

# BASES ESTÁNDAR DE LICITACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

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



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

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

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

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

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

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

**INSTRUCCIONES DE USO:**

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

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

## **BASES ESTÁNDAR DE LICITACIÓN PÚBLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES**

**LICITACIÓN PÚBLICA N°  
18-2024-GERESA/LL**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

**CONTRATACIÓN DE BIENES**

**“ADQUISICION DE AMBULANCIAS RURAL TIPO I,  
RURAL TIPO II, URBANA TIPO III, PARA 40  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE  
LA LIBERTAD” - IOARR DE OPTIMIZACION”**

**BASES INTEGRADAS**

## DEBER DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

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

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

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

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

### 1.2. CONVOCATORIA

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

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

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

#### Importante

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

### 1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

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

#### Importante

*No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada, aun cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente respecto a las características técnicas y/o requisitos de calificación y/o condiciones de ejecución. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.*

#### 1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

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

##### **Importante**

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

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

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

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

##### **Advertencia**

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

##### **Importante**

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

#### 1.7. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

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

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>1</sup>). Los demás documentos

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

deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

**Importante**

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

### 1.8. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

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

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

**Importante**

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

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

### 1.9. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

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

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

### 1.10. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

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

### 1.11. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

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



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

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

#### **1.12. RECHAZO DE LAS OFERTAS**

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

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

#### **1.13. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**

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

#### **1.14. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO**

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

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

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

##### **Importante**

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

## CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

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

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

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

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el comité de selección, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*  
*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el comité de selección.*
- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE.*

### 2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

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

### CAPÍTULO III DEL CONTRATO

#### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

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

#### 3.2. GARANTÍAS

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

##### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

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

##### 3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

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

##### Importante

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

##### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

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

#### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

#### **Importante**

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

#### **Advertencia**

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

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*
- 4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.*

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

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

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

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

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

### **3.5. ADELANTOS**

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

### **3.6. PENALIDADES**

### 3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

### 3.6.2. OTRAS PENALIDADES

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

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

### 3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

### 3.8. PAGOS

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

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

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

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

#### **Advertencia**

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

### 3.9. DISPOSICIONES FINALES

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

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

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

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD  
RUC N° : 20218911189  
Domicilio legal : CALLE LAS GEMAS N° 143 – URB. SANTA INÉS - TRUJILLO  
Teléfono: : 044-231515  
Correo electrónico: : utf\_abastecimiento@diresalalibertad.gob.pe

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación de “**ADQUISICION DE AMBULANCIAS RURAL TIPO I, RURAL TIPO II, URBANA TIPO III, PARA 40 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD**” - IOARR DE OPTIMIZACION”

ITEM PAQUETE	DENOMINACIÓN DEL ACTIVO	CANT
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N°02 del 15 de octubre de 2024.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Determinados

#### Importante

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

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

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

### 1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

LLAVE EN MANO

### 1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No corresponde

### 1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

### 1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo según Cuadro N°02 para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder del bien, es contabilizado en días calendarios, desde el día siguiente de suscrito el contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación, según lo siguiente:

**CUADRO N° 02: PLAZO MAXIMO PARA LA ENTREGA DE LA AMBULANCIA**

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	Plazo de entrega
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	120 días calendario. <b>155 DIAS CALENDARIO.</b>
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
TOTAL GENERAL		40	

### 1.10. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 10.00 (DIEZ CON 00/100 SOLES) en CAJA DE LA ENTIDAD LUEGO DEBERÁ RECOGER EN LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD SITO EN LA AV- MANSICHE 1130 URB. SANTA INES, TRUJILLO – LA LIBERTAD.

#### Importante

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

### 1.11. BASE LEGAL

- Ley N° 31953, de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024
- Ley N° 31954, de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2024.
- Ley N° 30225. Ley de Contrataciones del Estado, y su reglamento, aprobado por DS N° 344-2018-EF
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Decreto Legislativo N° 295 Código Civil.
- Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad y su reglamento.
- Ley de N° 29783 - LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- REGLAMENTO DE LA LEY N° 29783 LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, aprobada mediante DECRETO SUPREMO N° 005-2012-TR
- Decreto Supremo N° 002-99-TR- Aprueba Reglamento de la Ley N° 27056.
- Ley N° 31740, que modificó la Ley N° 30424 cambiándole la denominación a “Ley



que regula la responsabilidad administrativa de las personas jurídicas en el proceso penal.

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

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

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

#### Importante

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

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>2</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

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

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

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

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

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

#### Advertencia

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

- Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)

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

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

- d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**).

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas.

- ~~• Autorización del Fabricante hacia el postor, como Distribuidor o Representante de la Marca~~
- Autorización del Fabricante indicando que el postor asume el compromiso de disponibilidad de servicios, repuestos, partes y piezas originales por un periodo mínimo de 05 años para bien ofertado. El fabricante debe indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su(s) nuevo(s) representante(s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir. **CARTA COMPROMISO, EMITIDO POR EL POSTOR, INDICANDO DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS, REPUESTOS, PARTES Y PIEZAS ORIGINALES POR UN PERIODO MÍNIMO DE 05 AÑOS PARA BIEN OFERTADO.**
- BPA (según lo expuesto en el ítem 4 y PRONUNCIAMIENTO N° 101-2020/OSCE-DGR)
- SUSTENTO Y ACREDITACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EN PROPUESTAS: Se deberá consignar la marca, modelo, año de fabricación y procedencia de los bienes ofertados en el Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de cumplimiento de las características técnicas (según modelo adjunto – Formato N° 01.

**A) PARA LA UNIDAD MOVIL Y CABINA MEDICA - EQUIPOS O BIENES A BORDO**

- ~~• Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante del vehículo y equipos o bienes a bordo, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará hasta tres cartas del fabricante o representante o concesionario de la marca para sustentar las características técnicas del VEHICULO Y/O CABINA DE ATENCION MEDICA y para los EQUIPOS O BIENES A BORDO; dichas cartas con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la ofertas. Respecto al sustento gráfico (planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas.~~

**• PARA ACREDITAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS RELACIONADAS AL DISEÑO DEL FABRICANTE DEL VEHÍCULO Y EQUIPOS O BIENES A BORDO, MATERIA DE CONVOCATORIA EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN SE EMPLEARÁ: FOLLETOS, INSTRUCTIVOS, MANUALES, CATÁLOGOS O SIMILARES DE FABRICANTE, EN ORIGINAL O COPIAS A COLOR O COPIAS A BLANCO Y NEGRO, TAMBIÉN SE EMPLEARÁ CARTAS DEL FABRICANTE O REPRESENTANTE O CONCESIONARIO DE LA MARCA PARA SUSTENTAR LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL VEHICULO Y/O CABINA DE ATENCION MEDICA Y PARA LOS EQUIPOS O BIENES A BORDO; DICHAS CARTAS CON FECHA MÁXIMO DE ANTIGÜEDAD 12 MESES A LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTAS. RESPECTO AL SUSTENTO GRÁFICO (PLANOS, FIGURAS O IMÁGENES), QUE SUSTENTAN EL (LOS) BIEN(ES) OFERTADO(S), OBJETO DE LA CONVOCATORIA, TENDRÁ QUE ESTAR COMPATIBILIZADO CON EL SUSTENTO LITERAL CORRESPONDIENTE. SI EN LAS PROPUESTAS, EXISTIERA CONTRADICCIONES ENTRE EL SUSTENTO GRÁFICO Y LITERAL, ÉSTAS SERÁN DESESTIMADAS.**

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

- Unidad Móvil y Cabina Médica: motor, cilindrada, potencia, torque, transmisión, tracción, sistema de dirección, sistema de frenos, sistema eléctrico, escape de gases, mobiliario incorporado a la cabina de atención médica y herramientas (gata hidráulica y compresor de aire)
- Equipos o Bienes a Bordo: por el tipo de ambulancia (camilla telescópica, cilindro de oxígeno tipo D, cilindro de oxígeno M, silla de ruedas plegable, tabla rígida, equipo de radiocomunicación móvil, Handy).
- **UNIDAD MÓVIL Y CABINA MÉDICA: MOTOR, CILINDRADA, POTENCIA, TORQUE, TRANSMISIÓN, TRACCIÓN, SISTEMA DE DIRECCIÓN, SISTEMA DE FRENOS, SISTEMA ELÉCTRICO, ESCAPE DE GASES, MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA Y HERRAMIENTAS (GATA HIDRÁULICA Y COMPRESOR DE AIRE)**
- **EQUIPOS O BIENES A BORDO: POR EL TIPO DE AMBULANCIA (CAMILLA TELESCÓPICA, CILINDRO DE OXÍGENO TIPO D, CILINDRO DE OXÍGENO M, SILLA DE**

**RUEDAS PLEGABLE, TABLA RÍGIDA, EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL, HANDY).**

**B) PARA LOS EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL**

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

**PARA ACREDITAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS RELACIONADAS AL DISEÑO DEL FABRICANTE DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MÓVIL, MATERIA DE CONVOCATORIA EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN SE EMPLEARÁ: FOLLETOS, INSTRUCTIVOS, MANUALES, CATÁLOGOS O SIMILARES DE FABRICANTE, EN ORIGINAL O COPIAS A COLOR O COPIAS A BLANCO Y NEGRO, TAMBIÉN SE EMPLEARÁ CARTA (S) DEL FABRICANTE CON FECHA MÁXIMO DE ANTIGÜEDAD 12 MESES A LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTAS; PARA SUSTENTAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE CADA UNO DE LOS EQUIPO (DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL FABRICANTE Y QUE LA INFORMACIÓN SEA VERDADERA; VERIFICABLE BAJO RESPONSABILIDAD DEL POSTOR). RESPECTO AL SUSTENTO GRÁFICO (PLANOS, FIGURAS O IMÁGENES), QUE SUSTENTAN EL (LOS) BIEN(ES) OFERTADO(S), OBJETO DE LA CONVOCATORIA, TENDRÁ QUE ESTAR COMPATIBILIZADO CON EL SUSTENTO LITERAL CORRESPONDIENTE. SI EN LAS PROPUESTAS, EXISTIERA CONTRADICCIONES ENTRE EL SUSTENTO GRÁFICO Y LITERAL, ÉSTAS SERÁN DESESTIMADAS.**

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

- Equipos Médicos de la Unidad Móvil: por el tipo de ambulancia (aspirador de secreciones portátil, chaleco de extracción, estetoscopio adulto, estetoscopio pediátrico, juego de férulas, linterna para examen, maletín de medicamentos, maletín de soporte de vida, Pantoscopio, set de collarines cervicales, silla de ruedas, tabla rígida, tensiómetro aneroide adulto, tensiómetro aneroide pediátrico, oxímetro de pulso portátil, desfibrilador monitor portátil, bomba de infusión, incubadora de transporte, ventilador mecánico portátil.

**EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MÓVIL: POR EL TIPO DE AMBULANCIA (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL, CHALECO DE EXTRACCIÓN, ESTETOSCOPIO ADULTO, ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO, JUEGO DE FÉRULAS, LINTERNA PARA EXAMEN, MALETÍN DE MEDICAMENTOS, MALETÍN DE SOPORTE DE VIDA, PANTOSCOPIO, SET DE COLLARINES CERVICALES, SILLA DE RUEDAS, TABLA RÍGIDA, TENSÍOMETRO ANEROIDE ADULTO, TENSÍOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO, OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL, DESFIBRILADOR MONITOR PORTÁTIL, BOMBA DE INFUSIÓN, INCUBADORA DE TRANSPORTE, VENTILADOR MECÁNICO PORTÁTIL.**

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

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ESPECIFICACIONES TECNICAS A SUSTENTAR TECNICAMENTE
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	<b>EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL: ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 C01 C02 C03); <b>CHALECO DE EXTRICACION</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 B01 B02 C01 C02); <b>ESTETOSCOPIO ADULTO</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 B01 C01); <b>ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 B01 C01); <b>JUEGO DE FÉRULAS</b> (A01 A02 A03 A04 B01 C01); <b>LINTERNA PARA EXAMEN</b> (A01 A02 A03 A04 B01 B02 B03 C01);
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	

			<b>MALETIN DE MEDICAMENTOS</b> (A01 A02 B01); <b>MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 B09 B10 B11 B12 B13 B14 B15 B16 B17 B18 B19 B20 B21 B22 B23 B24); <b>PANTOSCOPIO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 C03 C04 C05 C06 C07 D01 D02 D03 E01 E02 E03 E04 F01 F02 F03 F04 F05 F06 F07 F08 F09 F10); <b>SET DE COLLARINES CERVICALES</b> (A01 A02 A03 A04 A05); <b>TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06); <b>TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06); <b>OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 B01 B02 B03 B04 C01 C02); <b>DESFIBRILADOR MONITOR PORTATIL</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 A17 A18 A19 A20 A21 A22 A23 A24 A25 A26 A27 A28 A29 A30 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 C01 C02), <b>BOMBA DE INFUSIÓN DE 2 CANALES</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 D01 D02 D03); <b>INCUBADORA DE TRANSPORTE</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 A17 A18 A19 A20 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 B09 B10 B11 B12 B13 B14 C01 C02 C03 C04 C05 D01 D02 D03 D04 D05 E01 E02); <b>VENTILADOR DE TRANSPORTE</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 C03 C04 C05 C06 C07 C08 D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07 F01 F02 F03 F04 F05 G01G02 G03)
--	--	--	---

Se precisa que, las declaraciones juradas, formatos o formularios y Anexos que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor. Los demás documentos deben ser rubricados (visados) por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en caso de persona natural, por este o su apoderado.

#### Solo para los Equipos Médicos

- Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).  
Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor u otros, que describa el producto ofertado.  
Los datos expresados en la oferta presentan deben coincidir en los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado.

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

- e) ~~SERVICIO DE VENTA para garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales, dentro del territorio nacional del Perú; por el periodo de 05 años; debiendo adjuntar la DECLARACION JURADA DE SERVICIO POST-VENTA, firmada por el representante legal de la empresa. Así mismo, el postor deberá estar autorizado (por el fabricante o por el representante local del fabricante)~~ **SERVICIO POST VENTA PARA GARANTIZAR UN STOCK DE**

**REPUESTOS Y/O ACCESORIOS, INSUMOS, CONSUMIBLES Y OTROS MATERIALES, DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL DEL PERÚ; POR UN PERIODO DE 5 AÑOS; DEBIENDO ADJUNTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO POST-VENTA, FIRMADA POR EL POSTOR O FABRICANTE DE AMBULANCIA. ASIMISMO, INDICAR QUE, DE CAMBIAR DE REPRESENTANTE EN EL TERRITORIO NACIONAL, MANTENDRÁ LAS MISMAS CONDICIONES CON SU (S) NUEVO (S) REPRESENTANTE (S), ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES CONTRACTUALES DE EXISTIR.**

- f) **DECLARACIÓN JURADA** de cumplimiento de la ejecución de mantenimiento correctivo y preventivo de acuerdo a las condiciones establecidas en los Términos de Referencia.
- g) Declaración jurada de plazo de entrega. (**Anexo N° 4**)<sup>4</sup>
- h) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (**Anexo N° 5**)
- i) El precio de la oferta en SOLES Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.

**Importante**

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

#### 2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

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

**Advertencia**

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

### 2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

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

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato.
- b) Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- c) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.

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

- d) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- e) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- f) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>5</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>6</sup> (**Anexo N° 11**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>7</sup>.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los bienes que conforman el paquete<sup>8</sup>.
- k) Certificado ISO 13485 Medical devices: Quality management systems – Requirements for regulatory purposes; o NTP-ISO 13485 Dispositivos médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para propósitos regulatorios. 2° Edición, o equivalente. El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto. **EL CERTIFICADO ANTES MENCIONADO SERA PARA EL SIGUIENTE EQUIPAMIENTO: ASPIRADOR, OXIMETRO, DESFIBRILADOR, BOMBA Y VENTILADOR.**
- l) Plan de Mantenimiento correctivo y preventivo (Cronograma)

#### Importante

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

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

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

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

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

**Importante**

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>9</sup>.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## 2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Mesa de Partes de la Gerencia Regional de Salud sito en las Gemas N° 143 Urb. Santa Inés – Trujillo – La Libertad.

## 2.5. FORMA DE PAGO

**Pago** Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa, capacitación, Garantía, mantenimiento preventivo y correctivo durante el periodo de garantía.

El pago al Contratista será efectuado por la unidad ejecutora de la entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizara según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación y Prueba Operativa de los Equipos (formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

**Documentos para el pago:**

- Guía de remisión firmada y sellada por el almacén del Establecimiento de salud beneficiada o por el que haga sus veces, y almacén central del Gerencia Regional de Salud La Libertad, dando la recepción del bien recepcionado.
- Comprobante de pago, debidamente descrito
- Copia de orden de compra y/o contrato.

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

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



### CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

#### Importante

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

#### 3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

“ADQUISICIÓN DE AMBULANCIAS RURAL TIPO I, RURAL TIPO II, URBANA TIPO III, PARA 40 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD”-IOARR DE OPTIMIZACIÓN.

## PARAMETROS

EQUIPAMIENTO 2024  
PARAMETROS

1. **DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:**  
"ADQUISICIÓN DE AMBULANCIAS RURAL TIPO I, RURAL TIPO II, URBANA TIPO III, PARA 40 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD"-IOARR DE OPTIMIZACIÓN".
- CUI: 2645788, 2645789, 2645791, 2645796, 2645786, 2645784, 2645793, 2645782, 2645780, 2645781, 2645776, 2645779, 2645778, 2645783, 2645765, 2645768, 2645772, 2645761, 2645775.2645792, 2645794, 2645795, 2645797, 2645798, 2645799, 2645777, 2645763, 2645760, 2645756, 2645744, 2645742, 2645741, 2645740, 2645734, 2645733, 2645732, 2645729, 2652558, 2645809, 2645811.
2. **FINALIDAD PUBLICA:** La adquisición de los bienes descritos en el Cuadro N° 01, tienen por finalidad mejorar la calidad de atención, a los pacientes del **EESS SALUD DE PRIMER NIVEL Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**, ubicados en la Región la Libertad:

N°	CUI	NOMBRE DE LA INVERSIÓN	TIPO DE AMBULANCIA	NIVEL DE ATENCION	EESS	CANTIDAD
1	2645788	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) ONGON EN EL CENTRO POBLADO ONGON, DISTRITO DE ONGON, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	ONGON	1
2	2645789	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CHILIA DISTRITO DE CHILLIA, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-3	CHILIA	1
3	2645791	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) VAQUERIA DE ANDAS DISTRITO DE PARCOY, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	VAQUERIA DE ANDAS	1
4	2645796	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CHAGUAL EN EL CENTRO POBLADO CHAGUAL, DISTRITO DE PATAZ, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	CHAGUAL	1
5	2645786	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) HOSPITAL PROVINCIAL DE TAYABAMBA DISTRITO DE TAYABAMBA, PROVINCIA PATAZ,	RURAL TIPO II	II-1	HOSPITAL PROVINCIAL DE TAYABAMBA	1

		DEPARTAMENTO LA LIBERTAD				
6	2645784	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) PUEBLO LIBRE DISTRITO DE HUANCASPATA, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	PUEBLO LIBRE	1
7	2645793	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) ALPAMARCA DISTRITO DE PARCOY, PROVINCIA PATAZ, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	ALPAMARCA	1
8	2645782	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SAN JOSE DE SALO BAJO DISTRITO DE CARABAMBA, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	SAN JOSE DE SALO BAJO	1
9	2645780	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) HOSPITAL PROVINCIAL DE JULCAN DISTRITO DE JULCAN, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	II-1	HOSPITAL PROVINCIAL DE JULCAN	1
10	2645781	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) AYANGAY DISTRITO DE JULCAN, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-3	AYANGAY	1
11	2645776	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SAN ANTONIO DISTRITO DE JULCAN, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	SAN ANTONIO	1
12	2645779	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) PARUQUE BAJO DISTRITO DE JULCAN, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	PARUQUE BAJO	1
13	2645778	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SANTA TERESA DISTRITO DE JULCAN, PROVINCIA JULCAN,	RURAL TIPO II	I-2	SANTA TERESA	1

		DEPARTAMENTO LA LIBERTAD				
14	2645783	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SICCHAL DISTRITO DE CALAMARCA, PROVINCIA JULCAN, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-3	SICCHAL	1
15	2645765	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) EL SAUCO EN EL CENTRO POBLADO EL SAUCO, DISTRITO DE QUIRUVILCA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	EL SAUCO	1
16	2645768	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CACHULLA BAJA DISTRITO DE QUIRUVILCA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	CACHULLA	1
17	2645772	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) JOSE CARLOS MARIATEGUI DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	JOSE CARLOS MARIATEGUI	1
18	2645761	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) HUARAN UNINGAMBAL DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	HUARAN UNINGAMBAL	1
19	2645775	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) MUNGURRAL DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	MUNGURRAL	1
20	2645792	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) OSAIGUE DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	OSAIGUE	1

21	2645794	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) OYON DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	OYON	1
22	2645795	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) PUNCHAYPAMPA DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	PUNCHAYPAMPA	1
23	2645797	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SANTA CLARA DE TULPO DISTRITO DE MOLLEBAMBA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	SANTA CLARA DE TULPO	1
24	2645798	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) LA YEGUADA DISTRITO DE MOLLEPATA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	LA YEGUADA	1
25	2645799	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CHAGAVARA EN EL CENTRO POBLADO CHAGAVARA, DISTRITO DE SITABAMBA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	CHAGAVARA	1
26	2645777	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) USHNOVAL EN EL CENTRO POBLADO USHNOBAL, DISTRITO DE SITABAMBA, PROVINCIA SANTIAGO DE CHUCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	USHNOVAL	1
27	2645763	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CHOQUIZONGUILLO EN EL CENTRO POBLADO CHOQUIZONGUILLO, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	CHOQUIZONGUILLO	1

28	2645760	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) EL OLIVO EN EL CENTRO POBLADO EL OLIVO, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	EL OLIVO	1
29	2645756	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) PUENTE PIEDRA EN EL CENTRO POBLADO PUENTE PIEDRA, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	PUENTE PIEDRA	1
30	2645744	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) NUEVO HUAYCHO EN EL CENTRO POBLADO NUEVO HUAYCHO, DISTRITO DE CHUGAY, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	NUEVO HUAYCHO	1
31	2645742	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) PALLAR ALTO EN EL CENTRO POBLADO PALLAR ALTO, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO I	I-1	PALLAR ALTO	1
32	2645741	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) LA VICTORIA EN EL CENTRO POBLADO LA VICTORIA, DISTRITO DE SARTIMBAMBA, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	LA VICTORIA	1
33	2645740	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SAN ALFONSO EN EL CENTRO POBLADO SAN ALFONSO, DISTRITO DE SARTIMBAMBA, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	SAN ALFONSO	1
34	2645734	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) HUAGUIL EN EL CENTRO POBLADO HUAGUIL, DISTRITO DE CHUGAY,	RURAL TIPO I	I-1	HUAGUIL	1

		PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD				
35	2645733	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) SUCCHAMARCA EN EL CENTRO POBLADO SUCCHAMARCA, DISTRITO DE COCHORCO, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	SUCCHAMARCA	1
36	2645732	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CANUCUBAMBA EN EL CENTRO POBLADO CANUCUBAMBA, DISTRITO DE CHUGAY, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	CANUCUBAMBA	1
37	2645729	ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL; EN EL(LA) CERPAQUINO EN EL CENTRO POBLADO CERPAQUINO, DISTRITO DE SARIN, PROVINCIA SANCHEZ CARRION, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	RURAL TIPO II	I-2	CERPAQUINO	1
38	2652558	ADQUISICION DE AMBULANCIA URBANA; EN EL(LA) HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PEREZ DISTRITO DE OTUZCO, PROVINCIA OTUZCO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	URBANA TIPO III	II-1	HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO	1
39	2645809	ADQUISICION DE AMBULANCIA URBANA; EN EL(LA) HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA DISTRITO DE GUADALUPE, PROVINCIA PACASMAYO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	URBANA TIPO III	II-1	HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA	1
40	2645811	ADQUISICION DE AMBULANCIA URBANA; EN EL(LA) HOSPITAL DISTRITAL DE PACASMAYO DISTRITO DE PACASMAYO, PROVINCIA PACASMAYO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	URBANA TIPO III	II-1	HOSPITAL DISTRITAL DE PACASMAYO	1



- 3. OBJETIVO PRINCIPAL:** Dotar Ambulancia para reposición (según Formato N° 08 MATRIZ DE CONSOLIDACION DEL PLAN DE EQUIPAMIENTO POR REPOSICION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD del PLAN MULTINUAL DE EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS (PEES) 2023-2025 de La Libertad, aprobado con RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL N° 2022-2022-GRLL-GGR- GRSS); para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud de los EESS SALUD DE PRIMER NIVEL Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, ubicados en ubicados varios distritos de la Región la Libertad, en beneficio de la población con el objetivo de efectuar una atención oportuna y realizar el diagnóstico de sus problemas de salud y curar sus enfermedades.

Además, se cumplirá con la contratación de una o más empresas proveedoras, que suministren e instalen equipos de acuerdo a las características técnicas solicitadas, de cantidad y en el lugar de entrega señalado.

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

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

Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento- BPA

- Vigente a la fecha de presentación de propuesta.
- Expedido por DIGEMID
- En el caso de consorcios o de postores que contratan servicios de almacenamiento, el Certificado debe estar a nombre de la empresa que se hará cargo del Almacenamiento de los productos (verificable durante inspecciones) acompañado del Contrato de Servicio de Almacenaje que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.2. del Pronunciamiento N° 330-2008/DOP), así como acreditar el cumplimiento de los procesos que lo correspondan realizando a trazabilidad de cada producto tanto en la empresa que presta el servicio como en la empresa que solicita el servicio del almacenamiento (En concordancia a lo indicado en el numeral 3.1 del Pronunciamiento N° 039-2011/DTN).
- En caso los postores contraten el servicio de almacenamiento no basta que este último cuente con un CBPA a su nombre si no que el postor deberá acreditar el cumplimiento de los procesos que le correspondan mediante el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento a su nombre, ello de acuerdo a lo señalado por la DIGEMID (mediante Oficio N°1191-2011-DIGEMID-DG-DCVS-ECVE/MINSA (pronunciamiento N°141-2014-DSU)
- En el caso que la empresa postora sea un fabricante nacional se considera suficiente la presentación del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (CBPM).
- Vigente a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (éste último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias).

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

- 6.1 El capacitador realizará la capacitación de manera presencial.

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

- 6.2 El proveedor realizará los siguientes tipos de capacitación:

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

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

- 7. SERVICIO POST VENTA** para garantizar un stock de repuestos y/o accesorios, insumos, consumibles y otros materiales, dentro del territorio nacional del Perú; por un periodo de 5 años; debiendo adjuntar la **DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO POST VENTA**, firmada por el representante legal de la empresa y refrendada por el Fabricante. El fabricante deberá indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su (s) nuevo (s) representante (s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir. **SERVICIO POST VENTA PARA GARANTIZAR UN STOCK DE REPUESTOS Y/O**

**ACCESORIOS, INSUMOS, CONSUMIBLES Y OTROS MATERIALES, DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL DEL PERÚ; POR UN PERIODO DE 5 AÑOS; DEBIENDO ADJUNTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO POST-VENTA, FIRMADA POR EL POSTOR O FABRICANTE DE AMBULANCIA. ASIMISMO, INDICAR QUE, DE CAMBIAR DE REPRESENTANTE EN EL TERRITORIO NACIONAL, MANTENDRÁ LAS MISMAS CONDICIONES CON SU (S) NUEVO (S) REPRESENTANTE (S), ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES CONTRACTUALES DE EXISTIR."**

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

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

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

Parámetro	Descripción
a) Cobertura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El equipo, componentes y accesorios, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Proveedor realizará la reparación del equipo proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios</li> </ul>
b) Fecha de inicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La que indica en el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos "Formato N° 02"</li> </ul>
c) Duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecido en la ficha técnica del bien</li> <li>El Proveedor de acuerdo a su oferta, puede ofrecer mayor tiempo de garantía según (Anexo N° 11)</li> </ul>
d) Atención por garantía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza en caso de fallas de fábrica, fallas por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos; será efectuado por el personal clave, los insumos y repuestos, herramientas y gastos estará a cargo del Proveedor</li> <li>Plazo inicial: el Proveedor tiene un plazo de cinco (05) días calendarios para la atención por garantía, contados a partir del día siguiente de haber sido comunicado del requerimiento de reparación. De ser necesario el Proveedor podrá trasladar a su taller particular el equipo o el componente averiado, previa autorización del Establecimiento de Salud.</li> <li>Plazo adicional: Si el equipo no ha sido reparado en el plazo inicial, el Proveedor tendrá un plazo adicional máximo de quince (15) días calendarios para culminar la reparación, debiendo reemplazar el equipo con otro de similares características o superiores (Back Up) dentro de las 24 horas de otorgado el plazo adicional</li> <li>Si el equipo no ha sido reparado en el Plazo adicional el Proveedor reemplazará el equipo defectuoso por uno nuevo, de igual característica técnica o superior, durante el tiempo que demore el reemplazo se mantendrá el equipo {Back Up}. El plazo para el reemplazo definitivo del equipo por otro igual o de característica superior, se efectuará en un plazo no mayor al plazo de entrega según la oferta del primer equipo.</li> <li>La conformidad estará dada por el área usuaria.</li> <li>El incumplimiento en la prestación de este servicio, dará lugar a penalidades indicadas en 2.2.9. y las acciones legales correspondientes.</li> </ul>
e) Extensión de garantía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al Proveedor, éste deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. De ser el caso, se, descontarán los días que el Proveedor reemplazó el equipo con otro de similares características (Anexo N° 11)</li> <li>De no cumplir con la programación de mantenimiento preventivo establecida, se extenderá la garantía por los mes (s) o año (s), que el proveedor no cumplió con dichas responsabilidades (Anexo N° 14)</li> </ul>

**10. EL PLAZO** máximo a considerarse para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder del bien, es contabilizado en días calendarios, desde el día siguiente de suscrito el contrato, en caso de bienes adquiridos por procedimiento de selección o desde el día siguiente de emitida la Orden de Compra, en caso de compras directas menores a 8 UIT's.

