análisis y solución de fallas o eventos adversos comunes			
TOTAL DE HORAS				

Firma y sello del representante Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora



Nota: Este formato se presentará en la etapa de Ejecución Contractual.



FORMATO 6C

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CAPACITACIÓN EN MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE EQUIPOS

La capacitación en el manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo deberá estar dirigida a los usuarios del equipo.

Corresponde al proveedor cumplir con el programa de capacitación en el manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo o los equipos adjudicados.

La capacitación del equipo o los equipos, será efectuado de la siguiente manera:

- a) Previo a la ejecución de la capacitación, el proveedor deberá remitir al Hospital II-1 de Cajabamba el temario y las horas a ejecutar en el Hospital II-1 de Cajabamba Para su revisión y aprobación.
- b) El proveedor procederá a ejecutar la capacitación, en el lugar donde se encuentra instalado el o los equipos (previa coordinación con el Hospital II-1 de Cajabamba)
- c) El material a entregarse a los usuarios de los equipos, será:
 - Un manual del manejo, operación y cuidado del equipo, en idioma español o con traducción de estar en otro idioma.
 - Un vídeo sobre el manejo, operación y cuidado del equipo, el cual deberá ser entregado la Jefatura de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba
- d) El proveedor utilizará el Formato de Capacitación (Formato 8), donde el Hospital II-1 de Cajabamba, consignará los datos de los usuarios que participarán en el Módulo de Capacitación.

CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN

Queda entendido que el Formato de Capacitación es documento ineludible para el trámite de conformidad de la capacitación.

Una vez concluida la capacitación, el proveedor entregará el Formato de Capacitación a la Dirección del Hospital II-1 de Cajabamba en el menor tiempo posible.

La Dirección del Hospital II-1 de Cajabamba dará por concluida la capacitación, si el proveedor cumple con lo señalado en el temario, firmando el Formato de Capacitación (Formato 8) y emitiendo la constancia de capacitación. (Formato C).





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 7A

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO
TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS

CARACTERISTICAS	REQUERIMIENTO
N° Técnicos o Especialistas en mantenimiento de Equipos a capacitar por equipo	Mínimo 2 (Dos)
Tiempo de capacitación	Como mínimo: De acuerdo al Cuadro N°1 Requerimientos, Garantía, Capacitación Y Mantenimiento
Instructores	Experto debidamente acreditado por el Fabricante
Estructura del curso	Teórico- Práctico. En servicio técnico, referido a la operación del equipo, estudio a nivel de diagrama de bloques, estudio a nivel de componentes, instalación, fallas comunes (Trouble Shooting), mantenimiento preventivo, etc. Para lo cual la Jefatura de Mantenimiento deberá aprobar el programa remitido por el proveedor. Al final del curso se llevará a cabo una evaluación escrita, siendo el sistema de evaluación el vigesimal y considerando como nota aprobatoria mínima: 13 (trece).
Lugar de capacitación	En el Hospital II-1 de Cajabamba
Fecha de capacitación	Inmediatamente después de la recepción e instalación del equipo, previa coordinación con la Jefatura del área de ingeniería.
Materiales de capacitación	Obligatorio. Separatas que entregar a cada participante al inicio del curso, un juego debe ser entregado en las oficinas de la Jefatura de Mantenimiento. Se deberá incluir la entrega de un vídeo que contenga instrucciones de uso / operación / mantenimiento de los equipos, a entregarse en las oficinas de la Jefatura de Mantenimiento.
Duración del Programa de Refuerzo de Capacitación.	Dentro del período de garantía por el tiempo que sea necesario, según coordinación con la Jefatura de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba.





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 7B

COMPROMISO DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO

TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN

EQUIPO	MARCA	MODELO	CLAVE	PROVEEDOR
NOMBRE DEL EXPERTO		NACIONALIDAD		EXPERIENCIA
FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO		DÍAS - HORARIO
Nº	TEMÁTICA DEL CURSO			HORAS
1	Presentación y orientación en el Manejo de los Equipos.			
2	Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual del equipo).			
3	Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes del equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico del equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo de los equipos.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de los equipos.			
7	Detección de fallas y código de errores de los equipos.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de los equipos			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios de los equipos.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en los equipos.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de los equipos.			
TOTAL DE HORAS				

Firma y sello del representante del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora

Nota: Este formato se presentará en la etapa de Ejecución Contractual.