En caso de retraso injustificado del proveedor para la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de corresponder dentro del plazo establecido para los bienes, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, conforme al **Artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado**, el mismo que se detalla, según su grupo genérico, en lo **CUADRO N° 02**, respectivamente.

**CUADRO N° 02: PLAZO MAXIMO PARA LA ENTREGA DE LA AMBULANCIA**

<b>ITEM</b>	<b>TIPO DE AMBULANCIA</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Plazo de entrega</b>
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	<del>120 días calendario.</del> <b>155 DIAS CALENDARIO.</b>
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>40</b>	

**11. LUGAR DE ENTREGA E INSTALACION DE BIENES:** Las Ambulancias y su equipamiento serán entregados en la siguiente dirección:

**Sito en: Calle Los Brillantes N° 650, Urb. Santa Inés – Distrito de Trujillo, Provincia de Trujillo -La Libertad - Perú**

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

- El proveedor comunicará al jefe de almacén Central del Gerencia Regional de Salud La Libertad ([jurbinal@diressalalibertad.gob.pe](mailto:jurbinal@diressalalibertad.gob.pe) - Teléfono: 947836382), a los Gerentes de las Redes según cuadro N° 03 y a la Oficina de Planificación – GERESA ([jvincesm@diressalalibertad.gob.pe](mailto:jvincesm@diressalalibertad.gob.pe) – 939979768) vía correo electrónico con un mínimo de 48 horas de anticipación, pactando fecha de entrega entre las partes, señalando día(s) y hora(s) en el establecimiento de salud. El jefe de almacén central de la GERESALL o el personal designado por éste, efectuará la recepción del (los) bien (es) al momento de la entrega de parte del proveedor (conforme al Artículo 168.1 RLCE) y/o el jefe de almacén de la red de Salud/Hospital o quien haga dichas funciones (de estimar oportuno).
- El bien será entregado en el establecimiento de salud beneficiario (usuario final), consignando en la Guía de Remisión la fecha de recepción. Adicionalmente el personal de almacén central asignado, sellará la (s) guía (s) de remisión, verificando que los bienes entregados correspondan a los detallados en la guía, constituyéndose para este caso en un solo acto.

**CUADRO N° 03: DIRECTORIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BENEFICIARIOS**

EESS	DISTRITO	PROVINCIA	RED	CORREO DIRECTORIO	CELULAR
ONGON	ONGON	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
CHILIA	CHILLIA	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
VAQUERIA DE ANDAS	PARCOY	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
CHAGUAL	PATAZ	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
HOSPITAL PROVINCIAL DE TAYABAMBA	TAYABAMBA	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
PUEBLO LIBRE	HUANCASPATA	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
ALPAMARCA	PARCOY	PATAZ	RED PATAZ	raulmv_racergt@hotmail.com	961000466
SAN JOSE DE SALOBAJO	CARABAMBA	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
HOSPITAL PROVINCIAL DE JULCAN	JULCAN	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
AYANGAY	JULCAN	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
SAN ANTONIO	JULCAN	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
PARUQUE BAJO	JULCAN	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
SANTA TERESA	JULCAN	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
SICCHAL	CALAMARCA	JULCÁN	RED JULCÁN	chinoguanilo@hotmail.com	948663608
EL SAUCO	QUIRUVILCA	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
CACHULLA	QUIRUVILCA	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
JOSE CARLOS MARIATEGUI	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
HUARAN UNINGAMBAL	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
MUNGURRAL	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
OSAIGUE	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
OYON	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853

PUNCHAYPAMPA	SANTIAGO DE CHUCO	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
SANTA CLARA DE TULPO	MOLLEBAMBA	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
LA YEGUADA	SANTIAGO DE CHUCO,	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
CHAGAVARA	SITABAMBA	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
USHNOVAL	SITABAMBA	SANTIAGO DE CHUCO	RED SANTIAGO DE CHUCO	jorgelrn4@gmail.com	935570853
CHOQUIZONGUILLO	HUAMACHUCO	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
EL OLIVO	HUAMACHUCO	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
PUENTE PIEDRA	HUAMACHUCO	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
NUEVO HUAYCHO	CHUGAY	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
PALLAR ALTO	HUAMACHUCO	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
LA VICTORIA	SARTIMBAMBA	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
SAN ALFONSO	SARTIMBAMBA	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
HUAGUIL	CHUGAY	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
SUCCHAMARCA	COCHORCO	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
CANUCUBAMBA	CHUGAY	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
CERPAQUINO	SARIN	SANCHEZ CARRION	RED SANCHEZ CARRIÓN	andy.sagastegui@gmail.com	965464138
HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO	OTUZCO	OTUZCO	RED OTUZCO	karinacolmenares67@gmail.com	964 286 480
HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA	GUADALUPE	PACASMAYO	RED PACASMAYO	deborathaguirre@gmail.com dach9382741@hotmail.com	988899095
HOSPITAL DISTRITAL DE PACASMAYO	PACASMAYO	PACASMAYO	RED PACASMAYO	deborathaguirre@gmail.com dach9382741@hotmail.com	988899095

### 13. SOPORTE TÉCNICO

#### 13.1 FALLAS DE EQUIPO

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

Tipo de Soporte	Características
A distancia	<ul style="list-style-type: none"><li>Se desarrolla por medio de los canales siguientes: teléfono y correo electrónico, para este fin el Proveedor proporcionará estos datos y es su obligación mantenerlo actualizado y vigente durante el periodo de garantía del equipo.</li><li>Para la suscripción del contrato, el Proveedor deberá proporcionar una dirección de correo electrónico, la sola revisión del correo electrónico por parte del Establecimiento de Salud o Entidad al Proveedor será considerado como una notificación válida, teniendo un plazo de 24 horas.</li></ul>
Presencial	<ul style="list-style-type: none"><li>Con el personal designado por el Proveedor, se apersona al establecimiento de salud, según se establece en el contrato, en un plazo máximo de 72 horas de notificado.</li></ul>

#### 13.2 PERSONAL CLAVE DEL PROVEEDOR

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

##### **Profesional encargado de la instalación, protocolo de pruebas y capacitación:**

Personal de Salud, Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónico o Ingeniero Biomédico o Ingeniero Mecánico o Ingeniero Mecánico Electricista (en relación a lo expuesto en el ítem ~~21~~ **31** inciso ~~B~~ **C**) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL) con experiencia de cuatro (04) años o mayor en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de los equipos ofertados.

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

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

##### **Profesional encargado del mantenimiento (Equipos o bienes a bordo, Equipos Médicos de la Unidad Móvil y Equipos Médicos):**

Técnico Electrónico o técnico electricista o técnico mecánico electricista. Técnico titulado o egresado de Instituto superior tecnológico de seis (06) semestres académicos o mayor (en relación a lo expuesto en el ítem ~~21~~ **31** inciso ~~B~~ **C**) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL). También podrá participar como personal de mantenimiento el Bachiller en Ingeniería Electrónica o Ingeniería Mecánica o Ingeniería Mecatrónica o Ingeniería Eléctrica o Ingeniería Mecánica eléctrica o Ingeniería Industrial o Ingeniería Biomédica.

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

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

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

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

#### 14. ADELANTOS: No se otorgaran adelantos de ninguna índole:-

**LA ENTIDAD OTORGARA UN ADELANTO DE HASTA EL 30% DENTRO DE LOS PLAZOS QUE PRECISA LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO VIGENTE**

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

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

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

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

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

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

#### 16. CONDICIONES DE EJECUCION

- 16.1 El (los) equipo (s), componentes y sus periféricos ofertados por los Proveedores deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica. Los equipos, componentes y sus periféricos propuestos no serán un prototipo, ni tampoco serán repotenciados (refurbished). El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la (s) propuesta (s).
- 16.2 El Proveedor será el único responsable ante la Entidad Contratante de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir, total o parcialmente esta responsabilidad a terceros (sub Proveedores), otras entidades o terceros en general; sustentado en su propuesta técnica el personal técnico que efectuarán las responsabilidades asumidas.
- ~~16.3 El Proveedor deberá dejar el Equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el Establecimiento de Salud de destino. Si en el servicio del establecimiento no cuenta con una toma eléctrica para el enchufe tipo Schuko u otro tipo de energía (fuerza, caso específico de los equipos electromecánicos); el proveedor estará obligado a proporcionar e instalar bajo su cuenta el tomacorriente en la ubicación final del equipo o según las condiciones de lo especificado en la Ficha Técnica de cada equipo.~~
- 16.4 El proveedor deberá ofertar el equipos y sus componentes periféricos de tal forma que se encuentren listos para su perfecto estado de funcionamiento al momento de la entrega en el lugar de destino, teniendo en consideración la temperatura, humedad, altura sobre el nivel del mar y la presión atmosférica, debiendo incluir todos los accesorios necesarios para su operación; independientemente que hayan sido individualizados o no en forma específica en las Especificaciones Técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.
- 16.5 Para los casos en los que sea obligatoria la autorización de propiedad y/o uso de determinados recursos (hardware y/o software o aplicativos) utilizados con o por el equipo y sus componentes, se deberá entregar al Establecimiento de Salud las respectivas licencias de uso al momento de la recepción de los equipos. Al término de la garantía el Contratista, deberá entregar a la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces, las contraseñas o claves o password de ingreso al modo de servicio técnico del equipo y sus periféricos
- 16.6 El proveedor previo a la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos, deberá suministrar al Hospital dos (02) juegos de manuales originales completos (físico y en archivo digital: USB) de operación y servicio técnico del equipamiento. Los manuales deberán ser originales del fabricante y de estar en idioma diferente al español, se deberá entregar su correspondiente traducción al idioma español (para el caso de manuales físicos).
- 16.7 El Proveedor deberá elaborar y presentar a la Oficina de UEI – Equipamiento - Planificación GERESA, dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato o recepción de Orden de Compra: Programa de Mantenimiento Preventivo y Procedimiento de Programa de Mantenimiento Preventivo; y el Protocolo de Pruebas, quien aprobará y comunicará por escrito al Proveedor, en un plazo no mayor de diez (10) calendarios. La Entidad precisará el procedimiento para presentar el programa de



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

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

- 16.8 Para la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, el contratista deberá tener en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, asegurándola operación y funcionamiento del equipo.
- 16.9 Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de los equipos en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino, teniendo en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura y presión atmosférica, dependiendo de la altura sobre el nivel del mar, de ser el caso; debiendo incluir todos los accesorios necesarios para la operación y funcionamiento del equipo, independientemente que hayan sido individualizados o no en forma específica en la Características Técnicas descritas en la Ficha Técnica y en las presentes condiciones generales de adquisición.
- 16.10 El equipo ofertado incluirá todos los costos; es decir, los gastos de importación, transporte interno, materiales de embalaje, seguros, acondicionamiento, montaje o instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (incluyendo consumibles, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento, de acuerdo a las horas de funcionamiento y/o estipulado por el fabricante en el manual de servicio técnico), gastos de personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación. La oferta deberá indicar el monto de la prestación principal.
- 16.11 El Proveedor, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se compromete a realizar los upgrade o actualizaciones de los softwares instalados en el equipo y sus periféricos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).
- 16.12 La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documental doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.
- 16.13 El Proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por el plazo que dure el periodo de garantía total ofertado contados a partir de la fecha de suscripción de la conformidad otorgada por el Establecimiento de Salud.
- 16.14 El Proveedor deberá asegurar, en un periodo no menor de cinco (05) años, la disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de los equipos ofertados, contados a partir del día siguiente de suscrito el "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos- Formato N° 02".
- 16.15 Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con voltaje OC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pico. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción realizará la inspección técnica respectiva.
- 16.16 A fin de que los postores formulen una adecuada propuesta técnica – económica, de creer conveniente; podrán realizar una visita técnica previa coordinación a las instalaciones del Establecimiento de Salud con la finalidad de evaluar la planta física de los ambientes y verificar las condiciones para la instalación del (los) equipo (s) en el/los ambiente (s) designado (s) por la Entidad; además tener en cuenta lo indicado en el



Anexo N° 13 "DEFINICION DEL EQUIPAMIENTO SEGÚN SU CONDICIONES TECNICAS" y los detalles específicos de la Ficha Técnica.

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

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

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

## 17. CONDICIONES DE OPERATIVIDAD DEL EQUIPAMIENTO

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

### PROCEDIMIENTO

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

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

## 18. SUBCONTRATACIÓN

No se permite la subcontratación.

## 19. CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA mantendrá la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que tenga acceso y que se encuentre relacionada a los expedientes que han sido materia de la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

La confidencialidad se prolonga indefinidamente aun después de terminada la contratación.

En tal sentido, el contratista deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información. Dicha obligación comprende la información que se entrega, como también

la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio

## 20. CONFORMIDAD

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 03) será emitido según la programación y durante el periodo de garantía, debiendo estar suscrito por los siguientes representantes:

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

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

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

## 21. FORMA DE PAGO:

21.1 **Pago único:** Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa, capacitación, Garantía, mantenimiento preventivo y correctivo durante el periodo de garantía.

El pago al Contratista será efectuado por la unidad ejecutora de la entidad en moneda nacional Soles, el mismo que se realizara según lo establecido en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación y Prueba Operativa de los Equipos (formato N° 02), adjuntando los documentos que se indican:

### **Documentos para el pago:**

- Guía de remisión firmada y sellada por el almacén del Establecimiento de salud beneficiada o por el que haga sus veces, y almacén central del Gerencia Regional de Salud La Libertad, dando la recepción del bien recepcionado.
- Comprobante de pago, debidamente descrito
- Copia de orden de compra y/o contrato.

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

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

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

**CUADRO N° 04: MODALIDAD DE EJECUCIÓN DE EQUIPO MEDICO**

<b>ITEM</b>	<b>TIPO DE AMBULANCIA</b>	<b>Cantidad</b>	<b>MODALIDAD DE EJECUCION</b>
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	Llave en Mano
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>40</b>	

## 24. PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, de ser el caso, del monto del ítem que debió ejecutarse, en concordancia con el artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

En todos los casos, la penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;  
F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

Se considera justificado el retraso, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo, conforme el artículo 133 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

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

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento

#### 24.1. Otras penalidades

N°	DETALLE	PENALIDAD	PROCEDIMIENTO
01	En el caso en la no entrega del programa de mantenimiento preventivo o no realizar la subsanación, conforme al numeral 15, se aplicará la siguiente penalidad:	<b><u>0.5% de la UIT por cada día de demora</u></b>	La Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la entidad o quien haga sus veces, informará de dicho retraso a la oficina de Abastecimiento de la Entidad, La penalidad será aplicable al monto del Contrato.

#### 25. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

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

#### 26. RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### 27. RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato

#### 28. DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES

El proveedor declara conocer los alcances del Decreto de Urgencia N° 020-2019 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 91-2020-PCM, respecto a la presentación, contenido y oportunidad de la obligatoriedad de la presentación de la declaración Jurada de Intereses.

El proveedor se obliga a presentar su Declaración Jurada de Intereses en los plazos previstos 5° del Decreto de Urgencia referido.

Constituye causal de resolución de la orden de servicio, el incumplimiento del requerimiento de presentar la Declaración Jurada de Intereses de acuerdo a lo establecido en el numeral 11.5 del artículo 11 del reglamento mencionado, o en caso de presentarse la Declaración Jurada de Intereses con información inexacta o falsa

#### 29. ANTICORRUPCIÓN

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 248-A, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago, en general, cualquier beneficio o incentivo legal en relación con el contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participantes, cionistas, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 248-A.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas

### 30. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en los artículos 122, 137, 140, 143, 146, 147 y 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y sus respectivas modificatorias o, en su defecto, en el inciso 45.2 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 183 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial, según lo señalado en el artículo 184 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje, ambas normas modificadas por el Decreto Supremo N° 056-2017-EF

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el inciso 45.8 del 45 de la Ley de Contrataciones del Estado, modificadas por el Decreto Legislativo N° 1341

### 31. REQUISITOS DE CALIFICACION: (APLICADO EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN):

#### A) CAPACIDAD LEGAL

##### Requisitos:

- a) Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos D.S. N°014-2011-SA, de acuerdo al cuadro siguiente:

**CUADRO N° 04: ACREDITACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO**

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	DE ACUERDO AL EQUIPO MEDICO A ENTREGADAR CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>40</b>	

- b) Autorización del ministerio de Salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar instrumental y equipo de uso médico o dispositivos médico; a nombre del postor o de sus proveedores.
- c) Autorización de Planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre emitido a nombre del postor y/o fabricante, otorgado por la Dirección de Ordenamiento de Productos Industriales y Fiscalizados (DOPIF) de acuerdo a lo dispuesto por Decreto Supremo N° 006-2021-PRODUCE.

##### Acreditación:

- a) Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada a nombre del postor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios (ANM) o por la autoridad de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda. Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.

- b) Copia de la autorización del ministerio de salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar instrumental y equipo de uso médico o dispositivos médico; a nombre del postor o de sus proveedores.
- c) Copia de la Autorización de la Planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre emitido a nombre del postor y/o fabricante, otorgado por la Dirección de Ordenamiento de Productos Industriales y Fiscalizados (DOPIF) de acuerdo a lo dispuesto por Decreto Supremo N° 006-2021-PRODUCE).

**B) FACTURACION DEL POSTOR:**

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente, a lo detallado en el cuadro siguiente; al valor estimado de la contratación o del ítem; según:

**CUADRO N° 05: DEFINICIÓN DE ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO**

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 30,000,000.00</b> ( <del>Treinta millones con 00/100 soles</del> ) <b>S/ 13,000,000.00 (TRECE MILLONES CON 00/100 SOLES)</b> , 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.
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
TOTAL GENERAL		40	

Por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acreditará una experiencia del 10% del cuadro antes expuesto: ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria.

Se consideran bienes similares a los siguientes:

**CUADRO N° 06: DEFINICIÓN DE BIENES SIMILARES**

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN DE BIENES SIMILARES
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	AMBULANCIA PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES, DE CUALQUIER MARCA Y TIPO, INCLUIDO EL EQUIPO MEDICO ENTREGADO, CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA.
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
TOTAL GENERAL		40	

**Acreditación:**

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

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa (MYPES), se acreditará una experiencia del 10% del detalle antes expuesto, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Importante:**

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

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 se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".*

Nota 4: Considerar el Decreto Supremo N° 168-2020-EF de fecha 29/06/2020, al artículo 49 del RLCE, que establece las características de los requisitos de calificación, se ha incorporado el numeral: "49.6. Cuando en los procedimientos de selección para la contratación de bienes y servicios en general se incluya el requisito de calificación de experiencia del postor en la especialidad, la experiencia exigida a los postores que acrediten tener la condición de micro y pequeña empresa, o los consorcios conformados en su totalidad por éstas, no podrá superar el 25% del valor estimado, siempre que el procedimiento de selección o ítem respectivo, por su cuantía, corresponda a una Adjudicación Simplificada."

**C) CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL**

**1) PARA AMBULANCIA Y EQUIPOS O BIENES A BORDO:**

**Requisitos:**

- ~~Se evaluará en función a la cobertura de concesionarios y/o talleres autorizados propio con capacidad de suministro de repuestos que oferte el postor en LA LIBERTAD, por un periodo de 5 AÑOS COMO MÍNIMO DE TIEMPO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS~~

**SE EVALUARÁ EN FUNCIÓN A LA COBERTURA DE CONCESIONARIOS Y/O TALLERES CON CAPACIDAD DE SUMINISTRO DE REPUESTOS QUE OFERTE EL POSTOR EN LA REGION LA LIBERTAD, POR UN PERÍODO DE 5 AÑOS COMO MÍNIMO DE TIEMPO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS**

- PARA LA ENTREGA (INSTALACION), PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LA AMBULANCIA Y CAPACITACION (VEHÍCULO AUTOMOTRIZ Y EQUIPOS O BIENES A BORDO):

**Personal Profesional**

Un ingeniero mecánico o mecánico electricista colegiado y habilitado, con cuatro (04) años de Experiencia como mínimo, en el rubro automotriz.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

Cuatro (04) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de unidades móviles: ambulancia y equipos a bordo ofertados.

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento y/o instalación y/o implementación y/o capacitación del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas.

**Acreditación:**

Carta de presentación de concesionarios y/o Talleres autorizados en el Departamento La Libertad, por periodo de 05 años, con disponibilidad de servicios y repuestos.

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

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

**2) PARA LOS EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL:**

**Requisitos:**

PARA LA INSTALACION, PRUEBA OPERATIVA, PROTOCOLO DE PRUEBAS Y CAPACITACION PARA EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MOVIL:

**Personal Profesional**

Profesión: Profesional de salud o ingeniero electrónico o ingeniero biomédico o ingeniero mecatrónico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, prueba operativa, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

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

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante

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

**Acreditación:**

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

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

**Requisitos:**

RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

**Personal Técnico**

Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

Cuatro (04) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de los Equipamientos Médicos de la Unidad Móvil.



La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante. También, el personal profesional colegiado de ingeniería podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con el número de años de experiencia solicitados en el mantenimiento y/o reparación de equipos médicos.  
Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 20 horas lectivas mínimas

**Acreditación:**

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

**3) PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS:**

**Requisitos:**

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

**Personal Profesional**

Profesión: Profesional de salud o ingeniero electrónico o ingeniero biomédico o ingeniero mecatrónico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

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

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

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas.

**Acreditación:**

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

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

**Requisitos:**

RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

**Personal Técnico**

Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

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

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

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

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas

**Acreditación:**

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

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

**32. INFORMACION COMPLEMENTARIA  
DE LA SELECCIÓN**

**Documentos de presentación obligatoria:**

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la declaración jurada de cumplimiento a las especificaciones técnicas.



- 32.1 ~~Autorización del Fabricante hacia el postor, como Distribuidor o Representante de la Marca~~  
32.2 Autorización del Fabricante indicando que el postor asume el compromiso de disponibilidad de servicios, repuestos, partes y piezas originales por un periodo mínimo de 05 años para bien ofertado. El fabricante debe indicar además que, de cambiar de representante en el territorio nacional, mantendrá las mismas condiciones con su(s) nuevo(s) representante(s), asumiendo las responsabilidades contractuales de existir.

**CARTA COMPROMISO, EMITIDO POR EL POSTOR, INDICANDO DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS, REPUESTOS, PARTES Y PIEZAS ORIGINALES POR UN PERIODO MÍNIMO DE 05 AÑOS PARA BIEN OFERTADO.**

- 32.3 BPA (según lo expuesto en el ítem 4 y PRONUNCIAMIENTO N° 101-2020/OSCE-DGR)  
32.4 SUSTENTO Y ACREDITACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EN PROPUESTAS: Se deberá consignar la marca, modelo, año de fabricación y procedencia de los bienes ofertados en el Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de cumplimiento de las características técnicas (según modelo adjunto – Formato N° 01.

**C) PARA LA UNIDAD MOVIL Y CABINA MEDICA - EQUIPOS O BIENES A BORDO**

- ~~Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante del vehículo y equipos o bienes a bordo, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará hasta tres cartas del fabricante o representante o concesionario de la marca para sustentar las características técnicas del VEHICULO Y/O CABINA DE ATENCION MEDICA y para los EQUIPOS O BIENES A BORDO; dichas cartas con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la ofertas. Respecto al sustento gráfico (planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas.~~

**• PARA ACREDITAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS RELACIONADAS AL DISEÑO DEL FABRICANTE DEL VEHÍCULO Y EQUIPOS O BIENES A BORDO, MATERIA DE CONVOCATORIA EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN SE EMPLEARÁ: FOLLETOS, INSTRUCTIVOS, MANUALES, CATÁLOGOS O SIMILARES DE FABRICANTE, EN ORIGINAL O COPIAS A COLOR O COPIAS A BLANCO Y NEGRO, TAMBIÉN SE EMPLEARÁ CARTAS DEL FABRICANTE O REPRESENTANTE O CONCESIONARIO DE LA MARCA PARA SUSTENTAR LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL VEHICULO Y/O CABINA DE ATENCION MEDICA Y PARA LOS EQUIPOS O BIENES A BORDO; DICHAS CARTAS CON FECHA MÁXIMO DE ANTIGÜEDAD 12 MESES A LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTAS. RESPECTO AL SUSTENTO GRÁFICO (PLANOS, FIGURAS O IMÁGENES), QUE SUSTENTAN EL (LOS) BIEN(ES) OFERTADO(S), OBJETO DE LA CONVOCATORIA, TENDRÁ QUE ESTAR COMPATIBILIZADO CON EL SUSTENTO LITERAL CORRESPONDIENTE. SI EN LAS PROPUESTAS, EXISTIERA CONTRADICCIONES ENTRE EL SUSTENTO GRÁFICO Y LITERAL, ÉSTAS SERÁN DESESTIMADAS.**

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

- Unidad Móvil y Cabina Médica: motor, cilindrada, potencia, torque, transmisión, tracción, sistema de dirección, sistema de frenos, sistema eléctrico, escape de gases, mobiliario incorporado a la cabina de atención médica y herramientas (gata hidráulica y compresor de aire)
- Equipos o Bienes a Bordo: por el tipo de ambulancia (camilla telescópica, cilindro de oxígeno tipo D, cilindro de oxígeno M, silla de ruedas plegable, tabla rígida, equipo de radiocomunicación móvil, Handy):

**• UNIDAD MÓVIL Y CABINA MÉDICA: MOTOR, CILINDRADA, POTENCIA, TORQUE, TRANSMISIÓN, TRACCIÓN, SISTEMA DE DIRECCIÓN, SISTEMA DE FRENOS, SISTEMA ELÉCTRICO, ESCAPE DE GASES, MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA Y HERRAMIENTAS (GATA HIDRÁULICA Y COMPRESOR DE AIRE)**

**• EQUIPOS O BIENES A BORDO: POR EL TIPO DE AMBULANCIA (CAMILLA TELESCÓPICA, CILINDRO DE OXÍGENO TIPO D, CILINDRO DE OXÍGENO M, SILLA DE RUEDAS PLEGABLE, TABLA RÍGIDA, EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL, HANDY).**

**D) PARA LOS EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL**

- ~~Para acreditar características técnicas relacionadas al diseño del fabricante de los equipos médicos de la Unidad Móvil, materia de convocatoria en procedimientos de selección se empleará: folletos, instructivos, manuales, catálogos o similares de fabricante, en original o copias a color o copias a blanco y negro, también se empleará carta (s) del fabricante con fecha máximo de antigüedad 12 meses a la presentación de la ofertas; para sustentar hasta tres características técnicas de cada uno de los equipo (debidamente acreditada por el fabricante y que la información sea verdadera; verificable bajo responsabilidad del postor). Respecto al sustento gráfico (planos, figuras o imágenes), que sustentan el (los) bien(es) ofertado(s), objeto de la convocatoria, tendrá que estar~~

compatibilizado con el sustento literal correspondiente. Si en las propuestas, existiera contradicciones entre el sustento gráfico y literal, éstas serán desestimadas.

• **PARA ACREDITAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS RELACIONADAS AL DISEÑO DEL FABRICANTE DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MÓVIL, MATERIA DE CONVOCATORIA EN PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN SE EMPLEARÁ: FOLLETOS, INSTRUCTIVOS, MANUALES, CATÁLOGOS O SIMILARES DE FABRICANTE, EN ORIGINAL O COPIAS A COLOR O COPIAS A BLANCO Y NEGRO, TAMBIÉN SE EMPLEARÁ CARTA (S) DEL FABRICANTE CON FECHA MÁXIMO DE ANTIGÜEDAD 12 MESES A LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTAS; PARA SUSTENTAR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE CADA UNO DE LOS EQUIPO (DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL FABRICANTE Y QUE LA INFORMACIÓN SEA VERDADERA; VERIFICABLE BAJO RESPONSABILIDAD DEL POSTOR). RESPECTO AL SUSTENTO GRÁFICO (PLANOS, FIGURAS O IMÁGENES), QUE SUSTENTAN EL (LOS) BIEN(ES) OFERTADO(S), OBJETO DE LA CONVOCATORIA, TENDRÁ QUE ESTAR COMPATIBILIZADO CON EL SUSTENTO LITERAL CORRESPONDIENTE. SI EN LAS PROPUESTAS, EXISTIERA CONTRADICCIONES ENTRE EL SUSTENTO GRÁFICO Y LITERAL, ÉSTAS SERÁN DESESTIMADAS.**

Se acreditarán las siguientes características técnicas:

- ~~Equipos Médicos de la Unidad Móvil: por el tipo de ambulancia (aspirador de secreciones portátil, chaleco de extracción, estetoscopio adulto, estetoscopio pediátrico, juego de férulas, linterna para examen, maletín de medicamentos, maletín de soporte de vida, Pantoscopio, set de collarines cervicales, silla de ruedas, tabla rígida, tensiómetro aneroide adulto, tensiómetro aneroide pediátrico, oxímetro de pulso portátil, desfibrilador monitor portátil, bomba de infusión, incubadora de transporte, ventilador mecánico portátil.~~
- **EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MÓVIL: POR EL TIPO DE AMBULANCIA (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL, CHALECO DE EXTRACCIÓN, ESTETOSCOPIO ADULTO, ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO, JUEGO DE FÉRULAS, LINTERNA PARA EXAMEN, MALETÍN DE MEDICAMENTOS, MALETÍN DE SOPORTE DE VIDA, PANTOSCOPIO, SET DE COLLARINES CERVICALES, SILLA DE RUEDAS, TABLA RÍGIDA, TENSÍOMETRO ANEROIDE ADULTO, TENSÍOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO, OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL, DESFIBRILADOR MONITOR PORTÁTIL, BOMBA DE INFUSIÓN, INCUBADORA DE TRANSPORTE, VENTILADOR MECÁNICO PORTÁTIL.**

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

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ESPECIFICACIONES TECNICAS A SUSTENTAR TECNICAMENTE
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	<b>EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL: ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 C01 C02 C03); <b>CHALECO DE EXTRICACION</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 B01 B02 C01 C02); <b>ESTETOSCOPIO ADULTO</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 B01 C01); <b>ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 B01 C01); <b>JUEGO DE FÉRULAS</b> (A01 A02 A03 A04 B01 C01); <b>LINTERNA PARA EXAMEN</b> (A01 A02 A03 A04 B01 B02 B03 C01); <b>MALETIN DE MEDICAMENTOS</b> (A01 A02 B01); <b>MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 B09 B10 B11 B12 B13 B14 B15 B16 B17 B18 B19 B20 B21 B22 B23 B24); <b>PANTOSCOPIO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 C03 C04 C05 C06 C07 D01 D02 D03 E01 E02 E03 E04 F01 F02 F03 F04 F05 F06 F07 F08 F09 F10); <b>SET DE COLLARINES CERVICALES</b> (A01 A02 A03 A04 A05); <b>TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06); <b>TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO</b> (A01 A02 B01 B02 B03 B04 B05 B06); <b>OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 B01 B02 B03 B04 C01 C02); <b>DESFIBRILADOR MONITOR PORTATIL</b> (A01
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	

			A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 A17 A18 A19 A20 A21 A22 A23 A24 A25 A26 A27 A28 A29 A30 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 C01 C02), <b>BOMBA DE  INFUSIÓN DE 2 CANALES</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 D01 D02 D03); <b>INCUBADORA DE  TRANSPORTE</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 A11 A12 A13 A14 A15 A16 A17 A18 A19 A20 B01 B02 B03 B04 B05 B06 B07 B08 B09 B10 B11 B12 B13 B14 C01 C02 C03 C04 C05 D01 D02 D03 D04 D05 E01 E02); <b>VENTILADOR DE  TRANSPORTE</b> (A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09 A10 B01 B02 B03 B04 B05 C01 C02 C03 C04 C05 C06 C07 C08 D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07 F01 F02 F03 F04 F05 G01G02 G03)
--	--	--	--

Se precisa que, las declaraciones juradas, formatos o formularios y Anexos que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor. Los demás documentos deben ser rubricados (visados) por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en caso de persona natural, por este o su apoderado.

**Solo para los Equipos Médicos**

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

Cualquiera de los certificados emitido por Institución competente.

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

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

El certificado deberá estar referido (alcance) a uno o más de las siguientes fases productivas: al Diseño, Desarrollo, Fabricación, Investigación en el campo del equipo propuesto. **EL CERTIFICADO ANTES MENCIONADO SERA PARA EL SIGUIENTE EQUIPAMIENTO: ASPIRADOR, OXIMETRO, DESFIBRILADOR, BOMBA Y VENTILADOR.**

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

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

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

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

(ANEXO N° 10)

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

Señores

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

Presente. -

De nuestra consideración,

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la el (CONSIGNAR EL BIEN OFERTADO) incluido dentro del ITEM N° ..... no requiere de registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, sometiéndome a la descalificación de comprobarse lo contrario.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

(ANEXO N° 12)

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

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN Y/O ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**Presente.** -  
De nuestra consideración,

El que suscribe,..... Identificado con DNI N° ....., en mi calidad de representante legal de la empresa ....., con RUC N° ....., DECLARO BAJO JURAMENTO, que de resultar adjudicado, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el periodo de garantía total según el detalla siguiente:

N° Ítem	Descripción del Ítem	Garantía según EETT (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía Total ofertada (a) + (b)

La vigencia de garantía, se contará a partir del día de la suscripción del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos.  
La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra representada, salvo que las falas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.  
La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por daños ocasionados por mal uso o negligencia no imputables a nuestra empresa.  
La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causa atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

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

(ANEXO N° 12)

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

Señores

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

**Presente.** -

De nuestra consideración,

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

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

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

Todo ello conforme a las recomendaciones del fabricante.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

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

(ANEXO N° 13)

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

ITEM	AMBULANCIA/EQUIPAMIENTO	CANT	REQUIERE PRE INSTALACION	REQUIERE PROTOCOLO PRUEBAS	REQUIERE CAPACITACION USUARIA	REQUIERE CAPACITACION TECNICA
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	NO	SI	SI	SI
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	NO	SI	SI	SI
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	NO	SI	SI	SI

(ANEXO N° 14)

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

Señores

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

**Presente.** -

De nuestra consideración,

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

Ofrecer a favor de la entidad, lo siguiente:

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

Atentamente,

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



**FORMATO N° 01**

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

Señores

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

**Presente. -**

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

[illegible]

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

Fecha.....

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

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

**FORMATO N° 02**

**ACTA DE RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE EQUIPOS**  
**"PROCESO DE LICITACION (consignar nombre del proceso u orden de compra)"**

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

DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	N° SERIE

N° de Orden de Compra:

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

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

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

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :

<b>1.00</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
1.01	
1.02	
1.03	
<b>2.00</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>2.01</b>	
<b>2.02</b>	
<b>3.00</b>	<b>REQUERIMIENTO ELECTRICO</b>
3.01	
3.02	
3.03	
<b>4.00</b>	<b>GARANTIA Y MANTENIMIENTO:</b>
4.01	
4.02	
4.03	
<b>5.00</b>	<b>CAPACITACIÓN, MANUALES Y OTROS:</b>
5.01	
5.02	
5.03	
9.02	
9.03	

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

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

FICHA TÉCNICA

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

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	O/C	Nº DE SERIE

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	REFERENCIA

CONSUMIBLES DEL EQUIPO	CANT.	MARCA	CODIGO DE PARTE	OBSERVACIONES

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

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

.....  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA**  
Representante Área Especialista  
Empresa Proveedorora

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

FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS

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

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

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.

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS

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

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

Nº	Descripción de la prueba	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (*)	Tiempo estimado de realización	Cumple (SI/NO)	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.

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

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

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

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

**Nota:**  
El Mantenimiento Preventivo que se le realice al equipo, deberá ser consignado en la Ficha "Orden de Trabajo de Mantenimiento" que será proporcionada por la entidad.  
Año N° 1: Se inicia en el mes en que se firma el Acta de Recepción

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

**PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

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

DENOMINACIÓN :  
MARCA :  
MODELO :  
SERIE :

<b>N o</b>	<b>Descripción Actividad</b>	<b>Procedimientos para Realizar cada actividad</b>	<b>Insumos y Repuestos</b>	<b>Herramientas Instrumentos</b>	<b>Ejecutore s (Ing. /Tec.)</b>	<b>Horas Hombre</b>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

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

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

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal



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

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

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

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

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

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

Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación:

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

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

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

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

Jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

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

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

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

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

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

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

Representante Área Especialista de la Empresa Proveedora encargado de la capacitación:

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

Personal asistencial que recibe la capacitación:

N°	DNI	Apellidos y Nombres	Profesión	Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

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

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

Usuario Final:  
Servicio, Unidad o Departamento

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

jefe de Área de Mantenimiento de Equipos

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

Representante Legal

**COMPROMISO DE SUMINISTRO DE INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS**

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente. -

De nuestra consideración,

El que suscribe, don ..... identificado con D.N.I. N°..... Representante Legal  
de..... con RUC N°.....

DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un  
período no menor de..... INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de  
la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación Prueba Operativa de Equipos, para el/los  
ITEM(S)

Fecha

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

Representante Legal Empresa Proveedora

**FORMATO N° 03**

**Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo**

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

Descripción	Marca	Modelo	No. Serie

No. Orden de Compra:

No. Contrato

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

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

Acto seguido se llevó a cabo la suscripción de la presente Acta en señal de conformidad

Firman dando fe de lo anterior:

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

Representante Área Especialista  
Empresa Proveedora

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

jefe de Servicio y/o director  
del EESS.

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

Representante Área Técnica  
del EESS.

**FORMATO N° 04**

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

(Llenado por la oficina de mantenimiento)

<b>DEPENDENCIA DE SALUD</b>	<b>Nº</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>

(Para ser llenado por la dependencia solicitante)

<b>AREA USUARIA</b>	<b>UBICACIÓN FÍSICA</b>

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO O SERVICIO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL

<b>PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACION</b>

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE	FECHA SOLICITUD SERV.			FIRMA Y SELLO DE RECEPCION	FECHA DE RECEP.		
	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO

(Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento)

<b>DIAGNOSTICO TÉCNICO</b>		<b>PRIORIDAD</b>	MUY URGENTE	
			URGENTE	
			PROGRAMADA	
		<b>MODALIDAD DE ATENCION</b>	PERSONAL PROPIO	
			TERCEROS A TODO COSTO	
<b>JEFE / ENCARGADO DE MANTENIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		

[illegible]

FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINO			GRANTIA DEL SERVICIO		COSTO DEL SERVICIO	

<b>RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO</b>

**FORMATO N° 04 (REVERSO)**

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

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

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

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

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

<b>FIRMA DEL EJECUTOR DE MANTENIMIENTO</b>	<b>V°B° JEFE DE OFICINA DE MANTENIMIENTO (MINSA)</b>



## **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**AMBULANCIA RURAL  
TIPO-I**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
VEHÍCULO
AMBULANCIA RURAL TIPO-I

DEFINICION FUNCIONAL: VEHÍCULO CON EQUIPOS APROPIADOS PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO, INESTABLES QUE REQUIERAN ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA DURANTE EL TRASLADO.

REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS

A.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VEHÍCULO
A01	<p>VEHÍCULO ORIGINAL DE FABRICA DE DOBLE TRACCIÓN, Y/O CARROZADA SOBRE VEHICULO DE TRACCIÓN 4X4 O 4WD, PARA EL TRANSPORTE O TRASLADO SEGURO DE PACIENTES, PERSONAS EN ESTADO CRITICO DE SALUD.</p> <p>DEBERÁN CUMPLIR LOS REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS QUE REQUIEREN LOS VEHÍCULOS, PARA QUE: INGRESEN, SE REGISTREN, TRANSITEN, OPEREN Y SE RETIREN DEL SISTEMA NACIONAL DE TRANSPORTE, ESTABLECIDO EN EL D.S. N° 058-2003-MTC, MODIFICADO POR LOS DECRETOS SUPREMOS: N° 005-2004-MTC, 014-2004-MTC, 035-2004-MTC, 002-2005-MTC, 012-2005-MTC, 017-2005-MTC, 008-2006-MTC, 012-2006-MTC Y 023-2006-MTC Y DIRECTIVA N° 002-2006-MTC/15 APROBADA CON LA R.D. N° 4848-2006-MTC/15.</p> <p>ASÍ MISMO TENER COMO REFERENCIA LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS DE LA NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 APROBADA CON R.M. N° 953-2006-MINSA Y SU MODIFICATORIA EN LA R.M. N° 830-2012/MINSA.</p>
A02	<p>AÑO DE MODELO: <del>AÑO SIGUIENTE DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA.</del> <b>MINIMO 2024</b></p>
A03	CONDICION: NUEVA SIN USO
A04	CHASIS O VEHÍCULO BASE: ACORDE A DIMENSIONES Y PESO DE LA CARROCERÍA INCLUYENDO EQUIPOS MÉDICOS BÁSICOS, ACCESORIOS Y TRES (03) PERSONAS. CAPAZ DE FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE EN ZONAS RURALES CON CAMINOS ACCIDENTADOS, INCLINADOS, FANGOSOS DE COSTA, SELVA Y SIERRA CON ALTURAS POR ENCIMA DE LOS 4,000 MSNM. EL CENTRO DE GRAVEDAD Y EQUILIBRIO DEBERÁ SER ESTABLE.
A05	<p><del>MOTOR: DIESEL TURBO ALIMENTADO, REFRIGERADO POR AGUA O MOTOR DIESEL TURBO INTERCOOLER DE GEOMETRÍA VARIABLE.</del> <b>MOTOR: DIESEL TURBO ALIMENTADO, REFRIGERADO AGUA O MOTOR DIESEL TURBO INTERCOOLER.</b></p>
A06	CILINDRADA DE MOTOR: NO MAYOR DE 3,000 c.c.
A07	POTENCIA DE MOTOR COMO MÍNIMO DE 145 HP Y TORQUE DE MOTOR NO MENOR DE 40.0 kgf-m.
A08	SISTEMA DE DIRECCIÓN: ELECTRICA Y/O ELECTRONICA O HIDRÁULICA SERVO ASISTIDA, O HIDRÁULICA, PIÑON Y CREMALLERA ASISTIDA O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE, TIMÓN ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO.
A09	<p><del>TRANSMISIÓN: SISTEMA DE TRANSMISIÓN MECÁNICA, CON CAJA DE CAMBIOS DE 5 VELOCIDADES COMO MÍNIMO HACIA DELANTE Y UNA DE RETROCESO.</del> <b>TRANSMISIÓN: SISTEMA DE TRANSMISIÓN MECÁNICA O MANUAL, CON CAJA DE CAMBIOS DE 5 VELOCIDADES COMO MÍNIMO HACIA DELANTE Y UNA DE RETROCESO</b></p>
A10	TRACCIÓN: 4X4 O 4WD, TODO TERRENO, CON CAJA DE TRANSFERENCIA MECÁNICA O MEJOR TECNOLOGÍA, SELECTOR DE CAMBIO DE TRACCIÓN EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN.
A11	<p>SISTEMA DE FRENOS: SERVICIO ASISTIDO DE DOBLE CIRCUITO INDEPENDIENTE TIPO HIDRÁULICO.</p> <p>FRENOS DELANTEROS: DISCOS VENTILADOS.</p> <p>FRENOS POSTERIORES: DISCOS O TAMBORES.</p> <p>FRENO DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA.</p> <p>DEBE DE CONTAR CON SISTEMA ABS (ANTIBLOQUEO).</p>
A12	<p><del>SISTEMA DE SUSPENSIÓN: DE AMORTIGUACIÓN PARA TRABAJO PESADO.</del> <b>DE AMORTIGUACIÓN PARA TRABAJO PESADO O DE ACUERDO AL DISEÑO DEL FABRICANTE</b></p> <p>DELANTERA: BALLESTAS Y NEUMÁTICA O INDEPENDIENTE TIPO MC PHERSON CON DOBLE ORQUILLA Y BARRA ESTABILIZADORA DELANTERA O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</p> <p>POSTERIOR: EJE RIGIDO CON MUELLES SEMI ELIPTICOS (TIPO BALLESTAS). O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</p>
A13	<p>RUEDAS Y NEUMÁTICOS: DIÁMETRO DEL ARO DE ACERO NO MENOR DE 16 PULGADAS. TIPO DE NEUMÁTICOS: TODO TERRENO DE ACUERDO A LAS DIMENSIONES DE ARO OFERTADO.</p> <p>LLANTA DE REPUESTO: NEUMÁTICO CON ARO DE IGUALES CARACTERISTICAS A LAS SOLICITADAS, UBICADA EN LA PARTE EXTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN MEDICA CON SEGURO INCORPORADO.</p>

A14	SISTEMA ELÉCTRICO: BATERIA: 12 VOLTIOS, CON CAPACIDAD MINIMA 60 Ah COMO MINIMO. SISTEMA DE CARGA: ALTERNADOR CON CAPACIDAD QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN LA VEHICULO Y CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. LUCES DELANTERAS: HALOGENAS O XENON O LED. CON DOS (02) FAROS NEBLINEROS.
A15	ESCAPE DE GASES: LA EXPULSION DE LOS GASES DE COMBUSTIÓN DEBEN ESTAR UBICADOS DE TAL MANERA QUE NO INGRESEN A LA CABINA MEDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS, Y EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LA TOMA DE AIRE ACONDICIONADO O DUCTOS DE VENTILACION. PUEDE SER EL TENDIDO DE FORMA HORIZONTAL O VERTICAL. DEBE CUMPLIR COMO LIMITE MAXIMO PERMISIBLE DE EMISIONES ATMOSFERICAS VEHICULOS CON TECNOLOGIA EURO IV Ó EQUIVALENTE.
A16	ALTURA MINIMA AL SUELO: 200 mm.
A17	CAPACIDAD DE CARGA ÚTIL: MINIMO 400 kg DESPUÉS DE SU CONVERSIÓN A AMBULANCIA (SIN INCLUIR EQUIPOS MEDICOS, NI PERSONAL NI PACIENTE).
B	CABINA DE CONDUCCIÓN:
B01	DISEÑO DE FÁBRICA: COMPARTIMIENTO SEPARADO CON LA ZONA DE ATENCIÓN MÉDICA.
B02	ASIENTOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PARA PILOTO: TIPO BUTACA ORIGINAL DE FABRICA, CON RESPALDAR RECLINABLE Y ERGONOMICOS.</li> <li>• PARA COPILOTO Y OPCIONALMENTE UN ACOMPAÑANTE: TIPO BUTACA O BANCA ORIGINAL DE FÁBRICA, CON RESPALDAR Y ERGONOMICOS.</li> </ul>
B03	CINTURONES DE SEGURIDAD: ORIGINALES DE USO AUTOMOTRIZ, MINIMO DOS (02) DE TRES (03) PUNTOS Y UNO (01) DE DOS (02) PUNTOS PARA EL TERCER PASAJERO DE SER EL CASO.
B04	EQUIPO DE SONIDO: RADIO AM/FM CON CD Y DOS (02) PARLANTES: <b>RADIO AM/FM, CD (OPCIONAL), Y DOS (02) PARLANTES.</b>
B05	SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO: TIPO (FRIO/CALOR) MANUAL PARA CABINA DE CONDUCTOR.
B06	INSTRUMENTOS MÍNIMOS: VELOCIMETRO CON ODÓMETRO EN km. TACÓMETRO. MEDIDOR DE NIVEL DE COMBUSTIBLE. MEDIDOR DE TEMPERATURA DEL MOTOR. MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE PRESIÓN DE ACEITE. MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE CARGA DE BATERÍA.
C	CARROCERÍA Y/O CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA:
C01	CABINA DE ATENCION MEDICA ORGINAL DEL FABRICANTE DE LA AMBULANCIA, MONTADA SOBRE VEHÍCULO DE CARGA DE TRACCIÓN 4X4 O 4WD, CONTARÁ CON ADECUADA CALIDAD EN SUS ACABADOS Y CON ESPACIO PARA ALOJAR COMO MINIMO A UN (01) PACIENTE EN CAMILLA Y DOS (02) PERSONAS SENTADAS CON LA SUFICIENTE LIBERTAD PARA REALIZAR MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.
C02	DIMENSIONES INTERNAS DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 953-2006-MINSA QUE APRUEBA LA NTS N° 051-MINSA/OGDN - V.01, "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE" <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALTO: NO MENOR DE 120 cm***</li> <li>• LARGO: NO MENOR 190 cm</li> <li>• ANCHO: NO MENOR DE 130 cm</li> </ul> *** Altura medida en área de la ubicación de la butaca de la persona que asiste.
C03	<del>ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES: PAREDES LATERALES Y TECHO CON SOLIDEZ QUE GARANTICEN LA RESISTENCIA FRENTE A LAS CONSTANTES VIBRACIONES A LAS QUE ESTARÁ EXPUESTA EN CARRETERAS CARROZABLES. CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD ENTRE PANELES INTERNOS Y EXTERNOS PARA MANTENER LA TEMPERATURA CONSTANTE Y EL AISLAMIENTO ACUSTICO EN EL INTERIOR DE LA CABINA. DEBERÁ CUMPLIR CON LOS ESTANDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL.</del> <b>ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES: PAREDES LATERALES Y TECHO CON SOLIDEZ QUE GARANTICEN LA RESISTENCIA FRENTE A LAS CONSTANTES VIBRACIONES A LAS QUE ESTARÁ EXPUESTA EN CARRETERAS CARROZABLES. CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD ENTRE PANELES INTERNOS Y EXTERNOS PARA MANTENER LA TEMPERATURA CONSTANTE Y EL AISLAMIENTO ACÚSTICO EN EL INTERIOR DE LA CABINA. DEBERÁ CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.</b>
C04	PARED INTERNA Y SUPERFICIE INTERIOR: NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES. RECUBIERTO CON MATEERIAL IMPERMEABLE, SINTETICO, DE ALTO IMPACTO, TOTALMENTE DURO Y RESISTENTE A LOS RAYOS UV, COMPLETAMENTE LISAS, SIN POROSIDADES, LAVABLE, RETARDANTES DEL FUEGO, ANTIHONGO, ANTIPARASITO Y

	QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL. UNIFORME Y CONTINUA, COLOR CLARO.
C05	PISO: DE MATERIAL SINTETICO PLANO RETARDANTE DEL FUEGO, DE SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE, RESISTENTE AL DESGASTE DE UNA SOLA PIEZA, CON RECUBRIMIENTO FINAL, SIN OBSTACULOS NI DEFORMACIONES, SIN COSTURAS, NI UNIONES. PROTECCIÓN DE LA ZONA DE ACCESO DE LA CAMILLA CON UNA PLACA DE ALUMINIO O PLACA DE ACERO INOXIDABLE.
C06	<del>CAMILLA INSTALADA Y ANCLADA SOBRE EL PISO DE LA CABINA MÉDICA EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN: UNO DIRECTAMENTE AL PISO AL PIE DE LA CAMILLA Y OTRO VERTICAL DE TOMA LATERAL A LA CAMILLA O CON SUJECCION A LA ALTURA DE LA CABECERA ANCLADA AL PISO; SU DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS NI SISTEMA DE RIELES.</del> <b>CAMILLA INSTALADA Y ANCLADA SOBRE EL PISO DE LA CABINA MÉDICA EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN: I) UNO DIRECTAMENTE AL PISO AL PIE DE LA CAMILLA Y OTRO VERTICAL DE TOMA LATERAL A LA CAMILLA; O II) CON SUJECCIÓN A LA ALTURA DE LA CABECERA ANCLADA AL PISO; O III) CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN AL PISO.</b>
C07	EQUIPOS ELECTRICOS INSTALADOS DE MANERA SEGURA Y CON DISPOSITIVOS ANTI VIBRATORIOS Y DE FÁCIL ACCESO Y MANIPULACIÓN; PERMITIENDO ADEMÁS SER RETIRADOS DEL VEHÍCULO EN CASO DE NECESIDAD DE USO FUERA DE ÉL.
C08	SISTEMA ELÉCTRICO: TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DEDICADA CONECTADA AL SISTEMA DE CARGA DE LA UNIDAD MÓVIL. TABLERO DE FUSIBLES DE FÁCIL ACCESO. CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE, TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN. CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC, CANALIZADO, PROTEGIDO Y CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA, RESISTENTE A LA IGNICIÓN Y LIBRE DE HALÓGENOS. <del>UN CONVERTIDOR DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC y 220 VAC (04 UNIDADES VAC Y 04 UNIDADES VDC) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</del> <b>UN CONVERTIDOR DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC Y 220 VAC (02 UNIDADES VAC Y 02 UNIDADES VDC COMO MÍNIMO) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</b> LOS TOMACORRIENTES DE DIFERENTES TENSIONES NO DEBEN SER INTERCAMBIABLES. UN TOMACORRIENTE CON CONEXIÓN EXTERNA QUE PERMITA LA CARGA DE LOS EQUIPOS Y DEL CONVERTIDOR DESDE UNA FUENTE DOMICILIARIA CON TOMA A TIERRA (220 VAC). LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS, SEGÚN NORMAS. CABLE VULCANIZADO DE 30 METROS CON SUS CONECTORES ADAPTADOS Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO.
C09	SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO ADECUADO PARA LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA QUE INCLUYA UN SISTEMA DE RENOVACIÓN DE AIRE CON FILTRO, CON UN CALEFACTOR Y UN EXTRACTOR DE AIRE.
C10	SISTEMA DE OXIGENO MEDICINAL: DOS (02) TOMAS TIPO DISS EMPOTRADAS COMO MÍNIMO, CON UN COMPARTIMIENTO ADAPTADO, CON SISTEMA DE FIJACIÓN, PARA ALOJAR UNA (01) BOTELLA DE OXÍGENO DE TIPO M DE MANERA VERTICAL, SIN PÉRDIDA DE SUMINISTRO. CON SUS ACCESORIOS DE USO MEDICINAL (MANIFOLD, REGULADOR, FLUJÓMETROS, VÁLVULAS, CONECTORES Y MANGUERAS) DEBIDAMENTE NORMALIZADOS. TODOS LOS CONDUCTOS PARA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN SER VENTILADOS Y ACCESIBLES. LA INSTALACIÓN DE GASES NO DEBE SER COMPARTIDA CON LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS.
C11	<del>A NIVEL DEL TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</del> <b>A NIVEL DE TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO Y/O FIJO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</b>
C12	<del>PUERTA DE ACCESO: LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS DE FORMA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD, VENTANA (S) CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO.</del> <b>LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS DE FORMA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD, VENTANA CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO.</b> DISPONDRÁ DE PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE DE 1" Ø Y 2 mm DE ESPESOR O MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN. UNA PUERTA LATERAL DERECHA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO, CON VENTANA DE VIDRIO CORREDIZA O DE LUNA FIJA DE CALIDAD AUTOMOTRIZ, PAVONADA, CHAPAS DE ACERO CON LLAVE.
C13	<del>SISTEMAS DE PROTECCIÓN (ANTI-VUELCO): TIPO JAULA, CON PERFILES DE SECCIÓN TUBULAR O SECCIÓN EQUIVALENTE DE ALUMINIO O TUBO DE ACERO COMO MÍNIMO SCH40 O MONOBLOQUE O PROTECTOR DE POLIMERO ESTRUCTURAL, QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS OCUPANTES EN CASO DE VUELCO.</del> <b>SISTEMAS DE PROTECCIÓN (ANTI-VUELCO): TIPO JAULA, I) CON PERFILES DE SECCIÓN TUBULAR; O II) SECCIÓN EQUIVALENTE DE ALUMINIO; O, III) TUBO DE ACERO COMO</b>

	<b>MÍNIMO SCH40; O, IV) MONOBLOQUE; O, V) PROTECTOR DE POLÍMERO ESTRUCTURAL; O, VI) DE ACUERDO A CADA FABRICANTE. QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS OCUPANTES EN CASO DE VUELCO.</b>
C14	COLORES EXTERIORES: DISTINTIVOS ACORDE A NORMA NTS N°. 051-MINSA/OGDN-V.01 Y A LOS SOLICITADOS POR LA INSTITUCIÓN (EL DISEÑO DE PINTURA Y PLOTEO SERÁ PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD OPORTUNAMENTE AL POSTOR ADJUDICADO.
C15	ILUMINACIÓN INTERIOR DE LUZ BLANCA: MÍNIMO TRES (03) LAMPARAS LED, INTENSIDAD VARIABLE, INTERRUPCIÓN INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE. PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX DE MODO QUE NO ALTERE LOS COLORES NATURALES. UNA (01) LÁMPARA DE ACCIONAMIENTO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS.
C16	VENTANAS: VIDRIOS TEMPLADOS Y PAVONADOS
C17	SISTEMA ADICIONALES DE SEGURIDAD: EXTINTORES Y PASAMANOS SOBRE LAS PUERTAS E INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA.
C18	NIVEL DE RUIDO AL INTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN CONFORME A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 830-2012-MINSA.
D	MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA
D01	UN (01) GABINETE EMPOTRADO Y SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADO DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, CON ESTANTERÍA EN MATERIAL SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS. CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES.
D02	UN (01) GABINETE-ASIENTO, LONGITUDINAL TIPO CAJÓN, UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON COLCHONETA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O PARA TRANSPORTAR DOS (02) PERSONAS SENTADAS CON CINTURONES DE SEGURIDAD, TAPIZ IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, TAPA REBATIBLE, Y CAPACIDAD DE ALOJAMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPOS VARIOS, CON BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS.
D03	ASIENTO FIJO, CON CABEZAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01) UBICADO EN CABECERA DE LA UBICACIÓN DE LA CAMILLA. CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO.
D04	UNA (01) LÁMPARA DE LUZ LED PARA EXAMEN DEL PACIENTE.
E	ACCESORIOS
E01	UNA (01) BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE CUATRO ELEMENTOS, DE LUZ ESTROBOSCÓPICA CON LEDS. CON ALTAVOZ PARA INTEMPERIE MAYOR A 100 WATTS, EL MISMO QUE PUEDE SER INTEGRADO A LA BARRA DE LUCES O INDEPENDIENTE.
E02	UNA (1) SIRENA ELECTRÓNICA CON SISTEMA DE MANOS LIBRES.
E03	EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN: SOBRE UNIDAD MÓVIL, SINTONIZADO CON LA CENTRAL DE SU BASE DE OPERACIONES. (ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DETALLADAS EN LA SECCIÓN EQUIPO DE COMUNICACIONES).
E04	SISTEMA DE MONITOREO SATELITAL: (GPS) SERVICIO CUBIERTO POR LO MENOS DE 12 MESES. EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR CON LA ENTREGA DE LA UNIDAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE MONITOREO.</li> <li>COPIA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL MINISTERIO DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES (MTC).</li> <li>COPIA DE QUE EL PROVEEDOR DEL EQUIPO (GPS) Y SERVICIOS ES UN PRESTADOR INSCRITO EN EL MTC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DEL TUO DE LA LEY DEL MTC.</li> </ul>
E05	DOS (02) FAROZ DE LUZ HALÓGENA O LED FIJA O MULTIDIRECCIONAL, A AMBOS LADOS DEL VEHICULO.
E06	<del>DOS (02) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES O LED ESTROBOSCÓPICAS.</del> <b>MÍNIMO DOS (02) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES O LED ESTROBOSCÓPICAS</b>
E07	DOS (02) FAROS ANTINEBLA DELANTEROS 100 WATTS C/U O SU EQUIVALENTE EN LÚMENES COMO MÍNIMO.
E08	UN (01) JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO.
E09	UN (01) EXTINTOR DE PQS RECARGABLE EN LA CABINA AUTOMOTRIZ, 04 kg.
E10	CINTAS REFLECTIVAS, SEGÚN NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01.
F	HERRAMIENTAS BÁSICAS
F01	UNA (01) GATA HIDRÁULICA TIPO LAGARTO O CAIMÁN DE 2 TN COMO MÍNIMO.
F02	UN CABLE DE REMOLQUE TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS ADECUADO AL VEHÍCULO OFERTADO.
F03	UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA.
F04	UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL CON ALIMENTACIÓN DESDE EL ENCENDEDOR.
F05	UNA (01) LLAVE DE RUEDAS EN CRUZ.
F06	UN (01) DESARMADOR PLANO 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.
F07	UN (01) DESARMADOR ESTRELLA 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD  
LICITACION PUBLICA N° 18-2024-GERESA/LL-PRIMERA CONVOCATORIA

F08	UN JUEGO DE LLAVES MIXTAS PARA MECÁNICA DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.
F09	UN JUEGO DE DADOS PARA MECÁNICA CON PALANCA, MILIMÉTRICAS DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.
F10	DOS (02) LLAVES FRANCESAS UNA DE 8 PULGADAS MÍNIMO Y OTRA DE 10 PULGADAS MÍNIMO.
F11	UN (01) ALICATE DE CORTE DE 8 PULGADAS MÍNIMO.
F12	UN (01) ALICATE DE PRESIÓN DE 8 PULGADAS MÍNIMO.
F13	UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS.
F14	<del>UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRO ELÉCTRICO DE 12 V/CC Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/min.</del> <b>UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRO ELÉCTRICO DE 12 VOLTIOS COMO MÍNIMO Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/MIN.</b>
G	GARANTÍA:
G01	PARA EL VEHÍCULO Y CABINA MÉDICA: 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.
G02	PARA EL EQUIPAMIENTO MÉDICO: 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.
H	MANTENIMIENTO PREVENTIVO (AMBULANCIA Y EQUIPO MÉDICO).
H01	<del>MANTENIMIENTO PREVENTIVO: OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHÍCULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MÉDICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL, OXÍMETRO DE PULSO, MONITOR, DESFIBRILADOR PORTÁTIL);</del> <b>OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHÍCULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MÉDICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL),</b> CON FRECUENCIA SEGÚN RECOMENDACIÓN DEL FABRICANTE.
I	MANUALES:
I01	MANUALES DE USUARIO Y DE SERVICIO TÉCNICO PARA LOS EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y SOLO MANUALES DE USUARIO O INSTRUCTIVO DE USO PARA LOS EQUIPOS DE BAJA COMPLEJIDAD; TODOS EN IDIOMA ESPAÑOL, LOS CUALES SE ENTREGARÁN CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA Y EL EQUIPO MEDIO, SI ESTOS MANUALES SE ENCONTRARAN EN IDIOMA EXTRANJERO, ADICIONALMENTE SE ENTREGARÁ LA TRADUCCIÓN.
J	PRUEBA DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, PROTOCOLOS DE PRUEBAS E INSPECCIÓN TÉCNICA:
J01	DEBERÁ SER PUESTO A PRUEBA Y FUNCIONAMIENTO DE TODOS SUS COMPONENTES. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS PRUEBAS DE ENSAYO Y/O FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES, POR EL PERSONAL ESPECIALIZADO, BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS.
	AMBULANCIA: PRUEBAS DE OPERATIVIDAD DE LA UNIDAD, VENTILACIÓN, INSTALACIONES DE OXÍGENO, INSTALACIÓN ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN, MATERIALES Y CONDICIONES FÍSICAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS QUE CORRESPONDA.
	EQUIPOS MÉDICOS: PRUEBAS DE OPERATIVIDAD Y VERIFICACIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
J02	LOS PROTOCOLOS DE PRUEBAS DEBERÁN PRESENTARSE CON ANTERIORIDAD A LA RECEPCIÓN DE LA AMBULANCIA.