FORMATO 7C

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS**

La capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación deberá estar dirigida al personal de mantenimiento de los equipos médicos.

Corresponde al proveedor cumplir con el programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación aprobado por el Hospital II-1 de Cajabamba.

El servicio contratado para la capacitación será efectuado de la siguiente manera:

- a) Previo a la ejecución de la capacitación, el proveedor deberá remitir a la Jefatura del área de ingeniería del Hospital II-1 de Cajabamba.
 - La temática del curso, para su revisión y aprobación.
 - Acreditación del expositor, en caso sea expositor nacional, se adjuntarán los certificados de capacitación en fábrica.
- b) Aprobada la temática del curso, por la Jefatura de mantenimiento, el proveedor coordinará con el lugar de capacitación, lo referente a la ejecución del curso.
- c) El proveedor procederá a ejecutar la capacitación, en el lugar donde se encuentra instalado el o los equipos, o en el lugar que se determine excepcionalmente, previa coordinación con la Jefatura de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba.

El material a entregarse consistirá:

- Separatas a ser entregadas a cada participante al inicio del curso, un juego debe ser entregado en las oficinas de la Jefatura de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba.
- Para los equipos que requieran mantenimiento preventivo, se deberá incluir la entrega de un vídeo que contenga instrucciones de uso / operación / mantenimiento, a entregarse en las oficinas de la Jefatura de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba.

El proveedor utilizará el Formato de Capacitación (Formato 8), donde se consignan los datos de los usuarios que participaron en el Módulo de Capacitación, el cual deberá ser refrendado por el Ingeniero Residente del lugar de capacitación.

CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN

Queda entendido que el Formato de Capacitación es documento ineludible para el trámite de conformidad de la capacitación.

Una vez concluida la capacitación, el proveedor entregará el Formato de Capacitación (Formato 8) al Jefe de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba, en el menor tiempo posible. El Jefe de Mantenimiento del Hospital II-1 de Cajabamba dará por concluida la capacitación, si el proveedor cumple con lo señalado en el temario, emitiendo la constancia de capacitación (Formato C).





GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 8

FORMATO DE CAPACITACIÓN

HOSPITAL II-2 CAJABAMBA.

SERVICIO

En fecha... de del, en la ciudad de, se propone la capacitación en .
.....: Durante... Horas

NOMBRE DEL EQUIPO

MARCA

MODELO

Nº DE SERIE

Expositor: ...

En dicha capacitación participarán los siguientes usuarios del mencionado equipo:

NOMBRE

PROFESIÓN

FIRMA

.....
.....
.....



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

Firma y sello del representante Firma y sello del representante
del área de ingeniería de PROREGION de la empresa proveedora

Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 9

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

LOGO DE LA
EMPRESA

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Se extiende el presente Certificado de Capacitación a Don (ña):

..... en el Curso
Teórico Práctico de:

**"CAPACITACIÓN EN EL MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y
CONSERVACIÓN BÁSICA DE EQUIPOS MÉDICOS"**

**"CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS"**

Nota: ...

Equipo:.....(Denominación).....
Marca....., Modelo.....

Impartido el(los) día(s): ..., con una duración de... Horas.
.....(Lugar y Fecha de emisión).....



**FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE
DE LA EMPRESA CAPACITADORA**

Nota: Este formato se presentará en la fase de Ejecución Contractual.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMATO 10

FORMATO DE VALORIZACIÓN DE COMPONENTES, REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS

DENOMINACIÓN:CLAVE:.....

MARCA: MODELO:SERIE:.....

No.	Denominación	Código de Parte	Características	Precio	Observaciones
COMPONENTES					
REPUESTOS					
ACCESORIOS					
INSUMOS					

Firma y Sello del Representante Legal

Nota: De ser necesario adjuntar hojas adicionales.



Nota: Este formato se presentará con los requisitos para perfeccionar el contrato.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA PROGRAMAS REGIONALES - PROREGION
UNIDAD DE INGENIERIA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ANEXO 1
FICHA DE HOMOLOGACIÓN