EQUIPAMIENTO PARA AMBULANCIAS			
TIPO	ITEM	DENOMINACIÓN DEL EQUIPAMIENTO	CANT
Ambulancia Tipo I	1	ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	1
	2	CAMILLA TELESCÓPICA	1
	3	CHALECO DE EXTRICACION	1
	4	CILINDRO DE OXIGENO TIPO D	1
	5	CILINDRO DE OXIGENO TIPO M	1
	6	ESTETOSCOPIO ADULTO	1
	7	ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1
	8	JUEGO DE FÉRULAS	1
	9	LINTERNA PARA EXAMEN	1
	10	MALETIN DE MEDICAMENTOS	1
	11	MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA	1
	12	PANTOSCOPIO	1
	13	SET DE COLLARINES CERVICALES	1
	14	SILLA DE RUEDAS PLEGABLE	1



	15	TABLA RÍGIDA	1
	16	TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1
	17	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO	1
	18	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL	1
	<b>EQUIPO DE COMUNICACIONES</b>		
	19	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL	1
	20	HANDY	2
<b>TOTAL</b>			<b>21</b>

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y FLUIDOS DE PACIENTES TRANSPORTADOS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	EQUIPO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PORTATIL, DISEÑADO PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA).
A02	INDICADOR DE PRESION NEGATIVA.
A03	<del>CON FILTRO ANTIBACTERIANO.</del> <b>CON FILTRO ANTIBACTERIANO o FILTRO DE BACTERIA HIDROFOBICO</b>
A04	DE ESTRUCTURA EN ABS ANTIGOLPES
A05	ASA INTEGRADA AL EQUIPO.
A06	LA PREINSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE.
<b>A07</b>	<b>BOMBA DE VACÍO</b>
A08	PRESION REGULABLE
A09	RANGO DE PRESION DE VACIO: DE 0 HASTA 600 mm Hg O MAYOR VACIO.
A10	CON BAJO DE NIVEL DE RUIDO, IGUAL O MENOR A 70 dB.
A11	CAPACIDAD DE SUCCION CONTINUA DE 30 LPM Ó MÁS
<b>A12</b>	<b>FRASCO RECOLECTOR</b>
A13	UN (01) FRASCO CON CAPACIDAD EFECTIVA DE UN (01) LITRO o MAS.
A14	DE PLASTICO TRANSPARENTE (POLISULFONA O POLICARBONATO O POLIPROPILENO) CON ESCALA DE MEDIDA.
A15	ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
A16	DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CONTRA REBOSE O SOBRE FLUJO
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS</b>
B01	UN (01) FRASCO RECOLECTOR DE REPUESTO CON ESCALA GRADUADA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS SOLICITADOS.
B02	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTOS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTO O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE ADULTO</b>
B03	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE PEDIÁTRICAS</b>
B04	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE NEONATAL</b>
B05	<del>DIEZ (10) FILTROS ANTIBACTERIANO</del> <b>DIEZ FILTROS ANTIBACTERIANOS o FILTROS DE BACTERIAS HIDROFOBICOS</b>
B06	TUBO DE SILICONA FLEXIBLE.
B07	BOLSA DE TRANSPORTE PARA EL EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES Y SUS ACCESORIOS.
B08	DISPOSITIVO DE SOPORTE.
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
C01	SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DE LA AMBULANCIA
C02	CON BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 45 MINUTOS
C03	APTO PARA FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ

ESPECIFICACIONES TECNICAS
MOBILIARIO
CAMILLA TELESCÓPICA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS Y AÉREAS PRE HOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	SISTEMA DE DOBLE FIJACIÓN AL VEHÍCULO
A02	<del>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO REFORZADO O ACERO INOXIDABLE.</del> <b>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O X O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO O DURALUMINIO O ACERO INOXIDABLE.</b>
A03	MÍNIMO DOS (02) RUEDAS GIRATORIAS, DE 12 cm DE DIAMETRO COMO MÍNIMO, CON DISPOSITIVO PARA FRENO POR LO MENOS EN DOS DE SUS RUEDAS.
A04	<del>DE MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (COMO MÍNIMO SEIS POSICIONES), CONTROLADOS MANUALMENTE, PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</del> <b>DE 02 MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (MÍNIMO ALTO Y BAJO) CONTROLADOS MANUALMENTE POR CUALQUIERA DE LOS DISPOSITIVOS PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</b>
A05	ADOPTA POSICION FOWLER; CAPACIDAD DE ADOPTAR POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.
A06	RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE RPC O SHOCK.
A07	DOS BARANDAS LATERALES DESLIZABLES ó PLEGABLES ó RETRACTILES.
A08	COLCHONETA CON CUBIERTA DE MATERIAL A PRUEBA DE HUMEDAD Y DE FACIL DESINFECCION.
A09	CON SISTEMA DE RUEDAS ADICIONALES PARA SUBIR LA CAMILLA A LA AMBULANCIA.
A10	CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 200 KILOS.
A11	CON CAPACIDAD PARA ALOJAR BALON DE OXIGENO PORTÁTIL DE FORMA SEGURA O UN MECANISMO DE SOPORTE DE FIJACIÓN.
A12	<del>CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</del> <b>OPCIONAL: CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</b>
A13	<del>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL: EN 1865 Y EN 1789, CERTIFICADO ISO 13485:2016. CERTIFICADOS A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA</del> <b>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL: EN 1865 Y/O EN 1789 Y/O CERTIFICADO ISO 13485:2016. CERTIFICADOS A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA</b>
B	ACCESORIOS
B01	UN (01) GANCHO O MECANISMO DE SEGURIDAD INGRESO Y SALIDA EN LA AMBULANCIA O SEGÚN EL DISEÑO DE CADA FABRICANTE. (OPCIONAL)
B02	LONA PARA TRANSFER CON ASAS (TRANSFER FLAT).
B03	UN (01) PORTA SUERO TELESCÓPICO.
B04	<del>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECCIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO Y CIERRE FACIL IMPERMEABLE A LIQUIDOS Y FLUIDOS CORPORALES.</del> <b>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECCIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO</b>

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
CHALECO DE EXTRICACION

<b>DEFINICION FUNCIONAL:</b> PARA USO DE PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE.
--

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	QUE PERMITA USO SIMULTÁNEO DE COLLARÍN CERVICAL.
A02	CAPACIDAD DE INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL.
A03	REFORZADO CON VARILLAS.
A04	TRANSPARENTE A LOS RAYOS X.
A05	MATERIAL POLIVINILO LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE. <b>MATERIAL POLIVINILO O RECUBIERTO CON VINILO, LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE.</b>
A06	USO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y EMBARAZADAS.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
B01	ALMOHADA PARA LA NUCA.
B02	BANDA PARA LA NUCA Y BARBILLA
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS</b>
C01	BOLSA DE TRASLADO CON ASA.
C02	CORREAS CODIFICADAS POR COLOR CON CLIP DE SEGURIDAD.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO D</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 425 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO, TIPO D.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DURANTE EL TRASLADO EN CAMILLA FUERA DE LA AMBULANCIA.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO (CGA-870).
B04	REGULADOR CON MANÓMETRO DE OXÍGENO.
B05	FLUJOMETRO DE 0 A 15 LPM Ó MAYOR.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	UN (01) HUMIDIFICADOR REUSABLE, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO M</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 3,450 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE, TIPO M. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO TIPO M.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-540).
B03	CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA TIPO GRIFO.

B04	MANÓMETRO DE OXÍGENO DE 0 A 2500 PSI O MÁS, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI PARA LA ALIMENTACIÓN DE LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
B05	DOS (02) FLUJOMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	DOS (02) HUMIDIFICADORES REUSABLES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO ADULTO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES ADULTOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE
A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA)
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE.

A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA).
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>JUEGO DE FÉRULAS</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS Y QUE REQUIEREN INMOVILIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES,

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	RÍGIDA CON ALMA FLEXIBLE DE ALEACIÓN DE ALUMINIO.
A02	DE MATERIAL LAVABLE, NO ABSORBENTE A FLUIDOS Y SECRECIONES.
A03	SISTEMA DE FIJACIÓN O SUJECCIÓN POR VELCRO.
A04	NO DEBE TENER VÁLVULAS, BOMBAS
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	UN JUEGO DE FÉRULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, COMPRENDE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MUÑECA.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR ANTEBRAZOS DE ADULTOS O PIERNAS DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR TOBILLO O CODO.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS SUPERIORES DE ADULTOS O INFERIORES DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES DE ADULTOS.</li> </ul>
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	CON BOLSA DE TRANSPORTE.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>LINTERNA PARA EXAMEN</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** UTILIZADO PARA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE TRATAMIENTO

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	LINTERNA PARA EXAMEN LED (LUZ BLANCA).
A02	CLIP TIPO LAPICERO.
A03	PARA USO MÉDICO.
A04	MANGO A PILAS.

<b>B</b>	<b>ACCESORIOS</b>
B01	UN (01) JUEGO DE BATERÍAS DE REPUESTO
B02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO.
B03	UN CARGADOR PARA BATERÍAS.
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
C01	PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>MALETIN DE MEDICAMENTOS</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** CONTENDRÁ MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES PARA BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA EN PACIENTES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	<p><del>MALETÍN DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO.</del></p> <p><b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b></p>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES Y CAÍDAS, DE USO CONSTANTE Y DURABLE.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
B01	DEBE ALBERGAR COMO MÍNIMO LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES INDICADOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD N°051-MINSA/OGDN-V0.1. (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES)



ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES CON PARO RESPIRATORIO Y/O ALTERACIONES OXIGENATORIAS O VENTILATORIAS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	<del>MALETÍN DISEÑADO PARA EMERGENCIAS, COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON ESPACIOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO.</del> <b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES, CAÍDAS Y USO CONSTANTE, DURABLE.
B	COMPONENTES:
B01	RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS:
B02	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR DE 1200 CC.
B03	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES ADULTOS DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B04	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA PEEP REGULABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B04	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B05	RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO:
B06	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR A 450 CC Y MENOR A 1000 CC.
B07	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B08	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBRE PRESIÓN (RELIEF) ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B09	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B10	LARINGOSCOPIO:
B11	CON SISTEMA DE ILUMINACIÓN DE FIBRA ÓPTICA, LÁMPARA DE XENÓN O LED, CON TRES HOJAS DE ACERO INOXIDABLE.
B12	DE DIFERENTES TAMAÑOS, REUSABLES Y AUTOCLAVABLES, PARA PACIENTES ADULTOS TIPO MACINTOSH; UNA HOJA PARA PACIENTES. PEDIÁTRICOS TIPO MACINTOSH REUSABLE Y AUTOCLAVABLES; TRES HOJAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS TIPO MILLER REUSABLE.
B13	UN MANGO PARA PILAS.
B14	SET DE TUBOS OROFARÍNGEOS:
B15	TIPO MAYO DE DIFERENTES TAMAÑOS: MÍNIMO 12 UNIDADES
B16	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (OROTRAQUEAL CON CUFF):
B17	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B18	VEINTE (20) GUÍAS DESECHABLES.
B19	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (NASOTRAQUEAL SIN CUFF):
B20	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B21	SET DE TUBOS NASOFARÍNGEOS PREFORMADOS:
B22	DOCE (12) UNIDADES: 6 ADULTOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO) Y 6 PEDIÁTRICOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO)
B23	MÁSCARAS LARÍNGEAS DESCARTABLES:
B24	CINCO (05) UNIDADES: 2 PEDIÁTRICOS Y 3 ADULTOS.
B25	01 PINZA TIPO MAGILL PEDIÁTRICO.
B26	01 PINZA TIPO MAGILL ADULTO
B27	01 BOTELLA DE ALUMINIO PARA OXÍGENO PORTÁTIL CON REGULADOR Y FLUJÓMETRO TIPO M-9, PARA SER TRANSPORTADO DENTRO DEL MALETÍN. BOTELLA LLENA A PRESIÓN MÁXIMA.
B28	ABREBOCA.
B29	DEPRESOR LINGUAL BUCHWALD DE ACERO QUIRÚRGICO.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
PANTOSCOPIO

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO MÉDICO USADO EN EL EXAMEN VISUAL DE LA PARTE BUCAL, VISTA Y OÍDO DEL PACIENTE ADULTO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	SET DE DIAGNÓSTICO QUE INCLUYE OFTALMOSCOPIO, OTOSCOPIO Y ACCESORIOS, PARA PACIENTE ADULTO.
A02	EL MATERIAL METALICO DEL PANTOSCOPIO, DEBE SER METALICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN.
B	OTOSCOPIO:
B01	APTO PARA TRABAJO CON ESPÉCULOS DE MATERIAL PLÁSTICO O SIMILAR DE TAMAÑOS DIFERENTES.
B02	CON LUPA PARA VISUALIZACIÓN TIMPÁNICA.
B03	SISTEMA DE ILUMINACION POR LAMAPARA LED.
B04	CAPACIDAD PARA OTOSCOPIA NEUMÁTICA.
B05	ESPECULO NASAL AJUSTABLE ADOSABLE AL OTOSCOPIO.
C	OFTALMOSCOPIO:
C01	COMPUESTO POR DIAFRAGMA DE RUEDA, DIAFRAGMA LINEAL VERTICAL.
C02	CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -25 D HASTA +25 D O RANGO MÁS AMPLIO, EN PASOS INDIVIDUALES. <b>CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -20 D HASTA +25D O RANGO MAS AMPLIO O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
C03	APERTURA PARA ILUMINACIÓN DE HENDIDURA.
C04	FILTRO PARA ILUMINACIÓN LIBRE DE ROJO (FILTRO VERDE).
C05	FILTRO PARA USO DE FLUORESCENCIA.
C06	BANCO DE DIAFRAGMAS PARA USO EN PUPILAS PEQUEÑAS Y DILATADAS.
C07	ILUMINACIÓN POR LÁMPARA LED O XENON.
D	PORTALÁMPARAS NASO-RINO-LARINGEO:
D01	ILUMINACIÓN DE PORTALÁMPARAS CON LÁMPARA DE LUZ LED O XENÓN
D02	JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
D03	CON SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
E	MANGO:
E01	MANGO RECARGABLE PARA USO COMPARTIDO ENTRE OFTALMOSCOPIO Y OTOSCOPIO CON REGULADOR DE INTENSIDAD DE LUMINOSA (POTENCIÓMETRO).
E02	CONSTRUIDO EN MATERIAL METÁLICO, CON SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE.
E03	CON ENCAJE PRACTICO Y RÁPIDO PARA INTERCAMBIO DE CABEZALES.
E04	FUNCIONAMIENTO CON FUENTE DE BATERIA RECARGABLE INCORPORADA.
F	ACCESORIOS INCLUIDOS EN TODO EL SET:
F01	LÁMPARAS DE REPUESTO PARA: (01) OFTALMOSCOPIO, (01) OTOSCOPIO
F02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO PARA PORTALÁMPARAS.
F03	UN (01) JUEGO DE ESPÉCULOS REUTILIZABLES DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F04	UN (01) PERA PARA PRUEBA NEUMÁTICA COMPATIBLE AL OTOSCOPIO.
F05	UN (01) PORTALÁMPARAS.
F06	UN (01) JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F07	UN (01) SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
F08	DOS (02) JUEGOS DE BATERIA RECARGABLE, (UN JUEGO ESTÁNDAR Y OTRO DE REPUESTO).
F09	UN (01) CARGADOR DE BATERÍAS ORIGINAL DE FÁBRICA, ALIMENTADO A TENSIÓN DE 220 VAC 60 HZ, SEGÚN DISEÑO DEL FABRICANTE.
F10	UN (01) ESTUCHE CONTENEDOR DEL SET.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
SET DE COLLARINES CERVICALES	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA INMOVILIZACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTES CON TRAUMA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	TRES (03) TAMAÑOS COMO MÍNIMO.
A02	RADIO COMPATIBLE CON RX, TAC Y MRI.
A03	CON ORIFICIO PARA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA
A04	RÍGIDO CON CUBIERTA PLÁSTICA PARCIAL
A05	TIRA DE VELCRO O CIERRE REGULABLE.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
MOBILIARIO	
SILLA DE RUEDAS PLEGABLE	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA EVACUAR A PACIENTES DISCAPACITADOS POR ESCALERAS DE EDIFICIOS O ESPACIOS CONFINADOS DE FORMA CÓMODA Y SEGURA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	BASTIDOR PLEGABLE DE ALUMINIO LIGERO Y MANIOBRABLE.
A02	CAPACIDAD DE CARGA COMO MÍNIMO DE 150 kg.
A03	CON CUATRO (04) EMPUÑADURAS PLEGABLES EN EL RESPALDO.
A04	EN LA PARTE INFERIOR CON DOS (02) EMPUÑADURAS TELESCÓPICAS.
A05	CON ASIENTO Y RESPALDO DE NYLON RECUBIERTO DE VINILO O LONA SINTÉTICA O MATERIAL DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE, DE FÁCIL LIMPIEZA DE MANCHAS, SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.
A06	CON CUATRO (04) RUEDAS, MÍNIMO DOS (02) RUEDAS CON FRENO.
A07	CINTURÓN O CORREA DE SEGURIDAD PARA INMOVILIZAR AL PACIENTE.
A08	CON SISTEMA DE ANCLAJE PARA PARED Y/O PISO DE LA AMBULANCIA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
TABLA RÍGIDA	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA INMOVILIZAR A PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE COLUMNA E INMOVILIZADOR DE CABEZA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	MATERIAL SINTETICO DE ALTA DENSIDAD

A02	TRASLÚCIDO A LOS RAYOS X.
A03	PESO LIVIANO MENOR A 8 kg.
A04	TABLA PARA PACIENTE ADULTO.
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS</b>
B01	INMOVILIZADOR DE CABEZA, REUSABLE, IMPERMEABLE, CON FIJACIÓN PARA FRENTE Y MANDÍBULA.
B02	TRES (03) SUJETADORES PARA PIERNA, CINTURA Y TÓRAX.
B03	CON CORREA TIPO "ARAÑA" (SPIDER STRAP)

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG. CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIABLES
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA GRANDE • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA ESTÁNDAR
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO</b>

**DEFINICIÓN FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG, CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIABLES
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: • UNO (01) PARA PACIENTE PEDIÁTRICO • UNO (01) PARA PACIENTE INFANTE
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
OXÍMETRO DE PULSO

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO NO INVASIVO UTILIZADO PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXIGENO (SPO2), Y LA FRECUENCIA DEL PULSO DE PACIENTES A BORDO DE LA AMBULANCIA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	PROCESAMIENTO DIGITAL DE LA SEÑAL.
A02	VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA.
A03	<b>PARAMETROS DE MEDICION:</b>
A04	SATURACION ARTERIAL DE OXIGENO (SPO2): DEL 70% O MENOS AL 99% O MÁS.
A05	FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM A 230 BPM O RANGO DE MAYOR AMPLITUD. <b>FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM O MENOS A 230 BPM O MAS</b>
A06	<b>RESOLUCION:</b>
A07	SATURACION (SPO2%): +/- 3% O MÁS PRECISO.
A08	PULSE RATE (BPM): 1BPM.
<b>A09</b>	<b>ALARMAS AUDIOVISUALES:</b>
A10	DE SpO2, NIVEL ALTO Y BAJO.
A11	DE BPM, NIVEL ALTO Y BAJO
A12	INDICADOR DEL ESTADO DE LA BATERIA.
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
B01	TRES (03) SENSOR REUSABLES TAMAÑO ADULTO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B02	DOS (02) SENSOR REUSABLES TAMAÑO PEDIATRICO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B03	UN (01) SENSOR REUSABLE NEONATAL O SEIS DESCARTABLES.
B04	DOS (02) JUEGOS DE BATERIA RECARGABLE, UNA ESTANDAR Y LA OTRA DE REPUESTO. <b>UN (01) BATERIA RECARGABLE.</b>
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO ELÉCTRICO:</b>
C01	FUENTE DE BATERIA INCORPORADA RECARGABLE AUTONOMIA DE 04 HORAS COMO MINIMO. <b>FUENTE DE BATERIA INCORPORADA RECARGABLE AUTONOMIA DE 04 HORAS COMO MINIMO.</b>
C02	SOPORTE CARGADOR DE BATERIAS ALIMENTADO A RED ELECTRICA.

**EQUIPO  
DE COMUNICACIONES**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN CON PANTALLA ILUMINADO PARA SER UTILIZADO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EQUIPO ITINERANTE
A03	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION TIPO VHF DE BUENA CALIDAD CON LAS FRECUENCIAS PROGRAMADAS DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625MHz UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZY TX 171.930 MHZ
A04	<del>NUMERO DE CANALES 1000 PROGRAMABLES</del> <b>NUMERO DE CANALES 68 CANALES O MAYOR PROGRAMABLES</b>
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	<del>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55, MIL-STD810-G</del> <b>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55 O SUPERIOR, Y/O MIL-STD810</b>
A07	BLOQUEO DE CANAL OCUPADO
A08	<del>LLAMADA SELECTIVA, GPS, BLUETOOTH, MENSAJES DE TEXTO, PROGRAMABLE EN ESPAÑOL</del> <b>LLAMADA SELECTIVA O GPS U OTRO PROGRAMABLE.</b>
A09	PASSWORD DE SEGURIDAD
A10	IDENTIFICADOR DE LLAMADAS POR PTT-ID
A11	PROGRAMABLE Y AJUSTABLE POR PC SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO
A12	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PRIVADA CON CERTIFICACIÓN DE HOMOLOGACIÓN OTORGADO POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DEL PERÚ
B	COMPONENTES
	TRANSMISOR
B01	POTENCIA DE SALIDA 50 WATTS
	RECEPTOR
B02	POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: 4 WATTS
	ANTENA MOVIL
B03	ANTENA MOVIL TIPO VHF/FM SINTONIZADA A LA FRECUENCIA DE OPERACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD GANANCIA DE 3DB O MAYOR, COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE RADIO INCLUYE ACCESORIOS PARA SU INSTALACION EN LA AMBULANCIA. IMPEDANCIA DE ANTENA: 50 OHMIOS
B04	ANTENA GPS
C	ACCESORIOS
B04	CLIP COLGADOR DE MICROFONO
B05	BRACKET, CABLES DE ALIMENTACIÓN Y FUSIBLES DE REPUESTO

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
HANDY

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON HANDY Y EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF ENTRE HANDY CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	DOS (02) HANDY DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL AMBULANCIA Y COBERTURA EN FRECUENCIA DE 136 A 174 MHZ
A03	EL EQUIPO ESTARÁ PRESINTONIZADO CON LAS FRECUENCIAS RADIALES DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625 MHZ UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZ Y TX 171.930 MHZ
A04	POTENCIA DE SALIDA 5.0 WATTS
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP68, MIL-STDG
A07	PANTALLA LCD ALFANUMERICO A COLORES CON BACKLIGHT
A08	CODIFICADOR DE DTMF, CTCSS Y DTCS
A09	<del>4000 CANALES</del> <b>MINIMO 200 CANALES</b>
A10	<del>GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</del> <b>OPCIONAL: GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</b>
A11	PROGRAMABLE POR PC (SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO)
A12	INCLUYE ANTENA DE LA MISMA MARCA
B	ACCESORIOS
B01	CARGADOR DE BATERIA DE MESA
B02	ADAPTADOR PARA CARGA EN VEHÍCULO
B03	CLIP COLGADOR
B04	DOS (02) BATERIAS (CON CLIP AMBAS)
B05	<del>MICRÓFONO PARLANTE MINIMO IP56</del> <b>MICRÓFONO PARLANTE O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>



**AMBULANCIA RURAL  
TIPO II**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
VEHÍCULO
AMBULANCIA RURAL TIPO-II

**DEFINICION FUNCIONAL:** VEHÍCULO CON EQUIPOS APROPIADOS PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO, INESTABLES QUE REQUIERAN ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA DURANTE EL TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

A.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VEHÍCULO
A01	<p>VEHÍCULO ORIGINAL DE FABRICA DE DOBLE TRACCIÓN, Y/O CARROZADA SOBRE VEHICULO DE TRACCIÓN 4X4 O 4WD, PARA EL TRANSPORTE O TRASLADO SEGURO DE PACIENTES, PERSONAS EN ESTADO CRITICO DE SALUD.</p> <p>DEBERÁN CUMPLIR LOS REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS QUE REQUIEREN LOS VEHÍCULOS, PARA QUE: INGRESEN, SE REGISTREN, TRANSITEN, OPEREN Y SE RETIREN DEL SISTEMA NACIONAL DE TRANSPORTE, ESTABLECIDO EN EL D.S. N° 058-2003-MTC, MODIFICADO POR LOS DECRETOS SUPREMOS: N° 005-2004-MTC, 014-2004-MTC, 035-2004-MTC, 002-2005-MTC, 012-2005-MTC, 017-2005-MTC, 008-2006-MTC, 012-2006-MTC Y 023-2006-MTC Y DIRECTIVA N° 002-2006-MTC/15 APROBADA CON LA R.D. N° 4848-2006-MTC/15.</p> <p>ASÍ MISMO TENER COMO REFERENCIA LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS DE LA NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 APROBADA CON R.M. N° 953-2006-MINSA Y SU MODIFICATORIA EN LA R.M. N° 830-2012/MINSA.</p>
A02	<del>AÑO DE MODELO: AÑO SIGUIENTE DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA.</del> <b>MINIMO 2024</b>
A03	<b>CONDICION:</b> NUEVA SIN USO
A04	<b>CHASIS O VEHICULO BASE:</b> ACORDE A DIMENSIONES Y PESO DE LA CARROCERÍA INCLUYENDO EQUIPOS MÉDICOS BÁSICOS, ACCESORIOS Y TRES (03) PERSONAS. CAPAZ DE FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE EN ZONAS RURALES CON CAMINOS ACCIDENTADOS, INCLINADOS, FANGOSOS DE COSTA, SELVA Y SIERRA CON ALTURAS POR ENCIMA DE LOS 4,000 MSNM. EL CENTRO DE GRAVEDAD Y EQUILIBRIO DEBERÁ SER ESTABLE.
A05	<del>MOTOR: DIESEL TURBO ALIMENTADO, REFRIGERADO POR AGUA O MOTOR DIESEL TURBO INTERCOOLER DE GEOMETRÍA VARIABLE.</del> <b>DIESEL TURBO ALIMENTADO, REFRIGERADO AGUA O MOTOR DIESEL TURBO INTERCOOLER.</b>
A06	<b>CILINDRADA DE MOTOR:</b> NO MAYOR DE 3,000 c.c.
A07	<b>POTENCIA DE MOTOR</b> COMO MÍNIMO DE 145 HP Y <b>TORQUE DE MOTOR</b> NO MENOR DE 40.0 kgf-m.
A08	<b>SISTEMA DE DIRECCIÓN:</b> ELECTRICA Y/O ELECTRONICA O HIDRÁULICA SERVO ASISTIDA, O HIDRÁULICA, PIÑON Y CREMALLERA ASISTIDA O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE, TIMÓN ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO.
A09	<del>TRANSMISIÓN: SISTEMA DE TRANSMISIÓN MECÁNICA, CON CAJA DE CAMBIOS DE 5 VELOCIDADES COMO MÍNIMO HACIA DELANTE Y UNA DE RETROCESO.</del> <b>SISTEMA DE TRANSMISIÓN MECÁNICA O MANUAL, CON CAJA DE CAMBIOS DE 5 VELOCIDADES COMO MÍNIMO HACIA DELANTE Y UNA DE RETROCESO.</b>
A10	<b>TRACCIÓN:</b> 4X4 O 4WD, TODO TERRENO, CON CAJA DE TRANSFERENCIA MECÁNICA O MEJOR TECNOLOGÍA, SELECTOR DE CAMBIO DE TRACCIÓN EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN.
A11	<p><b>SISTEMA DE FRENOS:</b> SERVICIO ASISTIDO DE DOBLE CIRCUITO INDEPENDIENTE TIPO HIDRÁULICO.</p> <p><b>FRENOS DELANTEROS:</b> DISCOS VENTILADOS.</p> <p><b>FRENOS POSTERIORES:</b> DISCOS O TAMBORES.</p> <p>FRENO DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA.</p> <p>DEBE DE CONTAR CON SISTEMA ABS (ANTIBLOQUEO).</p>
A12	<del>SISTEMA DE SUSPENSIÓN: DE AMORTIGUACIÓN PARA TRABAJO PESADO.</del> <b>DE AMORTIGUACIÓN PARA TRABAJO PESADO O DE ACUERDO AL DISEÑO DEL FABRICANTE</b> <b>DELANTERA:</b> BALLESTAS Y NEUMÁTICA O INDEPENDIENTE TIPO MC PHERSON CON DOBLE ORQUILLA Y BARRA ESTABILIZADORA DELANTERA O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE <b>POSTERIOR:</b> EJE RIGIDO CON MUELLES SEMI ELIPTICOS (TIPO BALLESTAS). O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE
A13	<p><b>RUEDAS Y NEUMÁTICOS:</b> DIÁMETRO DEL ARO DE ACERO NO MENOR DE 16 PULGADAS. TIPO DE NEUMÁTICOS: TODO TERRENO DE ACUERDO A LAS DIMENSIONES DE ARO OFERTADO.</p> <p><b>LLANTA DE REPUESTO:</b> NEUMÁTICO CON ARO DE IGUALES CARACTERISTICAS A LAS SOLICITADAS, UBICADA EN LA PARTE EXTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN MEDICA CON SEGURO INCORPORADO.</p>
A14	<b>SISTEMA ELÉCTRICO:</b>

	<p><b>BATERIA:</b> 12 VOLTIOS, CON CAPACIDAD MINIMA 60 Ah COMO MINIMO.</p> <p><b>SISTEMA DE CARGA:</b> ALTERNADOR CON CAPACIDAD QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN LA VEHICULO Y CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA.</p> <p><b>LUCES DELANTERAS:</b> HALOGENAS O XENON O LED. CON DOS (02) FAROS NEBLINEROS.</p>
A15	<p><b>ESCAPE DE GASES:</b> LA EXPULSION DE LOS GASES DE COMBUSTIÓN DEBEN ESTAR UBICADOS DE TAL MANERA QUE NO INGRESEN A LA CABINA MEDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS, Y EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LA TOMA DE AIRE ACONDICIONADO O DUCTOS DE VENTILACION. PUEDE SER EL TENDIDO DE FORMA HORIZONTAL O VERTICAL. DEBE CUMPLIR COMO LIMITE MAXIMO PERMISIBLE DE EMISIONES ATMOSFERICAS VEHICULOS CON TECNOLOGIA EURO IV Ó EQUIVALENTE.</p>
A16	<p><b>ALTURA MINIMA AL SUELO:</b> 200 mm.</p>
A17	<p><b>CAPACIDAD DE CARGA ÚTIL:</b> MINIMO 400 kg DESPUÉS DE SU CONVERSIÓN A AMBULANCIA (SIN INCLUIR EQUIPOS MEDICOS, NI PERSONAL NI PACIENTE).</p>
<b>B</b>	<p><b>CABINA DE CONDUCCIÓN:</b></p>
B01	<p><b>DISEÑO DE FÁBRICA:</b> COMPARTIMIENTO SEPARADO CON LA ZONA DE ATENCIÓN MÉDICA.</p>
B02	<p><b>ASIENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARA PILOTO:</b> TIPO BUTACA ORIGINAL DE FABRICA, CON RESPALDAR RECLINABLE Y ERGONOMICOS.</li> <li>• <b>PARA COPILOTO Y OPCIONALMENTE UN ACOMPAÑANTE:</b> TIPO BUTACA O BANCA ORIGINAL DE FÁBRICA, CON RESPALDAR Y ERGONOMICOS.</li> </ul>
B03	<p><b>CINTURONES DE SEGURIDAD:</b> ORIGINALES DE USO AUTOMOTRIZ, MINIMO DOS (02) DE TRES (03) PUNTOS Y UNO (01) DE DOS (02) PUNTOS PARA EL TERCER PASAJERO DE SER EL CASO.</p>
B04	<p><b>EQUIPO DE SONIDO:</b> RADIO AM/FM CON CD Y DOS (02) PARLANTES. <b>RADIO AM/FM, CD (OPCIONAL), Y DOS (02) PARLANTES.</b></p>
B05	<p><b>SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO:</b> TIPO (FRIO/CALOR) MANUAL PARA CABINA DE CONDUCTOR.</p>
B06	<p><b>INSTRUMENTOS MÍNIMOS:</b> VELOCIMETRO CON ODÓMETRO EN km. TACÓMETRO. MEDIDOR DE NIVEL DE COMBUSTIBLE. MEDIDOR DE TEMPERATURA DEL MOTOR. MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE PRESIÓN DE ACEITE. MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE CARGA DE BATERÍA.</p>
<b>C</b>	<p><b>CARROCERÍA Y/O CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA:</b></p>
C01	<p>CABINA DE ATENCION MEDICA ORIGINAL DEL FABRICANTE DE LA AMBULANCIA, MONTADA SOBRE VEHÍCULO DE CARGA DE TRACCIÓN 4X4 O 4WD, CONTARÁ CON ADECUADA CALIDAD EN SUS ACABADOS Y CON ESPACIO PARA ALOJAR COMO MINIMO A UN (01) PACIENTE EN CAMILLA Y DOS (02) PERSONAS SENTADAS CON LA SUFICIENTE LIBERTAD PARA REALIZAR MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.</p>
C02	<p><b>DIMENSIONES INTERNAS</b> DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 953-2006-MINSA QUE APRUEBA LA NTS N° 051-MINSA/OGDN - V.01, "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ALTO:</b> NO MENOR DE 120 cm***</li> <li>• <b>LARGO:</b> NO MENOR 190 cm</li> <li>• <b>ANCHO:</b> NO MENOR DE 130 cm</li> </ul> <p>*** Altura medida en área de la ubicación de la butaca de la persona que asiste.</p>
C03	<p><del><b>ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES:</b> PAREDES LATERALES Y TECHO CON SOLIDEZ QUE GARANTIGEN LA RESISTENCIA FRENTE A LAS CONSTANTES VIBRACIONES A LAS QUE ESTARÁ EXPUESTA EN CARRETERAS CARROZABLES. CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD ENTRE PANELES INTERNOS Y EXTERNOS PARA MANTENER LA TEMPERATURA CONSTANTE Y EL AISLAMIENTO ACUSTICO EN EL INTERIOR DE LA CABINA. DEBERÁ CUMPLIR CON LOS ESTANDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL.</del> <b>PAREDES LATERALES Y TECHO CON SOLIDEZ QUE GARANTIGEN LA RESISTENCIA FRENTE A LAS CONSTANTES VIBRACIONES A LAS QUE ESTARÁ EXPUESTA EN CARRETERAS CARROZABLES. CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD ENTRE PANELES INTERNOS Y EXTERNOS PARA MANTENER LA TEMPERATURA CONSTANTE Y EL AISLAMIENTO ACÚSTICO EN EL INTERIOR DE LA CABINA. DEBERÁ CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.</b></p>
C04	<p><b>PARED INTERNA Y SUPERFICIE INTERIOR:</b> NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES. RECUBIERTO CON MATEERIAL IMPERMEABLE, SINTETICO, DE ALTO IMPACTO, TOTALMENTE DURO Y RESISTENTE A LOS RAYOS UV, COMPLETAMENTE LISAS, SIN POROSIDADES, LAVABLE, RETARDANTES DEL FUEGO, ANTIHONGO, ANTIPARASITO Y QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL. UNIFORME Y CONTINUA, COLOR CLARO.</p>

C05	<b>PISO:</b> DE MATERIAL SINTETICO PLANO RETARDANTE DEL FUEGO, DE SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE, RESISTENTE AL DESGASTE DE UNA SOLA PIEZA, CON RECUBRIMIENTO FINAL, SIN OBSTACULOS NI DEFORMACIONES, SIN COSTURAS, NI UNIONES. PROTECCIÓN DE LA ZONA DE ACCESO DE LA CAMILLA CON UNA PLACA DE ALUMINIO O PLACA DE ACERO INOXIDABLE.
C06	<del>CAMILLA INSTALADA Y ANCLADA SOBRE EL PISO DE LA CABINA MÉDICA EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN: UNO DIRECTAMENTE AL PISO AL PIE DE LA CAMILLA Y OTRO VERTICAL DE TOMA LATERAL A LA CAMILLA O CON SUJECCION A LA ALTURA DE LA CABECERA ANCLADA AL PISO; SU DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS NI SISTEMA DE RIELES.</del> <b>CAMILLA INSTALADA Y ANCLADA SOBRE EL PISO DE LA CABINA MÉDICA EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN: I) UNO DIRECTAMENTE AL PISO AL PIE DE LA CAMILLA Y OTRO VERTICAL DE TOMA LATERAL A LA CAMILLA; O II) CON SUJECCION A LA ALTURA DE LA CABECERA ANCLADA AL PISO; O III) CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN AL PISO.</b>
C07	EQUIPOS ELECTRICOS INSTALADOS DE MANERA SEGURA Y CON DISPOSITIVOS ANTI VIBRATORIOS Y DE FÁCIL ACCESO Y MANIPULACIÓN; PERMITIENDO ADEMÁS SER RETIRADOS DEL VEHÍCULO EN CASO DE NECESIDAD DE USO FUERA DE ÉL.
C08	<b>SISTEMA ELÉCTRICO:</b> TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DEDICADA CONECTADA AL SISTEMA DE CARGA DE LA UNIDAD MÓVIL. TABLERO DE FUSIBLES DE FÁCIL ACCESO. CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE, TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN. CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC, CANALIZADO, PROTEGIDO Y CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA, RESISTENTE A LA IGNICIÓN Y LIBRE DE HALÓGENOS. <del>UN CONVERTIDOR DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000 W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC y 220 VAC (04 UNIDADES VAC Y 04 UNIDADES VDC) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</del> <b>DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC Y 220 VAC (02 UNIDADES VAC Y 02 UNIDADES VDC COMO MÍNIMO) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</b> LOS TOMACORRIENTES DE DIFERENTES TENSIONES NO DEBEN SER INTERCAMBIABLES. UN TOMACORRIENTE CON CONEXIÓN EXTERNA QUE PERMITA LA CARGA DE LOS EQUIPOS Y DEL CONVERTIDOR DESDE UNA FUENTE DOMICILIARIA CON TOMA A TIERRA (220 VAC). LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS, SEGÚN NORMAS. CABLE VULCANIZADO DE 30 METROS CON SUS CONECTORES ADAPTADOS Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO.
C09	<b>SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO</b> ADECUADO PARA LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA QUE INCLUYA UN SISTEMA DE RENOVACIÓN DE AIRE CON FILTRO, CON UN CALEFACTOR Y UN EXTRACTOR DE AIRE.
C10	<b>SISTEMA DE OXIGENO MEDICINAL:</b> DOS (02) TOMAS TIPO DISS EMPOTRADAS COMO MÍNIMO, CON UN COMPARTIMIENTO ADAPTADO, CON SISTEMA DE FIJACIÓN, PARA ALOJAR UNA (01) BOTELLA DE OXÍGENO DE TIPO M DE MANERA VERTICAL, SIN PÉRDIDA DE SUMINISTRO. CON SUS ACCESORIOS DE USO MEDICINAL (MANIFOLD, REGULADOR, FLUJÓMETROS, VÁLVULAS, CONECTORES Y MANGUERAS) DEBIDAMENTE NORMALIZADOS. TODOS LOS CONDUCTOS PARA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN SER VENTILADOS Y ACCESIBLES. LA INSTALACIÓN DE GASES NO DEBE SER COMPARTIDA CON LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS.
C11	<del>A NIVEL DEL TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</del> <b>A NIVEL DE TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO Y/O FIJO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</b>
C12	<del><b>PUERTA DE ACCESO:</b> LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS DE FORMA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD, VENTANA (S) CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO.</del> <b>LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS DE FORMA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO CON AISLAMIENTO DE POLIURETANO EXPANDIDO DE ALTA DENSIDAD O FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O MATERIAL DE MEJOR CALIDAD, VENTANA CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO.</b> DISPONDRÁ DE PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE DE 1" Ø Y 2 mm DE ESPESOR O MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN. <b>UNA PUERTA LATERAL DERECHA VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO, CON VENTANA DE VIDRIO CORREDIZA O DE LUNA FIJA DE CALIDAD AUTOMOTRIZ, PAVONADA, CHAPAS DE ACERO CON LLAVE.</b>
C13	<del><b>SISTEMAS DE PROTECCIÓN (ANTI-VUELCO):</b> TIPO JAULA, CON PERFILES DE SECCIÓN TUBULAR O SECCIÓN EQUIVALENTE DE ALUMINIO O TUBO DE ACERO COMO MÍNIMO SCH40 O MONOBLOQUE O PROTECTOR DE POLÍMERO ESTRUCTURAL, QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS OCUPANTES EN CASO DE VUELCO.</del> <b>TIPO JAULA, I) CON PERFILES DE SECCIÓN TUBULAR; O II) SECCIÓN EQUIVALENTE DE ALUMINIO; O, III) TUBO DE ACERO COMO MÍNIMO SCH40; O, IV) MONOBLOQUE; O, V) PROTECTOR DE POLÍMERO ESTRUCTURAL; O, VI) DE ACUERDO A CADA FABRICANTE. QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS OCUPANTES EN CASO DE VUE</b>

C14	<b>COLORES EXTERIORES:</b> DISTINTIVOS ACORDE A NORMA NTS N°. 051-MINSA/OGDN-V.01 Y A LOS SOLICITADOS POR LA INSTITUCIÓN (EL DISEÑO DE PINTURA Y PLOTEO SERÁ PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD OPORTUNAMENTE AL POSTOR ADJUDICADO).
C15	<b>ILUMINACIÓN INTERIOR DE LUZ BLANCA:</b> MINIMO TRES (03) LAMPARAS LED, INTENSIDAD VARIABLE, INTERRUPCIÓN INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE. PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX DE MODO QUE NO ALTERE LOS COLORES NATURALES. UNA (01) LÁMPARA DE ACCIONAMIENTO AUTOMATICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS.
C16	<b>VENTANAS:</b> VIDRIOS TEMPLADOS Y PAVONADOS
C17	<b>SISTEMA ADICIONALES DE SEGURIDAD:</b> EXTINTORES Y PASAMANOS SOBRE LAS PUERTAS E INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA.
C18	NIVEL DE RUIDO AL INTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN CONFORME A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 830-2012-MINSA.
<b>D</b>	<b>MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCION MÉDICA</b>
D01	UN (01) GABINETE EMPOTRADO Y SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADO DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, CON ESTANTERÍA EN MATERIAL SINTETICO, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS. CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES.
D02	UN (01) GABINETE-ASIENTO, LONGITUDINAL TIPO CAJÓN, UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON COLCHONETA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O PARA TRANSPORTAR DOS (02) PERSONAS SENTADAS CON CINTURONES DE SEGURIDAD, TAPIZ IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, TAPA REBATIBLE, Y CAPACIDAD DE ALOJAMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPOS VARIOS, CON BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS.
D03	ASIENTO FIJO, CON CABEZAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01) UBICADO EN CABECERA DE LA UBICACIÓN DE LA CAMILLA. CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO.
D04	UNA (01) LÁMPARA DE LUZ LED PARA EXAMEN DEL PACIENTE.
<b>E</b>	<b>ACCESORIOS</b>
E01	UNA (01) BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE CUATRO ELEMENTOS, DE LUZ ESTROBOSCÓPICA CON LEDS. CON ALTAVOZ PARA INTEMPERIE MAYOR A 100 WATTS, EL MISMO QUE PUEDE SER INTEGRADO A LA BARRA DE LUCES O INDEPENDIENTE.
E02	UNA (1) SIRENA ELECTRÓNICA CON SISTEMA DE MANOS LIBRES.
E03	<b>EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN:</b> SOBRE UNIDAD MÓVIL, SINTONIZADO CON LA CENTRAL DE SU BASE DE OPERACIONES. (ESPECIFICACIONES TECNICAS DETALLADAS EN LA SECCIÓN EQUIPO DE COMUNICACIONES)
E04	<b>SISTEMA DE MONITOREO SATELITAL:</b> (GPS) SERVICIO CUBIERTO POR LO MENOS DE <b>12 MESES</b> . EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR CON LA ENTREGA DE LA UNIDAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE MONITOREO.</li> <li>COPIA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL MINISTERIO DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES (MTC).</li> <li>COPIA DE QUE EL PROVEEDOR DEL EQUIPO (GPS) Y SERVICIOS ES UN PRESTADOR INSCRITO EN EL MTC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DEL TUO DE LA LEY DEL MTC.</li> </ul>
E05	DOS (02) FAROZ DE LUZ HALÓGENA O LED FIJA O MULTIDIRECCIONAL, A AMBOS LADOS DEL VEHICULO.
E06	<del>DOS (02) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES O LED ESTROBOSCÓPICAS:</del> <b>MINIMO DOS (02) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES O LED ESTROBOSCÓPICAS:</b>
E07	DOS (02) FAROS ANTINEBLA DELANTEROS 100 WATTS C/U O SU EQUIVALENTE EN LÚMENES COMO MÍNIMO.
E08	UN (01) JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO.
E09	UN (01) EXTINTOR DE PQS RECARGABLE EN LA CABINA AUTOMOTRIZ, 04 kg.
E10	CINTAS REFLECTIVAS, SEGÚN NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01.
<b>F</b>	<b>HERRAMIENTAS BÁSICAS</b>
F01	UNA (01) GATA HIDRÁULICA TIPO LAGARTO O CAIMÁN DE 2 TN COMO MÍNIMO.
F02	UN CABLE DE REMOLQUE TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS ADECUADO AL VEHÍCULO OFERTADO.
F03	UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA.
F04	UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL CON ALIMENTACIÓN DESDE EL ENCENDEDOR.
F05	UNA (01) LLAVE DE RUEDAS EN CRUZ.
F06	UN (01) DESARMADOR PLANO 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.
F07	UN (01) DESARMADOR ESTRELLA 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.
F08	UN JUEGO DE LLAVES MIXTAS PARA MECÁNICA DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.
F09	UN JUEGO DE DADOS PARA MECÁNICA CON PALANCA, MILIMÉTRICAS DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.



F10	DOS (02) LLAVES FRANCESAS UNA DE 8 PULGADAS MINIMO Y OTRA DE 10 PULGADAS MINIMO
F11	UN (01) ALICATE DE CORTE DE 8 PULGADAS MÍNIMO
F12	UN (01) ALICATE DE PRESIÓN DE 8 PULGADAS MINIMO
F13	UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS.
F14	<del>UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRÓ ELÉCTRICO DE 12 V/CC Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/min.</del> <b>UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRÓ ELÉCTRICO DE 12 VOLTIOS COMO MÍNIMO Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/MIN.</b>
<b>G</b>	<b>GARANTÍA:</b>
G01	<b>PARA EL VEHÍCULO Y CABINA MÉDICA:</b> 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.
G02	<b>PARA EL EQUIPAMIENTO MÉDICO:</b> 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.
<b>H</b>	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO (AMBULANCIA Y EQUIPO MÉDICO)</b>
H01	<del>MANTENIMIENTO PREVENTIVO: OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHICULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MEDICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL – OXIMETRO DE PULSO – MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL)</del> <b>OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHICULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MECICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL, OXIMETRO DE PULSO , MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL);</b> CON FRECUENCIA SEGÚN RECOMENDACIÓN DEL FABRICANTE.
<b>I</b>	<b>MANUALES:</b>
I01	MANUALES DE USUARIO Y DE SERVICIO TÉCNICO PARA LOS EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y SOLO MANUALES DE USUARIO O INSTRUCTIVO DE USO PARA LOS EQUIPOS DE BAJA COMPLEJIDAD; TODOS EN IDIOMA ESPAÑOL, LOS CUALES SE ENTREGARÁN CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA Y EL EQUIPO MEDIO, SI ESTOS MANUALES SE ENCONTRARAN EN IDIOMA EXTRANJERO, ADICIONALMENTE SE ENTREGARÁ LA TRADUCCIÓN.
<b>J</b>	<b>PRUEBA DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, PROTOCOLOS DE PRUEBAS E INSPECCIÓN TÉCNICA:</b>
J01	DEBERÁ SER PUESTO A PRUEBA Y FUNCIONAMIENTO DE TODOS SUS COMPONENTES. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS PRUEBAS DE ENSAYO Y/O FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES, POR EL PERSONAL ESPECIALIZADO, BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS.
	<b>AMBULANCIA:</b> PRUEBAS DE OPERATIVIDAD DE LA UNIDAD, VENTILACIÓN, INSTALACIONES DE OXÍGENO, INSTALACIÓN ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN, MATERIALES Y CONDICIONES FÍSICAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MEDICA Y OTROS QUE CORRESPONDA.
	<b>EQUIPOS MÉDICOS:</b> PRUEBAS DE OPERATIVIDAD Y VERIFICACIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
J02	LOS PROTOCOLO DE PRUEBAS DEBERÁ PRESENTARSE CON ANTERIORIDAD A LA RECEPCIÓN DE LA AMBULANCIA.

EQUIPAMIENTO PARA AMBULANCIAS			
TIPO	ITEM	DENOMINACIÓN DEL EQUIPAMIENTO	CANT
Ambulancia Tipo II	1	ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	1
	2	CAMILLA TELESCÓPICA	1
	3	CHALECO DE EXTRICACION	1
	4	CILINDRO DE OXIGENO TIPO D	1
	5	CILINDRO DE OXIGENO TIPO M	1
	6	ESTETOSCOPIO ADULTO	1
	7	ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1
	8	JUEGO DE FÉRULAS	1
	9	LINTERNA PARA EXAMEN	1
	10	MALETIN DE MEDICAMENTOS	1
	11	MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA	1
	12	PANTOSCOPIO	1
	13	SET DE COLLARINES CERVICALES	1
	14	SILLA DE RUEDAS PLEGABLE	1
	15	TABLA RÍGIDA	1
	16	TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1
	17	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO	1
	18	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL	1
	19	MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL	1
	EQUIPO DE COMUNICACIONES		
	20	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL	1
	21	HANDY	2
TOTAL			22

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y FLUIDOS DE PACIENTES TRANSPORTADOS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	EQUIPO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PORTATIL, DISEÑADO PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA).
A02	INDICADOR DE PRESION NEGATIVA.
A03	CON FILTRO ANTIBACTERIANO.
A04	DE ESTRUCTURA EN ABS ANTIGOLPES
A05	ASA INTEGRADA AL EQUIPO.
A06	LA PREINSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE.
<b>A07</b>	<b>BOMBA DE VACÍO</b>
A08	PRESION REGULABLE
A09	RANGO DE PRESION DE VACIO: DE 0 HASTA 600 mm Hg O MAYOR VACIO.
A10	CON BAJO DE NIVEL DE RUIDO, IGUAL O MENOR A 70 dB.
A11	CAPACIDAD DE SUCCION CONTINUA DE 30 LPM Ó MÁS
<b>A12</b>	<b>FRASCO RECOLECTOR</b>
A13	UN (01) FRASCO CON CAPACIDAD EFECTIVA DE UN (01) LITRO o MAS.
A14	DE PLASTICO TRANSPARENTE (POLISULFONA O POLICARBONATO O POLIPROPILENO) CON ESCALA DE MEDIDA.
A15	ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
A16	DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CONTRA REBOSE O SOBRE FLUJO
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS</b>
B01	UN (01) FRASCO RECOLECTOR DE REPUESTO CON ESCALA GRADUADA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS SOLICITADOS.
B02	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTOS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTO O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE ADULTO</b>
B03	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE PEDIÁTRICAS</b>
B04	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE NEONATAL</b>
B05	<del>DIEZ (10) FILTROS ANTIBACTERIANO</del> <b>DIEZ FILTROS ANTIBACTERIANOS o FILTROS DE BACTERIAS HIDROFOBICOS</b>
B06	TUBO DE SILICONA FLEXIBLE.
B07	BOLSA DE TRANSPORTE PARA EL EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES Y SUS ACCESORIOS.
B08	DISPOSITIVO DE SOPORTE.
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
C01	SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DE LA AMBULANCIA
C02	CON BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 45 MINUTOS
C03	APTO PARA FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ



ESPECIFICACIONES TECNICAS
MOBILIARIO
CAMILLA TELESCÓPICA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS Y AÉREAS PRE HOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	SISTEMA DE DOBLE FIJACIÓN AL VEHÍCULO
A02	<del>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO REFORZADO O ACERO INOXIDABLE.</del> <b>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O X O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO O DURALUMINIO O ACERO INOXIDABLE.</b>
A03	MÍNIMO DOS (02) RUEDAS GIRATORIAS, DE 12 cm DE DIAMETRO COMO MÍNIMO, CON DISPOSITIVO PARA FRENO POR LO MENOS EN DOS DE SUS RUEDAS.
A04	<del>DE MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (COMO MÍNIMO SEIS POSICIONES), CONTROLADOS MANUALMENTE, PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</del> <b>DE 02 MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (MÍNIMO ALTO Y BAJO) CONTROLADOS MANUALMENTE POR CUALQUIERA DE LOS DISPOSITIVOS PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</b>
A05	ADOPTA POSICIÓN FOWLER; CAPACIDAD DE ADOPTAR POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.
A06	RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE RPC O SHOCK.
A07	DOS BARANDAS LATERALES DESLIZABLES ó PLEGABLES ó RETRACTILES.
A08	COLCHONETA CON CUBIERTA DE MATERIAL A PRUEBA DE HUMEDAD Y DE FACIL DESINFECCION.
A09	CON SISTEMA DE RUEDAS ADICIONALES PARA SUBIR LA CAMILLA A LA AMBULANCIA.
A10	CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 200 KILOS.
A11	CON CAPACIDAD PARA ALOJAR BALON DE OXIGENO PORTÁTIL DE FORMA SEGURA O UN MECANISMO DE SOPORTE DE FIJACIÓN.
A12	<del>CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</del> <b>OPCIONAL: CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</b>
A13	<del>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL: EN 1866 Y EN 1789, CERTIFICADO ISO 13485:2016. CERTIFICADOS A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA</del> <b>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA: EN 1866 Y/O EN 1789 Y/O CERTIFICADO ISO 13485:2016 Y/O ISO 9001</b>
B	ACCESORIOS
B01	UN (01) GANCHO O MECANISMO DE SEGURIDAD INGRESO Y SALIDA EN LA AMBULANCIA O SEGÚN EL DISEÑO DE CADA FABRICANTE. (OPCIONAL)
B02	LONA PARA TRANSFER CON ASAS (TRANSFER FLAT).
B03	UN (01) PORTA SUERO TELESCÓPICO.
B04	<del>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO Y CIERRE FACIL IMPERMEABLE A LIQUIDOS Y FLUIDOS CORPORALES.</del> <b>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO</b>

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
CHALECO DE EXTRICACION

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO DE PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	QUE PERMITA USO SIMULTÁNEO DE COLLARÍN CERVICAL.
A02	CAPACIDAD DE INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL.
A03	REFORZADO CON VARILLAS.
A04	TRANSPARENTE A LOS RAYOS X.
A05	<del>MATERIAL POLIVINILO LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE.</del> <b>MATERIAL POLIVINILO O RECUBIERTO CON VINILO, LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE.</b>

A06	USO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y EMBARAZADAS.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
B01	ALMOHADA PARA LA NUCA.
B02	BANDA PARA LA NUCA Y BARBILLA
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS</b>
C01	BOLSA DE TRASLADO CON ASA.
C02	CORREAS CODIFICADAS POR COLOR CON CLIP DE SEGURIDAD.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO D</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 425 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO, TIPO D.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DURANTE EL TRASLADO EN CAMILLA FUERA DE LA AMBULANCIA.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO (CGA-870).
B04	REGULADOR CON MANÓMETRO DE OXÍGENO.
B05	FLUJOMETRO DE 0 A 15 LPM Ó MAYOR.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	UN (01) HUMIDIFICADOR REUSABLE, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO M</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 3,450 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE, TIPO M. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO TIPO M.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-540).
B03	CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA TIPO GRIFO.
B04	MANÓMETRO DE OXÍGENO DE 0 A 2500 PSI O MÁS, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI PARA LA ALIMENTACIÓN DE LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
B05	DOS (02) FLUJOMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	DOS (02) HUMIDIFICADORES REUSABLES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.

C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO ADULTO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES ADULTOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE
A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA)
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE.
A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA).
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
JUEGO DE FÉRULAS

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS Y QUE REQUIEREN INMOVILIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES,

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	RÍGIDA CON ALMA FLEXIBLE DE ALEACIÓN DE ALUMINIO.
A02	DE MATERIAL LAVABLE, NO ABSORBENTE A FLUIDOS Y SECRECIONES.
A03	SISTEMA DE FIJACIÓN O SUJECCIÓN POR VELCRO.
A04	NO DEBE TENER VÁLVULAS, BOMBAS
B	COMPONENTES:
B01	UN JUEGO DE FÉRULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, COMPRENDE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MUÑECA.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR ANTEBRAZOS DE ADULTOS O PIERNAS DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR TOBILLO O CODO.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS SUPERIORES DE ADULTOS O INFERIORES DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES DE ADULTOS.</li> </ul>
C	ACCESORIOS:
C01	CON BOLSA DE TRANSPORTE.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
LINTERNA PARA EXAMEN

**DEFINICION FUNCIONAL:** UTILIZADO PARA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE TRATAMIENTO

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	LINTERNA PARA EXAMEN LED (LUZ BLANCA).
A02	CLIP TIPO LAPICERO.
A03	PARA USO MÉDICO.
A04	MANGO A PILAS.
B	ACCESORIOS
B01	UN (01) JUEGO DE BATERÍAS DE REPUESTO
B02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO.
B03	UN CARGADOR PARA BATERÍAS.
C	REQUERIMIENTO DE ENERGIA
C01	PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
MALETIN DE MEDICAMENTOS

**DEFINICION FUNCIONAL:** CONTENDRÁ MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES PARA BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA EN PACIENTES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	<p><del>MALETÍN DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO.</del></p> <p><b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b></p>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES Y CAÍDAS, DE USO CONSTANTE Y DURABLE.
B	COMPONENTES
B01	DEBE ALBERGAR COMO MÍNIMO LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES INDICADOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD N°051-MINSA/OGDN-V0.1. (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES)

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES CON PARO RESPIRATORIO Y/O ALTERACIONES OXIGENATORIAS O VENTILATORIAS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	MALETÍN DISEÑADO PARA EMERGENCIAS, COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON ESPACIOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO. <b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES, CAÍDAS Y USO CONSTANTE, DURABLE.
B	COMPONENTES:
B01	RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS:
B02	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR DE 1200 CC.
B03	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES ADULTOS DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B04	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA PEEP REGULABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B04	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B05	RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO:
B06	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR A 450 CC Y MENOR A 1000 CC.
B07	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B08	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBRE PRESIÓN (RELIEF) ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B09	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B10	LARINGOSCOPIO:
B11	CON SISTEMA DE ILUMINACIÓN DE FIBRA ÓPTICA, LÁMPARA DE XENÓN O LED, CON TRES HOJAS DE ACERO INOXIDABLE.
B12	DE DIFERENTES TAMAÑOS, REUSABLES Y AUTOCLAVABLES, PARA PACIENTES ADULTOS TIPO MACINTOSH; UNA HOJA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS TIPO MACINTOSH REUSABLE Y AUTOCLAVABLES; TRES HOJAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS TIPO MILLER REUSABLE.
B13	UN MANGO PARA PILAS.
B14	SET DE TUBOS OROFARÍNGEOS:
B15	TIPO MAYO DE DIFERENTES TAMAÑOS: MÍNIMO 12 UNIDADES
B16	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (OROTRAQUEAL CON CUFF):
B17	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B18	VEINTE (20) GUÍAS DESECHABLES.
B19	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (NASOTRAQUEAL SIN CUFF):
B20	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B21	SET DE TUBOS NASOFARÍNGEOS PREFORMADOS:
B22	DOCE (12) UNIDADES: 6 ADULTOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO) Y 6 PEDIÁTRICOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO)
B23	MÁSCARAS LARÍNGEAS DESCARTABLES:
B24	CINCO (05) UNIDADES: 2 PEDIÁTRICOS Y 3 ADULTOS.
B25	01 PINZA TIPO MAGILL PEDIÁTRICO.
B26	01 PINZA TIPO MAGILL ADULTO
B27	01 BOTELLA DE ALUMINIO PARA OXÍGENO PORTÁTIL CON REGULADOR Y FLUJÓMETRO TIPO M-9, PARA SER TRANSPORTADO DENTRO DEL MALETÍN. BOTELLA LLENA A PRESIÓN MÁXIMA.
B28	ABREBOCA.
B29	DEPRESOR LINGUAL BUCHWALD DE ACERO QUIRÚRGICO.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
EQUIPO MÉDICO	
PANTOSCOPIO	

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO MÉDICO USADO EN EL EXAMEN VISUAL DE LA PARTE BUCAL, VISTA Y OÍDO DEL PACIENTE ADULTO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	SET DE DIAGNÓSTICO QUE INCLUYE OFTALMOSCOPIO, OTOSCOPIO Y ACCESORIOS, PARA PACIENTE ADULTO.
A02	EL MATERIAL METALICO DEL PANTOSCOPIO, DEBE SER METALICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN.
<b>B</b>	<b>OTOSCOPIO:</b>
B01	APTO PARA TRABAJO CON ESPÉCULOS DE MATERIAL PLÁSTICO O SIMILAR DE TAMAÑOS DIFERENTES.
B02	CON LUPA PARA VISUALIZACIÓN TIMPÁNICA.
B03	SISTEMA DE ILUMINACION POR LAMAPARA LED.
B04	CAPACIDAD PARA OTOSCOPIA NEUMÁTICA.
B05	ESPECULO NASAL AJUSTABLE ADOSABLE AL OTOSCOPIO.
<b>C</b>	<b>OFTALMOSCOPIO:</b>
C01	COMPUESTO POR DIAFRAGMA DE RUEDA, DIAFRAGMA LINEAL VERTICAL.
C02	<del>CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -25 D HASTA +25 D O RANGO MÁS AMPLIO, EN PASOS INDIVIDUALES.</del> <b>CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -20 D HASTA +25D O RANGO MAS AMPLIO O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
C03	APERTURA PARA ILUMINACIÓN DE HENDIDURA.
C04	FILTRO PARA ILUMINACIÓN LIBRE DE ROJO (FILTRO VERDE).
C05	FILTRO PARA USO DE FLUORESCENCIA.
C06	BANCO DE DIAFRAGMAS PARA USO EN PUPILAS PEQUEÑAS Y DILATADAS.
C07	ILUMINACIÓN POR LÁMPARA LED O XENON.
<b>D</b>	<b>PORTALÁMPARAS NASO-RINO-LARINGEO:</b>
D01	ILUMINACIÓN DE PORTALÁMPARAS CON LÁMPARA DE LUZ LED O XENÓN
D02	JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
D03	CON SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
<b>E</b>	<b>MANGO:</b>
E01	MANGO RECARGABLE PARA USO COMPARTIDO ENTRE OFTALMOSCOPIO Y OTOSCOPIO CON REGULADOR DE INTENSIDAD DE LUMINOSA (POTENCIÓMETRO).
E02	CONSTRUIDO EN MATERIAL METÁLICO, CON SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE.
E03	CON ENCAJE PRACTICO Y RÁPIDO PARA INTERCAMBIO DE CABEZALES.
E04	FUNCIONAMIENTO CON FUENTE DE BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA.
<b>F</b>	<b>ACCESORIOS INCLUIDOS EN TODO EL SET:</b>
F01	LÁMPARAS DE REPUESTO PARA: (01) OFTALMOSCOPIO, (01) OTOSCOPIO
F02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO PARA PORTALÁMPARAS.
F03	UN (01) JUEGO DE ESPÉCULOS REUTILIZABLES DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F04	UN (01) PERA PARA PRUEBA NEUMÁTICA COMPATIBLE AL OTOSCOPIO.
F05	UN (01) PORTALÁMPARAS.
F06	UN (01) JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F07	UN (01) SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
F08	DOS (02) JUEGOS DE BATERÍA RECARGABLE, (UN JUEGO ESTÁNDAR Y OTRO DE REPUESTO).
F09	UN (01) CARGADOR DE BATERÍAS ORIGINAL DE FÁBRICA, ALIMENTADO A TENSIÓN DE 220 VAC 60 HZ, SEGÚN DISEÑO DEL FABRICANTE.
F10	UN (01) ESTUCHE CONTENEDOR DEL SET.



ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
SET DE COLLARINES CERVICALES

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA INMOVILIZACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTES CON TRAUMA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	TRES (03) TAMAÑOS COMO MÍNIMO.
A02	RADIO COMPATIBLE CON RX, TAC Y MRI.
A03	CON ORIFICIO PARA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA
A04	RÍGIDO CON CUBIERTA PLÁSTICA PARCIAL
A05	TIRA DE VELCRO O CIERRE REGULABLE.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
MOBILIARIO
SILLA DE RUEDAS PLEGABLE

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA EVACUAR A PACIENTES DISCAPACITADOS POR ESCALERAS DE EDIFICIOS O ESPACIOS CONFINADOS DE FORMA CÓMODA Y SEGURA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	BASTIDOR PLEGABLE DE ALUMINIO LIGERO Y MANIOBRABLE.
A02	CAPACIDAD DE CARGA COMO MÍNIMO DE 150 kg.
A03	CON CUATRO (04) EMPUÑADURAS PLEGABLES EN EL RESPALDO.
A04	EN LA PARTE INFERIOR CON DOS (02) EMPUÑADURAS TELESCÓPICAS.
A05	CON ASIENTO Y RESPALDO DE NYLON RECUBIERTO DE VINILO O LONA SINTÉTICA O MATERIAL DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE, DE FÁCIL LIMPIEZA DE MANCHAS, SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.
A06	CON CUATRO (04) RUEDAS, MÍNIMO DOS (02) RUEDAS CON FRENO.
A07	CINTURÓN O CORREA DE SEGURIDAD PARA INMOVILIZAR AL PACIENTE.
A08	CON SISTEMA DE ANCLAJE PARA PARED Y/O PISO DE LA AMBULANCIA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
TABLA RÍGIDA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA INMOVILIZAR A PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE COLUMNA E INMOVILIZADOR DE CABEZA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	MATERIAL SINTETICO DE ALTA DENSIDAD
A02	TRASLÚCIDO A LOS RAYOS X.
A03	PESO LIVIANO MENOR A 8 kg.
A04	TABLA PARA PACIENTE ADULTO.
B	ACCESORIOS
B01	INMOVILIZADOR DE CABEZA, REUSABLE, IMPERMEABLE, CON FIJACIÓN PARA FRENTE Y MANDÍBULA.
B02	TRES (03) SUJETADORES PARA PIERNA, CINTURA Y TÓRAX.
B03	CON CORREA TIPO "ARAÑA" (SPIDER STRAP)



ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG. CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIAABLES
B	COMPONENTES:
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA GRANDE</li> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA ESTÁNDAR</li> </ul>
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO

**DEFINICIÓN FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG, CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIAABLES
B	COMPONENTES
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE PEDIÁTRICO</li> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE INFANTE</li> </ul>
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
OXÍMETRO DE PULSO

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO NO INVASIVO UTILIZADO PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXIGENO (SPO2), Y LA FRECUENCIA DEL PULSO DE PACIENTES A BORDO DE LA AMBULANCIA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	PROCESAMIENTO DIGITAL DE LA SEÑAL.
A02	VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA.
A03	<b>PARAMETROS DE MEDICION:</b>
A04	SATURACION ARTERIAL DE OXIGENO (SPO2): DEL 70% O MENOS AL 99% O MÁS.
A05	<del>FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM A 230 BPM O RANGO DE MAYOR AMPLITUD.</del> <b>FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM O MENOS A 230 BPM O MAS</b>
A06	<b>RESOLUCION:</b>
A07	SATURACION (SPO2%): +/- 3% O MÁS PRECISO.
A08	PULSE RATE (BPM): 1BPM.
A09	<b>ALARMAS AUDIOVISUALES:</b>
A10	DE SpO2, NIVEL ALTO Y BAJO.
A11	DE BPM, NIVEL ALTO Y BAJO
A12	INDICADOR DEL ESTADO DE LA BATERIA.
B	ACCESORIOS:
B01	TRES (03) SENSOR REUSABLES TAMAÑO ADULTO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B02	DOS (02) SENSOR REUSABLES TAMAÑO PEDIATRICO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B03	UN (01) SENSOR REUSABLE NEONATAL O SEIS DESCARTABLES.
B04	<del>DOS (02) JUEGOS DE BATERIA RECARGABLE, UNA ESTANDAR Y LA OTRA DE REPUESTO.</del> <b>UN (01) BATERIA RECARGABLE.</b>
C	REQUERIMIENTO ELÉCTRICO:
C01	FUENTE DE BATERIA INCORPORADA RECARGABLE AUONOMIA DE 04 HORAS COMO MINIMO.
C02	SOPORTE CARGADOR DE BATERIAS ALIMENTADO A RED ELECTRICA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** TRATAMIENTO DE FIBRILACION VENTRICULAR, TAQUICARDIA VENTRICULAR Y BRADICARDIA, MEDIANTE DESCARGAS ELECTRICAS BREVES EN LA ZONA DEL CORAZON.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	PORTÁTIL, PESO NO MAYOR A 8 kg. INCLUIDA LA BATERÍA.
A02	TIEMPO DE CARGA MENOR O IGUAL A 7 s. A MÁXIMA ENERGÍA (CON BATERÍA)
A03	SELECTOR DE CARGA EN EL PANEL DEL EQUIPO: PARA ONDA ESTÁNDAR (MONOFÁSICA) CON CAPACIDAD HASTA 200 JOULES (CON 08 Ó MÁS VALORES DE SELECCIÓN), O PARA ONDA BIFÁSICA RECTILINEA CON CAPACIDAD HASTA DE 200 JOULES (CON 18 Ó MÁS VALORES DE SELECCIÓN).
A04	CONTROL DE INICIO DE CARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS, Y DESCARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS.
A05	INDICADOR DE CARGA COMPLETA AUDIBLE Y/O GRÁFICA O VISUAL.
A06	CON UN PAR DE PALETAS EXTERNAS ADULTO Y PEDIÁTRICO, ESTAS ÚLTIMAS DESLIZABLES Ó MONTABLES.
A07	SINCRONISMO PARA CARDIO VERSIÓN.
A08	INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA
A09	CON PROTOCOLOS DE RCP, PRE CONFIGURADOS Y CONFIGURABLES POR EL USUARIO. <b>CON PROTOCOLOS DE RCP, PRE CONFIGURADOS Y OPCIONALMENTE CONFIGURABLES POR EL USUARIO</b>
A10	AYUDA EN TIEMPO REAL DURANTE LA MANIOBRA DE RCP, DANDO AL RESCATISTA INFORMACIÓN VISUAL Y AUDITIVA DE LA FRECUENCIA Y LA PROFUNDIDAD, DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). <b>AYUDA EN TIEMPO REAL DURANTE LA MANIOBRA DE RCP, DANDO AL RESCATISTA INFORMACIÓN VISUAL Y AUDITIVA DE LA FRECUENCIA Y/O LA PROFUNDIDAD, DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA).</b>
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
	<b>PANTALLA</b>
B01	TAMAÑO DE PANTALLA DE 4.5 PULGADAS Ó MÁS.
B02	GRÁFICA DE ONDA ECG Y DISPLAY DIGITAL DEL VALOR MEDIDO EN PANTALLA.
B03	VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA ENERGÍA SELECCIONADA Ó LIBERADA.
	<b>ELECTROCARDIOGRAMA ECG</b>
B04	ADQUISICIÓN DE ECG MEDIANTE CABLE PACIENTE Y DE LAS PALETAS DE DESFIBRILACIÓN.
B05	ALARMA PARA FRECUENCIA CARDIACA.
	<b>REGISTRADOR</b>
B06	REGISTRADOR INTEGRADO AL EQUIPO, CON REGISTRO TIPO TÉRMICO.
B07	CAPACIDAD PARA PAPEL DE 45 mm Ó MÁS DE ANCHO.
<b>C</b>	<b>COMPONENTES</b>
C01	DOS CABLES ECG DE 03 RAMALES
C02	DOS CABLES ECG DE 05 RAMALES.
C03	CINCO (05) FRASCOS DE GEL ELECTRO CONDUCTOR.
C04	DIEZ (10) ROLLOS DE PAPEL TERMOSENSIBLE.
C05	SISTEMA DE PARCHES REUSABLES PARA ADULTOS.
C06	CINCO (05) PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO ADULTO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES.
C07	CINCO (05) PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO PEDIÁTRICO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES CON UN CABLE DIRECTO CONECTOR AL EQUIPO.
C08	CINCUENTA (50) ELECTRODOS DE ECG DESCARTABLES TIPO BROCHE PARA PIEL TAMAÑO ADULTO.
C09	CINCUENTA (50) ELECTRODOS DE ECG DESCARTABLES TIPO BROCHE PARA PIEL TAMAÑO PEDIATRICO.
<b>D</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
D01	TENSIÓN DE ALIMENTACIÓN 220/230 V/AC O RANGO QUE CONTENGA CUALQUIERA DE ESTOS VALORES.
D02	FUENTE DE BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMÍA DE 2.5 HORAS COMO MÍNIMO.

**EQUIPO  
DE COMUNICACIONES**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN CON PANTALLA ILUMINADO PARA SER UTILIZADO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EQUIPO ITINERANTE
A03	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION TIPO VHF DE BUENA CALIDAD CON LAS FRECUENCIAS PROGRAMADAS DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625MHz UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZY TX 171.930 MHZ
A04	NUMERO DE CANALES 1000 PROGRAMABLES <b>NUMERO DE CANALES 68 CANALES O MAYOR PROGRAMABLES</b>
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	<del>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55, MIL-STD810-G</del> <b>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55 O SUPERIOR , Y/O MIL-STD810</b>
A07	BLOQUEO DE CANAL OCUPADO
A08	<del>LLAMADA SELECTIVA, GPS, BLUETOOTH, MENSAJES DE TEXTO, PROGRAMABLE EN ESPAÑOL</del> <b>LLAMADA SELECTIVA O GPS U OTRO PROGRAMABLE.</b>
A09	PASSWORD DE SEGURIDAD
A10	IDENTIFICADOR DE LLAMADAS POR PTT-ID
A11	PROGRAMABLE Y AJUSTABLE POR PC SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO
A12	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PRIVADA CON CERTIFICACIÓN DE HOMOLOGACIÓN OTORGADO POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DEL PERÚ
B	COMPONENTES
	TRANSMISOR
B01	POTENCIA DE SALIDA 50 WATTS
	RECEPTOR
B02	POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: 4 WATTS
	ANTENA MOVIL
B03	ANTENA MOVIL TIPO VHF/FM SINTONIZADA A LA FRECUENCIA DE OPERACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD GANANCIA DE 3DB O MAYOR, COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE RADIO INCLUYE ACCESORIOS PARA SU INSTALACION EN LA AMBULANCIA. IMPEDANCIA DE ANTENA: 50 OHMIOS
B04	ANTENA GPS
C	ACCESORIOS
B04	CLIP COLGADOR DE MICROFONO
B05	BRACKET, CABLES DE ALIMENTACIÓN Y FUSIBLES DE REPUESTO

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
HANDY

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON HANDY Y EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF ENTRE HANDY CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	DOS (02) HANDY DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL AMBULANCIA Y COBERTURA EN FRECUENCIA DE 136 A 174 MHZ
A03	EL EQUIPO ESTARÁ PRESINTONIZADO CON LAS FRECUENCIAS RADIALES DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625 MHZ UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZ Y TX 171.930 MHZ
A04	POTENCIA DE SALIDA 5.0 WATTS
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP68, MIL-STDG
A07	PANTALLA LCD ALFANUMERICO A COLORES CON BACKLIGHT
A08	CODIFICADOR DE DTMF, CTCSS Y DTCS
A09	<del>4000 CANALES</del> <b>MINIMO 200 CANALES</b>
A10	<del>GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</del> <b>OPCIONAL: GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</b>
A11	PROGRAMABLE POR PC (SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO)
A12	INCLUYE ANTENA DE LA MISMA MARCA
B	ACCESORIOS
B01	CARGADOR DE BATERIA DE MESA
B02	ADAPTADOR PARA CARGA EN VEHÍCULO
B03	CLIP COLGADOR
B04	DOS (02) BATERIAS (CON CLIP AMBAS)
B05	<del>MICRÓFONO PARLANTE MINIMO IP56</del> <b>MICRÓFONO PARLANTE O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>

**AMBULANCIA URBANA  
TIPO III**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
VEHÍCULO
AMBULANCIA URBANA TIPO III

**DEFINICIÓN FUNCIONAL:** VEHÍCULO Y EQUIPAMIENTO APROPIADO, PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO O INESTABLES QUE REQUIERAN ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA DURANTE EL TRASLADO.

#### REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS

A.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VEHÍCULO
A01	<p>VEHÍCULO ORIGINAL DE FÁBRICA Y ACONDICIONADO PARA EL TRANSPORTE O TRASLADO VÍA TERRESTRE SEGURO DE PACIENTES, PERSONAS ENFERMAS, HERIDAS Y/O PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN CONDICIONES QUE NO PONGAN EN RIESGO POTENCIAL SU VIDA Y SALUD. ASISTIDO Y ATENDIDO POR PERSONAL CALIFICADO CON EQUIPOS DE AUXILIO MÉDICO APROPIADO PARA DICHO FIN.</p> <p>DEBERÁN CUMPLIR LOS REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS QUE REQUIEREN LOS VEHÍCULOS, PARA QUE: INGRESEN, SE REGISTREN, TRANSITEN, OPEREN Y SE RETIREN DEL SISTEMA NACIONAL DE TRANSPORTE, ESTABLECIDO EN EL D.S. N° 058-2003-MTC, MODIFICADO POR LOS DECRETOS SUPREMOS: N° 005-2004-MTC, 014-2004-MTC, 035-2004-MTC, 002-2005-MTC, 012-2005-MTC, 017-2005-MTC, 008-2006-MTC, 012-2006-MTC Y 023-2006-MTC Y DIRECTIVA N° 002-2006-MTC/15 APROBADA CON LA R.D. N° 4848-2006-MTC/15.</p> <p>ASÍ MISMO TENER COMO REFERENCIA LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS DE LA NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 APROBADA CON R.M. N° 953-2006-MINSA Y SU MODIFICATORIA EN LA R.M. N° 830-2012/MINSA.</p>
A02	<b>AÑO DE MODELO:</b> AÑO SIGUIENTE DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. <b>MÍNIMO 2024</b>
A03	<b>CONDICION:</b> NUEVA SIN USO
A04	<b>CARROCERÍA DEL VEHÍCULO:</b> ORIGINAL DE FÁBRICA TIPO FURGON, ENSAMBLADA EN FORMA CONJUNTA CON EL CHASIS; SISTEMA DE SUSPENSIÓN, SISTEMA ELÉCTRICO Y SISTEMA DE FRENOS ENSAMBLADO POR EL MISMO FABRICANTE.
A05	<b>MOTOR:</b> DIÉSEL.
A06	<del><b>POTENCIA DE MOTOR:</b> COMO MÍNIMO DE 160 HP Y TORQUE DE 35 kg.f O MAYOR, DEBE DE CUMPLIR CON LA NORMA DE EMISIONES EURO IV O V</del> <b>POTENCIA DE MOTOR COMO MÍNIMO DE 130 HP O 96 KW. TORQUE DE MÍNIMO 300NM (O SU EQUIVALENTE EN KGF.M O KG.F) O MAYOR</b>
A07	<b>CILINDRADA DE MOTOR:</b> NO MAYOR DE 2,400 c.c.
A08	<del><b>SISTEMA DE DIRECCIÓN:</b> ELÉCTRICA Y/O ELECTRÓNICA O CREMALLERA, TIMÓN ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO.</del> <b>SISTEMA DE DIRECCIÓN: ELÉCTRICA Y/O ELECTRÓNICA Y/O CREMALLERA Y/O HIDRÁULICA Y/O ELÉCTROMECAÁNICA ASISTIDA Y/O ELECTROMECAÁNICA Y/O ASISTENCIA ASISTIDA NO VARIABLE. TIMON ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO</b>
A09	<b>TRANSMISION:</b> MECÁNICA MÍNIMO DE 5 VELOCIDADES HACIA DELANTE Y UNA DE RETROCESO.
A10	<del><b>TRACCION:</b> 4X2 POSTERIOR O TRASERA.</del> <b>TRACCIÓN 4X2 DELANTERA O POSTERIOR.</b>
A11	<p><b>SISTEMA DE FRENOS:</b> SERVICIO ASISTIDO DE DOBLE CIRCUITO INDEPENDIENTE TIPO HIDRÁULICO O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE.</p> <p>FRENOS DELANTEROS: DISCOS VENTILADOS O DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE.</p> <p>FRENOS POSTERIORES: TAMBORES O DISCOS SÓLIDOS O DISCOS VENTILADOS O DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE.</p> <p>FRENO DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA.</p>
A12	<p><b>SISTEMA DE SUSPENSIÓN:</b></p> <p><b>SUSPENSIÓN DELANTERA:</b> TIPO MACPHERSON CON BARRA ESTABILIZADORA Ó MUELLE TRANSVERSAL PARABÓLICO O DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE.</p> <p><b>SUSPENSION POSTERIOR:</b> TIPO RÍGIDO COM MUELLES PARABÓLICOS O SEMI – ELÍPTICOS O DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE.</p>
A13	<p><b>RUEDAS Y NEUMATICOS:</b></p> <p><b>ARO:</b> DE ACERO DE DIÁMETRO MÍNIMO DE 16 PULGADAS.</p> <p><b>NEUMÁTICOS:</b> RADIALES DE ACUERDO A LAS DIMENSIONES DE ARO OFERTADO.</p> <p><b>LLANTA DE REPUESTO:</b> NEUMÁTICO CON ARO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS A LAS SOLICITADAS, UBICADA EN LA PARTE EXTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN MEDICA CON SEGURO INCORPORADO.</p>
A14	<p><b>SISTEMA ELECTRICO:</b></p> <p><b>BATERÍA:</b> 12 VOLTIOS, CON CAPACIDAD DE 90 Ah COMO MÍNIMO.</p> <p><del><b>SISTEMA DE CARGA:</b> ALTERNADOR COMO MÍNIMO DE 150 AMP CON CAPACIDAD QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN LA VEHICULO Y CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA.</del> <b>ALTERNADOR COMO MÍNIMO DE 100 AMP CON CAPACIDAD QUE</b></p>



	<b>GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN LA VEHICULO Y CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA.</b> <b>LUCES DELANTERAS:</b> SI
A15	<b>ESCAPE DE GASES:</b> LA EXPULSIÓN DE LOS GASES DE COMBUSTIBLE DEBEN DE ESTAR UBICADOS DE TAL FORMA QUE NO INGRESEN A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS Y EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LA TOMA DE AIRE ACONDICIONADO O DUCTOS DE VENTILACIÓN.
A16	<del>CAPACIDAD DE CARGA (PESO BRUTO VEHICULAR – PESO NETO VEHICULAR): MÍNIMO 1,240 kg, QUE PUEDA TRANSPORTAR EL VEHÍCULO (PERSONAS Y/O ACONDICIONAMIENTO)</del> <b>CAPACIDAD DE CARGA O CARGA UTIL: 1,200 KG COMO MÍNIMO (COMO VEHICULO)</b>
<b>B</b>	<b>CABINA DE CONDUCCIÓN</b>
B01	<b>DISEÑO:</b> COMPARTIMIENTO SEPARADO CON LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. CON PARED DIVISORIA, CON UNA VENTANA DESLIZANTE.
B02	<b>ASIENTOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARA PILOTO:</b> TIPO BUTACA ORIGINAL DE FABRICA, CON RESPALDAR RICLANABLE Y ERGONOMICOS, CON AJUSTES DE POSICIÓN.</li> <li>• <b>PARA COPILOTO:</b> TIPO BUTACA O BANCA ORIGINAL DE FÁBRICA, CON RESPALDAR Y ERGONOMICOS.</li> </ul>
B03	<b>CINTURONES DE SEGURIDAD:</b> SI.
B04	EQUIPO DE SONIDO: RADIO AM/FM/USB, 2 PARLANTES COMO MÍNIMO.
B05	SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO FRIO/CALOR, CON RENOVACIÓN DE AIRE GARANTIZANDO EL ADECUADO ABASTECIMIENTO DE AIRE FRESCO PARA LA CABINA DE CONDUCCIÓN.
B07	<b>INSTRUMENTOS MÍNIMOS:</b>
B08	VELOCÍMETRO Y ODÓMETRO EN KILÓMETROS.
B09	TACÓMETRO.
B10	MEDIDOR DEL NIVEL DE COMBUSTIBLE.
B11	MEDIDOR DE TEMPERATURA.
B12	MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE PRESIÓN O NIVEL DE ACEITE.
B13	MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE CARGA DE BATERÍA.
B14	INDICADOR DE LUZ ALTA, INDICADOR DE LUCES DIRECCIONALES.
B15	ESPACIOS DE ALMACENAMIENTO MÚLTIPLES O SEGÚN DISEÑO DE CADA FABRICANTE.
<b>C</b>	<b>CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA:</b>
C01	LA CABINA DEBERÁ CONTAR CON ADECUADA CALIDAD EN SUS ACABADOS Y CONTARÁ CON UN ESPACIO PARA ALOJAR COMO MÍNIMO A UN PACIENTE EN CAMILLA O PERSONA EN SILLA DE RUEDAS, DOS (2) PERSONAS DE ATENCIÓN SENTADAS COMO MÍNIMO, CON LIBERTAD PARA REALIZAR LAS MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE. <b>DIMENSIONES INTERNAS</b> DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 953-2006-MINSA QUE APRUEBA LA NTS N° 051-MINSA/OGDN - V.01, "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE" <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ALTO:</b> NO MENOR DE 160 cm</li> <li>• <b>LARGO:</b> NO MENOR 230 cm</li> <li>• <b>ANCHO:</b> NO MENOR DE 170 cm</li> </ul>
C02	<b>ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES:</b> EL DISEÑO DEBERÁ RESPETAR EL PERFIL AERODINÁMICO DEL VEHÍCULO CENTRO DE GRAVEDAD Y EQUILIBRIO. LA SUSPENSIÓN DEBERÁ ESTAR GARANTIZADA Y ACORDE A LAS DIMENSIONES Y PESO DE LA CABINA SANITARIA; DEBIENDO CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD INTERNACIONAL Y/O NACIONAL
C03	<b>PARED INTERNA:</b> DEBE ESTAR RECUBIERTO CON MATERIAL SINTÉTICO CON UN RETARDO AL FUEGO DE 100 mm/min, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, IMPERMEABLE, LAVABLE, UNIFORME Y CONTINUO DE COLOR CLARO
C04	<b>PUERTAS DE ACCESO:</b> LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER: DOS (02) PUERTAS TRASERAS VERTICALES DE CIERRE HERMÉTICO Y UNA (01) PUERTA LATERAL DESLIZANTE AL LADO DERECHO DEL VEHICULO, CON VENTANAS DE VIDRIO TEMPLADO.
C05	<b>SUPERFICIE INTERIOR:</b> NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES, RECUBIERTO CON MATERIAL IMPERMEABLE, LAVABLES, RETARDANTES DEL FUEGO, ANTI PARÁSITO, ANTI HONGO Y RESISTENTE A LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN DE USO HABITUAL.
C06	<b>PISO:</b> DE MATERIAL SINTÉTICO, PLANO, SIN OBSTÁCULOS NI DEFORMACIONES SALVO LOS GUARDAFANGOS, ANTIDESLIZANTE, RESISTENTE AL DESGASTE, CON RECUBRIMIENTO FINAL DE UNA SOLA PIEZA, SIN COSTURAS. CON PROTECCIÓN EN LA ZONA ACCESO DE LA CAMILLA
C07	EL SISTEMA DE FIJACIÓN DE LA CAMILLA, SERÁ ANCLADA SOBRE EL PISO DEL VEHÍCULO EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. SU DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS NI SISTEMA DE RIELES.
C08	EQUIPOS INSTALADOS DE MANERA SEGURA Y DE FÁCIL ACCESO Y MANIPULACIÓN; PERMITIENDO ADEMÁS SER RETIRADOS DEL VEHÍCULO EN CASO DE NECESIDAD DE USO FUERA DE ÉL.
C09	<b>SISTEMA ELÉCTRICO:</b> TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA

	DEDICADA, CONECTADA AL SISTEMA DE CARGA DE LA UNIDAD MÓVIL. TABLERO DE FUSIBLES DE FÁCIL ACCESO. CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE, TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN. CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC, CANALIZADO, PROTEGIDO Y CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA, RESISTENTE A LA IGNICIÓN Y LIBRE DE HALÓGENOS. <del>UN CONVERTIDOR DE 12 VDC/220VAC, POTENCIA 2000 W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC Y 220 VAC (04 UNIDADES VAC Y 04 UNIDADES VDC) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</del> <b>UN CONVERTIDOR DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000W COMO MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC Y 220 VAC (02 UNIDADES VAC Y 02 UNIDADES VDC COMO MÍNIMO) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS.</b> LOS TOMACORRIENTES DE DIFERENTES TENSIONES NO DEBEN SER INTERCAMBIABLES. UN TOMACORRIENTE CON CONEXIÓN EXTERNA QUE PERMITA LA CARGA DE LOS EQUIPOS Y DEL CONVERTIDOR DESDE UNA FUENTE DOMICILIARIA CON TOMA A TIERRA (220 VAC). LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS. CABLE VULCANIZADO DE 30 METROS CON SUS CONECTORES ADAPTADOS Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO.
C10	<b>SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO:</b> ADECUADO PARA LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA QUE INCLUYA UN SISTEMA DE RENOVACIÓN DE AIRE CON FILTRO. CON EXTRACTOR DE AIRE.
C11	<b>EXTERIORES:</b> COLORES, DISEÑOS, DISTINTIVOS, ACORDE A NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 Y A LO SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN (EL DISEÑO DE PINTURA Y PLOTEO SERÁ PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD OPORTUNAMENTE AL POSTOR ADJUDICADO).
C12	<b>SISTEMA DE OXIGENO MEDICINAL:</b> DOS (02) TOMAS TIPO DISS EMPOTRADAS COMO MÍNIMO, CON UN COMPARTIMIENTO ADAPTADO, CON SISTEMA DE FIJACIÓN, PARA ALOJAR UNA (01) BOTELLA DE OXÍGENO DE TIPO M DE MANERA VERTICAL, SIN PÉRDIDA DE SUMINISTRO. CON SUS ACCESORIOS DE USO MEDICINAL (MANIFOLD, REGULADOR, FLUJÓMETROS, VÁLVULAS, CONECTORES Y MANGUERAS) DEBIDAMENTE NORMALIZADOS. TODOS LOS CONDUCTOS PARA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN SER VENTILADOS Y ACCESIBLES. LA INSTALACIÓN DE GASES NO DEBE SER COMPARTIDA CON LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS.
C13	<del>A NIVEL DEL TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</del> <b>A NIVEL DE TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y UN DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO Y/O FIJO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</b>
C14	ILUMINACIÓN INTERIOR LUZ BLANCA, PREFERENTE TIPO LED, INDEPENDIENTE, MÍNIMO CUATRO (04) LÁMPARAS, INTENSIDAD VARIABLE, INTERRUPCIÓN INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE, PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX. UNA (01) LÁMPARA DE ACCIONAMIENTO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA.
C15	VENTANAS DE VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO.
C16	SISTEMA ADICIONALES DE SEGURIDAD: EXTINTORES Y PASAMANOS SOBRE LAS PUERTAS E INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA.
C17	NIVEL DE RUIDO AL INTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN CONFORME A LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 830-2012-MINSA.
<b>D</b>	<b>MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA:</b>
D01	<del>UN (01) GABINETE EMPOTRADO Y SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADO DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, CON ESTANTERÍA EN MATERIAL SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS. CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES.</del> <b>UN (01) GABINETE EMPOTRADO Y SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADO DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, CON ESTANTERÍA EN MATERIAL SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS, OPCIONALMENTE CON CAPACIDAD PARA ALOJAR LA TABLA RÍGIDA. CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES.</b>
D02	UN (01) GABINETE-ASIENTO, LONGITUDINAL TIPO CAJÓN, UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O PARA TRANSPORTAR TRES (03) PERSONAS SENTADAS, CON CINTURONES DE SEGURIDAD, TAPIZ IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, TAPA REBATIBLE Y CAPACIDAD PARA ALOJAR LA TABLA RÍGIDA Y EQUIPOS VARIOS, CON BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS.
D03	<del>ASIENTO GIRATORIO TIPO AUTOMOTRIZ, CON CABEZAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01) UBICADO EN CABECERA DE LA UBICACIÓN DE LA CAMILLA. CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA, ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO.</del> <b>ASIENTO GIRATORIO Y/O FIJO TIPO AUTOMOTRIZ, CON CABEZAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01) UBICADO EN CABECERA DE LA UBICACIÓN DE LA CAMILLA. CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA, ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO.</b>
D04	UNA (01) LÁMPARA DE LUZ DIRECTA PARA EXAMEN DEL PACIENTE.
D05	CONTENEDOR DE RESIDUOS DE 3 L.
<b>E</b>	<b>ACCESORIOS:</b>

E01	UNA (01) BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE LUZ HALOGENA O LED. CON ALTAVOZ PARA INTEMPERIE MAYOR A 100 WATTS, EL MISMO QUE PUEDE SER INTEGRADO A LA BARRA DE LUCES O INDEPENDIENTE.
E02	<b>EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN:</b> SOBRE UNIDAD MÓVIL, SINTONIZADO CON LA CENTRAL DE SU BASE DE OPERACIONES (LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DE ESTE BIEN, SE DETALLADAS EN LA SECCIÓN DE EQUIPO DE COMUNICACIONES).
E03	<b>SISTEMA DE MONITOREO SATELITAL:</b> (GPS) SERVICIO CUBIERTO POR LO MENOS DE <b>12 MESES</b> . EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR CON LA ENTREGA DE LA UNIDAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE MONITOREO.</li> <li>COPIA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL MINISTERIO DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES (MTC).</li> <li>COPIA DE QUE EL PROVEEDOR DEL EQUIPO (GPS) Y SERVICIOS ES UN PRESTADOR INSCRITO EN EL MTC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DEL TUO DE LA LEY DEL MTC.</li> </ul>
E04	SEIS (06) DISPOSITIVOS DE LUCES HALOGENAS O LEDS COMO MÍNIMO.
E05	DOS (02) FAROS ANTINEBLA O BARRA LED DELANTERA.
E06	UN (01) JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO.
E07	DOS (02) EXTINTORES: UNO (01) DE PQS O CO2 INSTALADO EN LA CABINA CONDUCCIÓN Y UNO (01) DE PQS O CO2 EN LA CABINA MÉDICA, CON SISTEMA DE ANCLAJE.
E08	CINTAS REFLECTIVAS, SEGÚN NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01.
<b>F</b>	<b>HERRAMIENTAS BÁSICAS:</b>
F01	UNA (01) GATA HIDRÁULICA TIPO LAGARTO O CAIMÁN DE 2 TN COMO MÍNIMO.
F02	UN CABLE DE REMOLQUE TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS ADECUADO AL VEHÍCULO OFERTADO.
F03	UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA.
F04	UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL CON ALIMENTACIÓN DESDE EL ENCENDEDOR.
F05	UNA (01) LLAVE DE RUEDAS EN CRUZ.
F06	UN (01) DESARMADOR PLANO 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.
F07	UN (01) DESARMADOR ESTRELLA 8 PULGADAS COMO MÍNIMO.
F08	UN JUEGO DE LLAVES MIXTAS PARA MECÁNICA DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.
F09	UN JUEGO DE DADOS PARA MECÁNICA CON PALANCA, MILIMÉTRICAS DE 8 mm A 19 mm, SEIS (06) PIEZAS COMO MÍNIMO.
F10	DOS (02) LLAVES FRANCESAS UNA DE 8 PULGADAS MÍNIMO Y OTRA DE 10 PULGADAS MÍNIMO
F11	UN (01) ALICATE DE CORTE DE 8 PULGADAS MÍNIMO
F12	UN (01) ALICATE DE PRESIÓN DE 8 PULGADAS MÍNIMO
F13	UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS.
F14	<del>UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRÓ ELÉCTRICO DE 12 V/CC Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/min.</del> <b>F14 UN (01) COMPRESOR DE AIRE DE DOBLE PISTÓN DE ACERO INOXIDABLE U OTRO TIPO DE METAL, PARA INFLADO DE NEUMÁTICOS, CON SUMINISTRÓ ELÉCTRICO DE 12 VOLTIOS COMO MÍNIMO Y CONECTORES A BATERÍA Y/O TOMA ELÉCTRICA DEL AUTOMÓVIL, DE FLUJO MÍNIMO DE 50 L/MIN.</b>
<b>G</b>	<b>GARANTÍA:</b>
G01	<b>PARA EL VEHÍCULO Y CABINA MÉDICA:</b> 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.
G02	<b>PARA EL EQUIPAMIENTO MÉDICO:</b> 36 MESES DE GARANTÍA COMO MÍNIMO, CONTRA CUALQUIER DEFECTO DE FABRICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.
<b>H</b>	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO (AMBULANCIA Y EQUIPO MÉDICO)</b>
H01	<del>MANTENIMIENTO PREVENTIVO: OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHÍCULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MÉDICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL — OXÍMETRO DE PULSO — MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL — BOMBA DE INFUSIÓN — INCUBADORA DE TRANSPORTE Y VENTILADOR MECÁNICO PORTÁTIL);</del> <b>OCHO (08) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL VEHÍCULO Y CUATRO (04) MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS COMO MÍNIMO AL EQUIPAMIENTO MÉDICO (ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL , OXÍMETRO DE PULSO, MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL - BOMBA DE INFUSIÓN - INCUBADORA- VENTILADOR MECÁNICO)</b> CON FRECUENCIA SEGÚN RECOMENDACIÓN DEL FABRICANTE.
<b>I</b>	<b>MANUALES:</b>
I01	MANUALES DE USUARIO Y DE SERVICIO TÉCNICO PARA LOS EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y SOLO MANUALES DE USUARIO O INSTRUCTIVO DE USO PARA LOS EQUIPOS DE BAJA COMPLEJIDAD; TODOS EN IDIOMA ESPAÑOL, LOS CUALES SE ENTREGARÁN CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA Y EL EQUIPO MEDIO, SI ESTOS MANUALES SE ENCONTRARAN EN IDIOMA EXTRANJERO, ADICIONALMENTE SE ENTREGARÁ LA TRADUCCIÓN, ELABORADA POR UN TRADUCTOR COLEGIADO.
<b>J</b>	<b>PRUEBA DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO, PROTOCOLOS DE PRUEBAS E INSPECCIÓN TÉCNICA:</b>

J01	DEBERÁ SER PUESTO A PRUEBA Y FUNCIONAMIENTO DE TODOS SUS COMPONENTES. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS PRUEBAS DE ENSAYO Y/O FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES, POR EL PERSONAL ESPECIALIZADO, BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS.
	<b>AMBULANCIA:</b> PRUEBAS DE OPERATIVIDAD DE LA UNIDAD, VENTILACIÓN, INSTALACIONES DE OXÍGENO, INSTALACIÓN ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN, MATERIALES Y CONDICIONES FÍSICAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MEDICA Y OTROS QUE CORRESPONDA.
	<b>EQUIPOS MÉDICOS:</b> PRUEBAS DE OPERATIVIDAD Y VERIFICACIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.
J02	LOS PROTOCOLO DE PRUEBAS DEBERÁ PRESENTARSE CON ANTERIORIDAD A LA RECEPCIÓN DE LA AMBULANCIA.

EQUIPAMIENTO PARA AMBULANCIAS			
TIPO	ITEM	DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	CANT
Ambulancia Tipo III	1	ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL	1
	2	CAMILLA TELESCÓPICA	1
	3	CHALECO DE EXTRICACION	1
	4	CILINDRO DE OXIGENO TIPO D	1
	5	CILINDRO DE OXIGENO TIPO M	1
	6	ESTETOSCOPIO ADULTO	1
	7	ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1
	8	JUEGO DE FÉRULAS	1
	9	LINTERNA PARA EXAMEN	1
	10	MALETIN DE MEDICAMENTOS	1
	11	MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA	1
	12	PANTOSCOPIO	1
	13	SET DE COLLARINES CERVICALES	1
	14	SILLA DE RUEDAS PLEGABLE	1
	15	TABLA RÍGIDA	1
	16	TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1
	17	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO	1
	18	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL	1
	19	MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL	1
	20	BOMBA DE INFUSIÓN	1
	21	INCUBADORA DE TRANSPORTE	1
	22	VENTILADOR MECÁNICO PORTÁTIL	1
	EQUIPO DE COMUNICACIONES		
	23	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL	1
	24	HANDY	2
TOTAL			25

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y FLUIDOS DE PACIENTES TRANSPORTADOS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	EQUIPO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PORTATIL, DISEÑADO PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA).
A02	INDICADOR DE PRESION NEGATIVA.
A03	CON FILTRO ANTIBACTERIANO.
A04	DE ESTRUCTURA EN ABS ANTIGOLPES
A05	ASA INTEGRADA AL EQUIPO.
A06	LA PREINSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE.
<b>A07</b>	<b>BOMBA DE VACÍO</b>
A08	PRESION REGULABLE
A09	RANGO DE PRESION DE VACIO: DE 0 HASTA 600 mm Hg O MAYOR VACIO.
A10	CON BAJO DE NIVEL DE RUIDO, IGUAL O MENOR A 70 dB.
A11	CAPACIDAD DE SUCCION CONTINUA DE 30 LPM Ó MÁS
<b>A12</b>	<b>FRASCO RECOLECTOR</b>
A13	UN (01) FRASCO CON CAPACIDAD EFECTIVA DE UN (01) LITRO o MAS.
A14	DE PLASTICO TRANSPARENTE (POLISULFONA O POLICARBONATO O POLIPROPILENO) CON ESCALA DE MEDIDA.
A15	ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
A16	DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CONTRA REBOSE O SOBRE FLUJO
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS</b>
B01	UN (01) FRASCO RECOLECTOR DE REPUESTO CON ESCALA GRADUADA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS SOLICITADOS.
B02	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTOS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTO O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE ADULTO</b>
B03	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE PEDIÁTRICAS</b>
B04	<del>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL</del> <b>DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL O SONDAS DE SUCCIÓN DESECHABLE NEONATAL</b>
B05	<del>DIEZ (10) FILTROS ANTIBACTERIANO</del> <b>DIEZ FILTROS ANTIBACTERIANOS o FILTROS DE BACTERIAS HIDROFOBICOS</b>
B06	TUBO DE SILICONA FLEXIBLE.
B07	BOLSA DE TRANSPORTE PARA EL EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES Y SUS ACCESORIOS.
B08	DISPOSITIVO DE SOPORTE.
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO DE ENERGIA</b>
C01	SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DE LA AMBULANCIA
C02	<del>CON BATERIA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 45 MINUTOS</del> <b>C02 CON BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 65 MINUTOS</b>
C03	APTO PARA FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ



ESPECIFICACIONES TECNICAS
MOBILIARIO
CAMILLA TELESCÓPICA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS Y AÉREAS PRE HOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	SISTEMA DE DOBLE FIJACIÓN AL VEHÍCULO
A02	<del>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO REFORZADO O ACERO INOXIDABLE.</del> <b>CAMILLA TELESCÓPICA TIPO TIJERA O X O M, CONSTRUIDA EN TUBO DE ALUMINIO O DURALUMINIO O ACERO INOXIDABLE.</b>
A03	MÍNIMO DOS (02) RUEDAS GIRATORIAS, DE 12 cm DE DIAMETRO COMO MÍNIMO, CON DISPOSITIVO PARA FRENO POR LO MENOS EN DOS DE SUS RUEDAS.
A04	<del>DE MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (COMO MÍNIMO SEIS POSICIONES), CONTROLADOS MANUALMENTE, PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</del> <b>DE 02 MÚLTIPLES ALTURAS O NIVELES POSIBLES (MÍNIMO ALTO Y BAJO) CONTROLADOS MANUALMENTE POR CUALQUIERA DE LOS DISPOSITIVOS PARA SU FÁCIL ACCESO EN CUALQUIER SITUACIÓN.</b>
A05	ADOPTA POSICION FOWLER; CAPACIDAD DE ADOPTAR POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.
A06	RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE RPC O SHOCK.
A07	DOS BARANDAS LATERALES DESLIZABLES ó PLEGABLES ó RETRACTILES.
A08	COLCHONETA CON CUBIERTA DE MATERIAL A PRUEBA DE HUMEDAD Y DE FACIL DESINFECCION.
A09	CON SISTEMA DE RUEDAS ADICIONALES PARA SUBIR LA CAMILLA A LA AMBULANCIA.
A10	CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 200 KILOS.
A11	CON CAPACIDAD PARA ALOJAR BALON DE OXIGENO PORTÁTIL DE FORMA SEGURA O UN MECANISMO DE SOPORTE DE FIJACIÓN.
A12	<del>CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</del> <b>OPCIONAL: CON ARTICULACION EN LA ZONA DE LA RODILLA Y ARTICULACION A LA ALTURA DE LA CABECERA.</b>
A13	<del>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL: EN 1865 Y EN 1789, CERTIFICADO ISO 13485:2016. CERTIFICADOS A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA</del> <b>PRESENTAR CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA INTERNACIONAL A NOMBRE DEL FABRICANTE DE LA CAMILLA: EN 1865 Y/O EN 1789 Y/O CERTIFICADO ISO 13485:2016 Y/O ISO 9001</b>
B	ACCESORIOS
B01	UN (01) GANCHO O MECANISMO DE SEGURIDAD INGRESO Y SALIDA EN LA AMBULANCIA O SEGÚN EL DISEÑO DE CADA FABRICANTE. (OPCIONAL)
B02	LONA PARA TRANSFER CON ASAS (TRANSFER FLAT).
B03	UN (01) PORTA SUERO TELESCÓPICO.
B04	<del>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECCIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO Y CIERRE FACIL IMPERMEABLE A LIQUIDOS Y FLUIDOS CORPORALES.</del> <b>UN (01) JUEGO DE CORREAS DE SUJECCIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TORAX, CON CLIP METÁLICO</b>

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
CHALECO DE EXTRICACION

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO DE PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	QUE PERMITA USO SIMULTÁNEO DE COLLARÍN CERVICAL.
A02	CAPACIDAD DE INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL.
A03	REFORZADO CON VARILLAS.
A04	TRANSPARENTE A LOS RAYOS X.
A05	MATERIAL POLIVINILO LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE.

	<b>MATERIAL POLIVINILO O RECUBIERTO CON VINILO, LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE.</b>
A06	USO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y EMBARAZADAS.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES</b>
B01	ALMOHADA PARA LA NUCA.
B02	BANDA PARA LA NUCA Y BARBILLA
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS</b>
C01	BOLSA DE TRASLADO CON ASA.
C02	CORREAS CODIFICADAS POR COLOR CON CLIP DE SEGURIDAD.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO D</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 425 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO, TIPO D.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DURANTE EL TRASLADO EN CAMILLA FUERA DE LA AMBULANCIA.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO (CGA-870).
B04	REGULADOR CON MANÓMETRO DE OXÍGENO.
B05	FLUJOMETRO DE 0 A 15 LPM Ó MAYOR.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	UN (01) HUMIDIFICADOR REUSABLE, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>DISPOSITIVO MÉDICO</b>
<b>CILINDRO DE OXIGENO TIPO M</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN OXIGENOTERAPIA PARA SU TRASLADO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 3,450 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE, TIPO M. CON BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA.
A02	MATERIAL DE ALUMINIO TIPO M.
A03	PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-540).
B03	CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA TIPO GRIFO.
B04	MANÓMETRO DE OXÍGENO DE 0 A 2500 PSI O MÁS, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI PARA LA ALIMENTACIÓN DE LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
B05	DOS (02) FLUJOMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	DOS (02) HUMIDIFICADORES REUSABLES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.

C02	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX.
C03	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX.
C04	DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE O NEONATAL LIBRE DE LÁTEX.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO ADULTO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES ADULTOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE
A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA)
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.

<b>ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>
<b>EQUIPO MÉDICO</b>
<b>ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO</b>

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE
A02	DE DOBLE CAMPANA.
A03	CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.
A04	BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE.
A05	DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA).
A06	TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS.
A07	OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR.
<b>B</b>	<b>COMPONENTES:</b>
B01	EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO.
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
C01	REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA.



ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
JUEGO DE FÉRULAS	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS Y QUE REQUIEREN INMOVILIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES,

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	RÍGIDA CON ALMA FLEXIBLE DE ALEACIÓN DE ALUMINIO.
A02	DE MATERIAL LAVABLE, NO ABSORBENTE A FLUIDOS Y SECRECIONES.
A03	SISTEMA DE FIJACIÓN O SUJECCIÓN POR VELCRO.
A04	NO DEBE TENER VÁLVULAS, BOMBAS
B	COMPONENTES:
B01	UN JUEGO DE FÉRULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, COMPRENDE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MUÑECA.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR ANTEBRAZOS DE ADULTOS O PIERNAS DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR TOBILLO O CODO.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS SUPERIORES DE ADULTOS O INFERIORES DE NIÑOS.</li> <li>• FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES DE ADULTOS.</li> </ul>
C	ACCESORIOS:
C01	CON BOLSA DE TRANSPORTE.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
LINTERNA PARA EXAMEN	

**DEFINICION FUNCIONAL:** UTILIZADO PARA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE TRATAMIENTO

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	LINTERNA PARA EXAMEN LED (LUZ BLANCA).
A02	CLIP TIPO LAPICERO.
A03	PARA USO MÉDICO.
A04	MANGO A PILAS.
B	ACCESORIOS
B01	UN (01) JUEGO DE BATERÍAS DE REPUESTO
B02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO.
B03	UN CARGADOR PARA BATERÍAS.
C	REQUERIMIENTO DE ENERGIA
C01	PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
MALETIN DE MEDICAMENTOS	

**DEFINICION FUNCIONAL:** CONTENDRÁ MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES PARA BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA EN PACIENTES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	MALETIN DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO. <b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES Y CAÍDAS, DE USO CONSTANTE Y DURABLE.
B	COMPONENTES

B01	DEBE ALBERGAR COMO MÍNIMO LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES INDICADOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD N°051-MINSA/OGDN-V0.1. (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES)
-----	--

ESPECIFICACIONES TECNICAS
DISPOSITIVO MÉDICO
MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA USO EN PACIENTES CON PARO RESPIRATORIO Y/O ALTERACIONES OXIGENATORIAS O VENTILATORIAS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	<del>MALETÍN DISEÑADO PARA EMERGENCIAS, COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON ESPACIOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO.</del> <b>MALETÍN Y/O MOCHILA MULTIUSO DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES, COMPLETAMENTE RÍGIDO O SEMIRÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO O CORDURA DE NYLON DE 1000 D, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO</b>
A02	PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES, CAÍDAS Y USO CONSTANTE, DURABLE.
B	COMPONENTES:
B01	RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS:
B02	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR DE 1200 CC.
B03	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES ADULTOS DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B04	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA PEEP REGULABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B04	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B05	RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO:
B06	BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR A 450 CC Y MENOR A 1000 CC.
B07	DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE.
B08	VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBRE PRESIÓN (RELIEF) ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE.
B09	BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC.
B10	LARINGOSCOPIO:
B11	CON SISTEMA DE ILUMINACIÓN DE FIBRA ÓPTICA, LÁMPARA DE XENÓN O LED, CON TRES HOJAS DE ACERO INOXIDABLE.
B12	DE DIFERENTES TAMAÑOS, REUSABLES Y AUTOCLAVABLES, PARA PACIENTES ADULTOS TIPO MACINTOSH; UNA HOJA PARA PACIENTES. PEDIÁTRICOS TIPO MACINTOSH REUSABLE Y AUTOCLAVABLES; TRES HOJAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS TIPO MILLER REUSABLE.
B13	UN MANGO PARA PILAS.
B14	SET DE TUBOS OROFARÍNGEOS:
B15	TIPO MAYO DE DIFERENTES TAMAÑOS: MÍNIMO 12 UNIDADES
B16	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (OROTRAQUEAL CON CUFF):
B17	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B18	VEINTE (20) GUÍAS DESECHABLES.
B19	SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (NASOTRAQUEAL SIN CUFF):
B20	DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS Y DOCE (12) UNIDADES PARA PACIENTES ADULTOS COMO MÍNIMO TRES (03) TAMAÑOS DISTINTOS.
B21	SET DE TUBOS NASOFARÍNGEOS PREFORMADOS:
B22	DOCE (12) UNIDADES: 6 ADULTOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO) Y 6 PEDIÁTRICOS (2 TAMAÑOS DISTINTOS COMO MÍNIMO)
B23	MÁSCARAS LARÍNGEAS DESCARTABLES:
B24	CINCO (05) UNIDADES: 2 PEDIÁTRICOS Y 3 ADULTOS.
B25	01 PINZA TIPO MAGILL PEDIÁTRICO.
B26	01 PINZA TIPO MAGILL ADULTO
B27	01 BOTELLA DE ALUMINIO PARA OXÍGENO PORTÁTIL CON REGULADOR Y FLUJÓMETRO TIPO M-9, PARA SER TRANSPORTADO DENTRO DEL MALETÍN. BOTELLA LLENA A PRESIÓN MÁXIMA.
B28	ABREBOCA.
B29	DEPRESOR LINGUAL BUCHWALD DE ACERO QUIRÚRGICO.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
PANTOSCOPIO

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO MÉDICO USADO EN EL EXAMEN VISUAL DE LA PARTE BUCAL, VISTA Y OÍDO DEL PACIENTE ADULTO.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES:</b>
A01	SET DE DIAGNÓSTICO QUE INCLUYE OFTALMOSCOPIO, OTOSCOPIO Y ACCESORIOS, PARA PACIENTE ADULTO.
A02	EL MATERIAL METALICO DEL PANTOSCOPIO, DEBE SER METALICO RESISTENTE A LA CORROSIÓN.
<b>B</b>	<b>OTOSCOPIO:</b>
B01	APTO PARA TRABAJO CON ESPÉCULOS DE MATERIAL PLÁSTICO O SIMILAR DE TAMAÑOS DIFERENTES.
B02	CON LUPA PARA VISUALIZACIÓN TIMPÁNICA.
B03	SISTEMA DE ILUMINACION POR LAMAPARA LED.
B04	CAPACIDAD PARA OTOSCOPIA NEUMÁTICA.
B05	ESPECULO NASAL AJUSTABLE ADOSABLE AL OTOSCOPIO.
<b>C</b>	<b>OFTALMOSCOPIO:</b>
C01	COMPUESTO POR DIAFRAGMA DE RUEDA, DIAFRAGMA LINEAL VERTICAL.
C02	<del>CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -25 D HASTA +25 D O RANGO MÁS AMPLIO, EN PASOS INDIVIDUALES.</del> <b>CAPACIDAD DE TRABAJO: DE -20 D HASTA +25D O RANGO MAS AMPLIO O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
C03	APERTURA PARA ILUMINACIÓN DE HENDIDURA.
C04	FILTRO PARA ILUMINACIÓN LIBRE DE ROJO (FILTRO VERDE).
C05	FILTRO PARA USO DE FLUORESCENCIA.
C06	BANCO DE DIAFRAGMAS PARA USO EN PUPILAS PEQUEÑAS Y DILATADAS.
C07	ILUMINACIÓN POR LÁMPARA LED O XENON.
<b>D</b>	<b>PORTALÁMPARAS NASO-RINO-LARINGEO:</b>
D01	ILUMINACIÓN DE PORTALÁMPARAS CON LÁMPARA DE LUZ LED O XENÓN
D02	JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
D03	CON SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
<b>E</b>	<b>MANGO:</b>
E01	MANGO RECARGABLE PARA USO COMPARTIDO ENTRE OFTALMOSCOPIO Y OTOSCOPIO CON REGULADOR DE INTENSIDAD DE LUMINOSA (POTENCIÓMETRO).
E02	CONSTRUIDO EN MATERIAL METÁLICO, CON SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE.
E03	CON ENCAJE PRACTICO Y RÁPIDO PARA INTERCAMBIO DE CABEZALES.
E04	FUNCIONAMIENTO CON FUENTE DE BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA.
<b>F</b>	<b>ACCESORIOS INCLUIDOS EN TODO EL SET:</b>
F01	LÁMPARAS DE REPUESTO PARA: (01) OFTALMOSCOPIO, (01) OTOSCOPIO
F02	UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO PARA PORTALÁMPARAS.
F03	UN (01) JUEGO DE ESPÉCULOS REUTILIZABLES DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F04	UN (01) PERA PARA PRUEBA NEUMÁTICA COMPATIBLE AL OTOSCOPIO.
F05	UN (01) PORTALÁMPARAS.
F06	UN (01) JUEGO DE ESPEJOS LARÍNGEOS DE DIFERENTES TAMAÑOS.
F07	UN (01) SOPORTE DEPRESOR LINGUAL.
F08	DOS (02) JUEGOS DE BATERÍA RECARGABLE, (UN JUEGO ESTÁNDAR Y OTRO DE REPUESTO).
F09	UN (01) CARGADOR DE BATERÍAS ORIGINAL DE FÁBRICA, ALIMENTADO A TENSIÓN DE 220 VAC 60 HZ, SEGÚN DISEÑO DEL FABRICANTE.
F10	UN (01) ESTUCHE CONTENEDOR DEL SET.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
SET DE COLLARINES CERVICALES	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA LA INMOVILIZACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTES CON TRAUMA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES
A01	TRES (03) TAMAÑOS COMO MÍNIMO.
A02	RADIO COMPATIBLE CON RX, TAC Y MRI.
A03	CON ORIFICIO PARA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA
A04	RÍGIDO CON CUBIERTA PLÁSTICA PARCIAL
A05	TIRA DE VELCRO O CIERRE REGULABLE.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
MOBILIARIO	
SILLA DE RUEDAS PLEGABLE	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA EVACUAR A PACIENTES DISCAPACITADOS POR ESCALERAS DE EDIFICIOS O ESPACIOS CONFINADOS DE FORMA CÓMODA Y SEGURA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	BASTIDOR PLEGABLE DE ALUMINIO LIGERO Y MANIOBRABLE.
A02	CAPACIDAD DE CARGA COMO MÍNIMO DE 150 kg.
A03	CON CUATRO (04) EMPUÑADURAS PLEGABLES EN EL RESPALDO.
A04	EN LA PARTE INFERIOR CON DOS (02) EMPUÑADURAS TELESCÓPICAS.
A05	CON ASIENTO Y RESPALDO DE NYLON RECUBIERTO DE VINILO O LONA SINTÉTICA O MATERIAL DE ACUERDO AL DISEÑO DE CADA FABRICANTE, DE FÁCIL LIMPIEZA DE MANCHAS, SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.
A06	CON CUATRO (04) RUEDAS, MÍNIMO DOS (02) RUEDAS CON FRENO.
A07	CINTURÓN O CORREA DE SEGURIDAD PARA INMOVILIZAR AL PACIENTE.
A08	CON SISTEMA DE ANCLAJE PARA PARED Y/O PISO DE LA AMBULANCIA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS	
DISPOSITIVO MÉDICO	
TABLA RÍGIDA	

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA INMOVILIZAR A PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE COLUMNA E INMOVILIZADOR DE CABEZA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	MATERIAL SINTETICO DE ALTA DENSIDAD
A02	TRASLÚCIDO A LOS RAYOS X.
A03	PESO LIVIANO MENOR A 8 kg.
A04	TABLA PARA PACIENTE ADULTO.
B	ACCESORIOS
B01	INMOVILIZADOR DE CABEZA, REUSABLE, IMPERMEABLE, CON FIJACIÓN PARA FRENTE Y MANDÍBULA.
B02	TRES (03) SUJETADORES PARA PIERNA, CINTURA Y TÓRAX.
B03	CON CORREA TIPO "ARAÑA" (SPIDER STRAP)

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG. CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIABLES
B	COMPONENTES:
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA GRANDE</li> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA ESTÁNDAR</li> </ul>
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO

**DEFINICIÓN FUNCIONAL:** PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG, CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO.
A02	PIEZAS RECAMBIABLES
B	COMPONENTES
B01	MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm Hg.
B02	<del>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO</del> <b>CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI IMPACTO O CARCASA METALICA</b>
B03	PERILLA DE GOMA.
B04	VÁLVULA DE AJUSTE FINO
B05	DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE PEDIÁTRICO</li> <li>• UNO (01) PARA PACIENTE INFANTE</li> </ul>
B06	ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
OXÍMETRO DE PULSO

**DEFINICION FUNCIONAL:** EQUIPO NO INVASIVO UTILIZADO PARA MONITORIZAR LA SATURACIÓN DE OXIGENO (SPO2), Y LA FRECUENCIA DEL PULSO DE PACIENTES A BORDO DE LA AMBULANCIA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>
A01	PROCESAMIENTO DIGITAL DE LA SEÑAL.
A02	VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA.
A03	<del>PARAMETROS DE MEDICION:</del> <b>PARAMETROS DE MEDICION: DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
A04	SATURACION ARTERIAL DE OXIGENO (SPO2): DEL 70% O MENOS AL 99% O MÁS.
A05	<del>FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM A 230 BPM O RANGO DE MAYOR AMPLITUD.</del> <b>FRECUENCIA DE PULSACIONES (BPM): DE 30 BPM O MENOS A 230 BPM O MAS</b>
A06	<b>RESOLUCION:</b>
A07	<del>SATURACION (SPO2%): +/- 3% O MÁS PRECISO.</del> <b>SATURACION (SPO2%): +/- 3% O MEJOR O MAS PRECISO</b>
A08	PULSE RATE (BPM): 1BPM.
<b>A09</b>	<b>ALARMAS AUDIOVISUALES:</b>
A10	DE SpO2, NIVEL ALTO Y BAJO.
A11	DE BPM, NIVEL ALTO Y BAJO
A12	INDICADOR DEL ESTADO DE LA BATERIA.
<b>B</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
B01	TRES (03) SENSOR REUSABLES TAMAÑO ADULTO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B02	DOS (02) SENSOR REUSABLES TAMAÑO PEDIATRICO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO.
B03	UN (01) SENSOR REUSABLE NEONATAL O SEIS DESCARTABLES.
<b>B04</b>	<b>UN (01) BATERIA RECARGABLE.</b>
<b>C</b>	<b>REQUERIMIENTO ELÉCTRICO:</b>
C01	FUENTE DE BATERIA INCORPORADA RECARGABLE AUONOMIA DE 04 HORAS COMO MINIMO.
C02	CARGADOR DE BATERIAS ALIMENTADO A RED ELECTRICA.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MÉDICO
MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** TRATAMIENTO DE FIBRILACION VENTRICULAR, TAQUICARDIA VENTRICULAR Y BRADICARDIA, MEDIANTE DESCARGAS ELECTRICAS BREVES EN LA ZONA DEL CORAZON.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PORTÁTIL, PESO NO MAYOR A 8 kg. INCLUIDA LA BATERÍA.
A02	TIEMPO DE CARGA MENOR O IGUAL A 7 s. A MÁXIMA ENERGÍA (CON BATERÍA)
A03	SELECTOR DE CARGA EN EL PANEL DEL EQUIPO: PARA ONDA ESTÁNDAR (MONOFÁSICA) CON CAPACIDAD HASTA 200 JOULES (CON 08 Ó MÁS VALORES DE SELECCIÓN), O PARA ONDA BIFÁSICA RECTILINEA CON CAPACIDAD HASTA DE 200 JOULES (CON 18 Ó MÁS VALORES DE SELECCIÓN).
A04	CONTROL DE INICIO DE CARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS, Y DESCARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS.
A05	INDICADOR DE CARGA COMPLETA AUDIBLE Y/O GRÁFICA O VISUAL.
A06	CON UN PAR DE PALETAS EXTERNAS ADULTO Y PEDIÁTRICO, ESTAS ÚLTIMAS DESLIZABLES Ó MONTABLES.
A07	SINCRONISMO PARA CARDIO VERSIÓN.
A08	INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA
A09	CON PROTOCOLOS DE RCP, PRE CONFIGURADOS Y CONFIGURABLES POR EL USUARIO. <b>CON PROTOCOLOS DE RCP, PRE CONFIGURADOS Y OPCIONALMENTE CONFIGURABLES POR EL USUARIO</b>
A10	AYUDA EN TIEMPO REAL DURANTE LA MANIOBRA DE RCP, DANDO AL RESCATISTA INFORMACIÓN VISUAL Y AUDITIVA DE LA FRECUENCIA Y LA PROFUNDIDAD, DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). <b>AYUDA EN TIEMPO REAL DURANTE LA MANIOBRA DE RCP, DANDO AL RESCATISTA INFORMACIÓN VISUAL Y AUDITIVA DE LA FRECUENCIA Y/O LA PROFUNDIDAD, DE ACUERDO A LO RECOMENDADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA).</b>
B	COMPONENTES
	PANTALLA
B01	TAMAÑO DE PANTALLA DE 4.5 PULGADAS Ó MÁS.
B02	GRÁFICA DE ONDA ECG Y DISPLAY DIGITAL DEL VALOR MEDIDO EN PANTALLA.
B03	VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA ENERGÍA SELECCIONADA Ó LIBERADA.
	ELECTROCARDIOGRAMA ECG
B04	ADQUISICIÓN DE ECG MEDIANTE CABLE PACIENTE Y DE LAS PALETAS DE DESFIBRILACIÓN.
B05	ALARMA PARA FRECUENCIA CARDIACA.
	REGISTRADOR
B06	REGISTRADOR INTEGRADO AL EQUIPO, CON REGISTRO TIPO TÉRMICO.
B07	CAPACIDAD PARA PAPEL DE 45 mm Ó MÁS DE ANCHO.
C	COMPONENTES
C01	DOS CABLES ECG DE 03 RAMALES
C02	DOS CABLES ECG DE 05 RAMALES.
C03	CINCO (05) FRASCOS DE GEL ELECTRO CONDUCTOR.
C04	DIEZ (10) ROLLOS DE PAPEL TERMOSENSIBLE.
C05	SISTEMA DE PARCHES REUSABLES PARA ADULTOS.
C06	CINCO (05) PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO ADULTO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES.
C07	CINCO (05) PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO PEDIÁTRICO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES CON UN CABLE DIRECTO CONECTOR AL EQUIPO.
C08	CINCUENTA (50) ELECTRODOS DE ECG DESCARTABLES TIPO BROCHE PARA PIEL TAMAÑO ADULTO.
C09	CINCUENTA (50) ELECTRODOS DE ECG DESCARTABLES TIPO BROCHE PARA PIEL TAMAÑO PEDIATRICO.
D	REQUERIMIENTO DE ENERGIA
D01	TENSIÓN DE ALIMENTACIÓN 220/230 V/AC O RANGO QUE CONTENGA CUALQUIERA DE ESTOS VALORES.
D02	FUENTE DE BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMÍA DE 2.5 HORAS COMO MÍNIMO.



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	
EQUIPO MEDICO	
BOMBA DE INFUSION DE 2 CANALES	
<b>DEFINICION FUNCIONAL:</b> EQUIPO MEDICO DE DOS SALIDAS, CAPAZ DE SUMINISTRAR MEDIANTE PROGRAMACIÓN CONTROLADA, UNA DETERMINADA SUSTANCIA POR VÍA INTRAVENOSA (INFUSIÓN PARENTERAL) U ORAL (INFUSIONES ENTERALES)	
<b>REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:</b>	
<b>A</b>	<b>GENERALES:</b>
A01	EQUIPO DE MESA DE FÁCIL TRASLADO, CON CAPACIDAD DE SOSTENERSE EN UN PARANTE DE INFUSIÓN O PORTASUERO.
A02	<del>PROVISTO DE COMANDO CENTRAL Y CON DOS CANALES DE INFUSIÓN.</del> <b>PROVISTO DE COMANDO CENTRAL. CON DOS CANALES DE INFUSIÓN COMPACTO O MODULAR O SISTEMA MODULAR</b>
A03	CON BOMBA PERISTÁLTICA LINEAL U OTRO SISTEMA DE BOMBEO.
A04	CANALES DE PROGRAMACIÓN INDEPENDIENTE
A05	VISUALIZACIÓN DIGITAL DE PARÁMETROS PROGRAMADOS Y MONITOREADOS (VOLUMEN DE INFUSIÓN, FLUJO DE INFUSIÓN)
A06	CON SISTEMA ANTIFLUJO LIBRE.
A07	VOLUMEN REGULABLE Y OPCIÓN DE SILENCIO DE ALARMAS.
A08	SISTEMA ABIERTO QUE PERMITA EL USO DE LÍNEAS ENDOVENOSAS DE DIFERENTES MARCAS O DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO
<b>B</b>	<b>PARÁMETROS DE OPERACIÓN Y/O MEDICIÓN:</b>
B01	RANGO DE FLUJO DE INFUSIÓN DE 0.1 mL/h A 999 mL/h O MAS.
B02	RANGO O LÍMITE DE VOLUMEN POR INFUNDIR DE 0.1 A 9999 mL
B03	FLUJO KVO DE 0.1 a 3.0 mL/h O RANGO DE MAYOR AMPLITUD.
B04	ALARMAS AUDIOVISUALES DE OCLUSIÓN DE VÍA, AIRE EN LÍNEA, ERROR DE FLUJO, PUERTA ABIERTA (DE SER EL CASO), BATERÍA BAJA E INFUSIÓN COMPLETA.
B05	<del>CAPACIDAD DE MEMORIA PARA REGISTRO DE EVENTOS.</del> <b>OPCIONAL: CAPACIDAD DE MEMORIA PARA REGISTRO DE EVENTOS.</b>
<b>C</b>	<b>ACCESORIOS E INSUMOS ADICIONALES:</b>
C01	CINCUENTA (50) SETS DE INFUSIÓN COMPATIBLES CON EL EQUIPO.
C02	DISPOSITIVO DE SUJECCIÓN PARA COLUMNA PARANTE.
<b>D</b>	<b>REQUERIMIENTO ELÉCTRICO:</b>
D01	TENSION DE ALIMENTACION 220/230 V/AC O RANGO QUE CONTenga CUALQUIERA DE ESTOS VALORES. MONOFÁSICO FRECUENCIA 60 HZ.
D02	CABLE DE PODER VULCANIZADO Y ENCHUFE CON PUESTA A TIERRA.
D03	BATERIA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMÍA DE 2 HORAS COMO MÍNIMO.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MEDICO
INCUBADORA DE TRANSPORTE

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA TRANSPORTAR AL NEONATO INTRA Y EXTRA HOSPITALARIAMENTE, EN AMBULANCIA. A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD Y VISIVERSA.

**REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS.**

A	GENERALES
A01	EQUIPO PARA TRANSPORTE INTRA E INTERHOSPITALARIO CON BASE RODABLE AJUSTABLE.
A02	INCUBADORA DE DOBLE PARED.
A03	<del>SISTEMA DE HUMEDAD PASIVA MEDIADA POR PAD SIN DERRAMES AUN EN INCLINACION EN CUALQUIER DIRECCION</del> <b>OPCIONAL: SISTEMA DE HUMEDAD PASIVA MEDIADA POR PAD SIN DERRAMES AUN EN INCLINACION EN CUALQUIER DIRECCION</b>
A04	<del>HUMEDAD RELATIVA DEL 50 AL 70 % EN CANOPIA POR MAS DE 12 HORAS</del> <b>OPCIONAL: HUMEDAD RELATIVA DEL 50% AL 60% EN CANOPIA POR MAS DE 12 HORAS</b>
A05	LECTURA TEMPERATURA DE AIRE Y PIEL.
A06	SISTEMA DE ALARMAS.
A07	INDICADOR DE ESTADO DE LA BATERIA.
A08	<del>CON BATERIA QUE BRINDE AUTONOMIA POR MAS DE 220 MINUTOS.</del> <b>CON BATERIA QUE BRINDE AUTONOMIA MINIMO DE 160 MINUTOS Y/O 2 BATERIAS CON AUTONOMIA MINIMO DE 160 MINUTOS.</b>
A09	CAPACIDAD PARA FUNCIONAR CON CORRIENTE ALTERNA (AC) O CORRIENTE CONTINUA (DC).
A10	CAPACIDAD DE CONECTARSE A TOMA DC DE AMBULANCIAS.
A11	<del>DOS (02) PUERTAS DE ACCESO SILENCIOSAS.</del> <b>DOS (02) PUERTAS DE ACCESO, OPCIONALMENTE SILENCIOSAS</b>
A12	<del>UN (01) PUERTO DE ACCESO TIPO IRIS Y PUERTOS DE VENTILACION.</del> <b>OPCIONAL: UN (01) PUERTO DE ACCESO TIPO IRIS Y PUERTOS DE VENTILACION.</b>
A13	LUZ DE EXAMENES INTEGRADA.
A14	FILTRO DE AIRE QUE RETENGA PARTICULAS.
A15	ENTRADA PARA OXIGENO
A16	<del>TIRAS DESECHABLES O REUSABLES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD</del> <b>TIRAS O CORREAS DESECHABLES O REUSABLES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL NEONATO.</b>
A17	RANGO DE CONCENTRACION DE OXIGENO DE 25 % O MENOS A 50% O MAS
A18	<del>CAPACIDAD DE HUMEDAD DE 55% O MENOS A 70% O RANGO MAS AMPLIO.</del> <b>CAPACIDAD DE HUMEDAD DE 55% O MENOS A 60% O RANGO MAS AMPLIO</b>
A19	NIVEL DE RUIDO MENOR A 60 DBA
A20	<del>CON MODOS DE OPERACIÓN DE CORRIENTE ALTERNA, CORRIENTE DIRECTA Y BATERIA.</del> <b>CON MODOS DE OPERACIÓN DE CORRIENTE ALTERNA y CORRIENTE DIRECTA Y OPCIONALMENTE BATERIA</b>
B	COMPONENTES
B01	<b>SISTEMA DE CONTROL DE TEMPERATURA</b>
B02	<del>RANGO DE CONFIGURACION DE LA TEMPERATURA DE 22°C A 38°C O RANGO MAS AMPLIO.</del> <b>RANGO DE CONFIGURACION DE LA TEMPERATURA DE 25°C O MENOS A 37°C O MAS</b>
B03	TIEMPO DE SUBIDA DE TEMPERATURA EN 45 MINUTOS O MENOS.
B04	VARIABILIDAD DE LA TEMPERATURA MENOR O IGUAL A 1.0°C O MÁS PRECISO.
B05	TEMPERATURA DE REBASE MENOR O IGUAL A 2.0°C
B06	<del>UNIFORMIDAD DE LA TEMPERATURA MENOR O IGUAL A 1.0°C</del> <b>UNIFORMIDAD DE LA TEMPERATURA MENOR O IGUAL A 2.0°C</b>
B07	<b>SISTEMA DE CONTROL DE VISUALIZACION</b>
B08	ENCENDIDO / PAUSA (OPCIONAL)
B09	<del>DISPLAY DISPUESTO EN LA PARTE FRONTAL DE LA INCUBADORA DEBAJO DE LOS PUERTOS DE ACCESO SILENCIOSO.</del> <b>DISPLAY DISPUESTO EN LA PARTE FRONTAL DE LA INCUBADORA DEBAJO Y/O DE LADO LATERAL Y/O SEGÚN DISEÑO DE CADA FABRICANTE, DE LOS PUERTOS DE ACCESO.</b>
B10	<del>ESTADO DE LA BATERIA POR MEDIO DE INDICADORAS LED O LCD.</del> <b>ESTADO DE LA BATERIA POR MEDIO DE INDICADORAS LED O LCD O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
B11	MODOS SUMINISTRO AC, DC O DC EXTERNO
B12	<del>PODER DEL CALEFACTOR POR MEDIO DE INDICADORES LED O LCD</del> <b>PODER DEL CALEFACTOR POR MEDIO DE INDICADORES LED O LCD O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>
B13	TEMPERATURA DEL BEBE EN GRADOS CENTIGRADOS
B14	TEMPERATURA DEL AIRE EN GRADOS CENTIGRADOS
C	ALARMAS:
C01	<del>ALTA TEMPERATURA SI TEMPERATURA DEL AIRE ES MAYOR A 39°C</del> <b>ALARMA DE ALTA TEMPERATURA</b>

C02	FALLA DEL SUMINISTRO DE RED Y BATERIA.
C03	FALLA DEL SENSOR
C04	FLUJO DE AIRE SI FALLA EL VENTILADOR
C05	SILENCIAMIENTO DE ALARMAS DURANTE MINIMO 10 MINUTOS <b>OPCIONALMENTE: SILENCIONAMIENTO DE ALARMAS DURANTE MINIMO 10 MINUTOS O SILENCIONAMIENTO DE ALARMA DE FORMA INMEDIATO PRESIONANDO EL BOTON DE SILECIO O SILENCIAMIENTO DE ACUERDO A CADA FABRICANTE.</b>
<b>D</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
D01	DOS (02) CILINDROS DE OXIGENO TIPO E CON VALVULA TIPO PIN INDEX
D02	DOS (02) COLCHONETAS
D03	BANDEJA PARA ACCESORIOS DE MATERIAL ASÉPTICO. <b>BANDEJA PARA ACCESORIOS DE MATERIAL ASÉPTICO O DE ALUMINIO O ACORDE AL FABRICANTE.</b>
D04	BARRA PORTA SUEROS DE ACERO INOXIDABLE. <b>BARRA PORTA SUEROS DE ACERO INOXIDABLE O ACORDE AL FABRICANTE</b>
D05	(30) FILTROS DE AIRE.
<b>E</b>	<b>REQUERIMIENTO ELECTRICO:</b>
E01	TENSION 220VAC ORANGO QUE CONTENGA ESTE VALOR; FRECUENCIA 60 HZ.
E02	CABLE DE PODER VULCANIZADO Y ENCHUFE ORIGINAL CON PUESTA A TIERRA, EL MISMO QUE DEBE QUEDAR COMPATIBLE CON EL TOMACORRIENTE ENCONTRADO, DE SER NECESARIO SE CAMBIARA, SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD.

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO MEDICO
VENTILADOR DE TRANSPORTE

**DEFINICIÓN FUNCIONAL:** EQUIPO MÉDICO DE SOPORTE DE VIDA, UTILIZADO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES ADULTO Y PEDIÁTRICO, QUE REQUIEREN ASISTENCIA VENTILATORIA, A BORDO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y ÁREA.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

<b>A</b>	<b>GENERALES:</b>
A01	VENTILADOR MECÁNICO, DISEÑADO PARA SER UTILIZADO EN TRANSPORTE TERRESTRE (AMBULANCIA) Y/O AEREO (AVION/ HELICOPTERO) DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA VENTILATORIA DURANTE SU TRASLADO.
A02	PORTATIL, NO RODABLE, CON SISTEMA DE ANCLAJE A CAMILLA, PARA SER USADO CON BALON DE OXIGENO PORTÁTIL.
A03	CONTROLADO POR MICROPROCESADOR.
A04	EL AJUSTE Y SELECCIÓN DE PARAMETROS SOLICITADOS MEDIANTE SISTEMA DE PERILLAS Y/O PANTALLA TACTIL.
A05	VALVULA PEEP Y SENSOR DE FLUJO INTEGRADA EN EL EQUIPO. <b>A05 VALVULA PEEP INTEGRADA Y SENSOR DE FLUJO SEGUN TECNOLOGIA DE CADA FABRICANTE.</b>
A06	CON COMPENSACION BAROMETRICA MEDIANTE CALIBRACION MANUAL (UNA SOLA VEZ EN EL LUGAR DE DESTINO) O AUTOMATICA DEL EQUIPO.
A07	FABRICADO EN MATERIAL RESISTENTE (POLICARBONATO O SIMILAR)
A08	PESO TOTAL DEL EQUIPO, NO MAYOR DE 7 kg. INCLUIDO BATERÍA DE RESPALDO.
A09	COMPRESOR O GENERADOR DE AIRE COMPRIMIDO O SISTEMA DE INYECTOR ORIGINAL DE FABRICA, QUE PERMITA LA OPERACIÓN DEL VENTILADOR SIN DEPENDER DE UN BALÓN DE AIRE COMPRIMIDO. <b>COMPRESOR O GENERADOR DE AIRE COMPRIMIDO O SISTEMA DE INYECTOR ORIGINAL DE FABRICA O SISTEMA PROPIO DE FABRICA, QUE PERMITA LA OPERACIÓN DEL VENTILADOR SIN DEPENDER DE UN BALÓN DE AIRE COMPRIMIDO.</b>
A10	DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO INTERNACIONAL APLICADO A EQUIPOS MÉDICOS.
<b>B</b>	<b>MODALIDADES DE VENTILACION:</b>
B01	CONTROLADO POR PRESION Y VOLUMEN.
B02	ASISTIDO/CONTROLADO ó CMV ó IPPV/SIPPV
B03	PRESION POSITIVA CONTINUA EN LAS VIAS AEREAS.
B04	VENTILACION MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV)
B05	PRESION SOPORTE (PS O PSV O ASB)
<b>C</b>	<b>CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA:</b>
C01	DE VOLUMEN TIDAL DE 50 mL A 2000 mL O RANGO MAS AMPLIO.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD  
LICITACION PUBLICA N° 18-2024-GERESA/LL-PRIMERA CONVOCATORIA

C02	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA HASTA 60 Resp/min O MAS.
C03	DE FIO2: DE 0.40 O MENOS A 1.00
C04	RELACION I:E PROGRAMABLE.
C05	TIEMPO DE INSPIRACION DE 0.3 A 5 s O RANGO DE MAYOR AMPLITUD.
C06	PEEP/CPAP DE 0 A 20 cm DE COLUMNA DE H <sub>2</sub> O O MÁS.
C07	PRESION INSPIRATORIA HASTA 55 mBAR O MÁS.
C08	PRESION DE SOPORTE HASTA 35 mBAR O MÁS.
<b>D</b>	<b>MONITOREO DE PARAMETROS VENTILATORIOS:</b>
D01	DE VOLUMEN TIDAL (VT) O VOLUMEN MINUTO (VM), AJUSTADO Y/O MEDIDO.
D02	DE PRESION DE VIAS AEREAS
D03	DE PRESION PICO INSPIRATORIA.
D04	DE PRESION MEDIA DE VIAS AEREA.S
D05	DE PEEP.
D06	DE VOLUMEN MINUTO ESPONTANEO O TIDAL.
D07	DE CONSUMO O CONCENTRACIÓN DE OXIGENO.
<b>E</b>	<b>ALARMAS:</b>
E01	DE ALTA PRESION DE VIAS AEREAS.
E02	DE BAJA PRESION DE VIAS AEREAS.
E03	DE VOLUMEN MINUTO O DE CORRIENTE ALTO Y BAJO.
E04	DE FRECUENCIA RESPIRATORIA ALTA.
E05	DE FALLA ELECTRICA (BATERIA BAJA O RED ALTERNA)
E06	DE PRESION DE SUMINISTRO BAJA.
E07	DE APNEA.
<b>F</b>	<b>ACCESORIOS:</b>
F01	CINCO (05) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE (REUSABLE) ADULTO
F02	OCHO (08) CIRCUITOS PACIENTE PEDIATRICO (DESCARTABLE)
F03	DOS (02) PULMON DE PRUEBA ADULTO.
F04	DOS (02) MANGUERAS DE OXIGENO.
F05	UN (01) CILINDRO DE OXIGENO TIPO E, DE ALUMINIO, COMPLETAMENTE CARGADO, CON SU RESPECTIVO REGULADOR DE PRESION EN CASO SE REQUIERA.
<b>G</b>	<b>REQUERIMIENTOS DE ELÉCTRICO:</b>
G01	APTO PARA FUNCIONAR CON RED ELECTRICA DE 220 V/AC Y CD DISPONIBLE EN LAS AMBULANCIAS. FRECUENCIA 60 HZ.
G02	<del>BATERIA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMIA MINIMA DE 10 HORAS.</del> <b>BATERIA RECARGABLE INCORPORADA, CON AUTONOMIA MINIMA DE 6 HORAS COMO MINIMO</b>
G03	SUMINISTRO ELECTRICO ESTANDARIZADO PARA USO EN AMBULANCIA Y AVION/HELICOPTERO INCLUYENDO CABLES Y CONECTORES NECERSARIOS PARA SU CONEXIONADO.

**EQUIPO  
DE COMUNICACIONES**

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN CON PANTALLA ILUMINADO PARA SER UTILIZADO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EQUIPO ITINERANTE
A03	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION TIPO VHF DE BUENA CALIDAD CON LAS FRECUENCIAS PROGRAMADAS DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625MHz UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZY TX 171.930 MHZ
A04	<del>NUMERO DE CANALES 1000 PROGRAMABLES</del> <b>NUMERO DE CANALES 68 CANALES O MAYOR PROGRAMABLES</b>
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	<del>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55, MIL-STD810-G</del> <b>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55 O SUPERIOR, Y/O MIL-STD810</b>
A07	BLOQUEO DE CANAL OCUPADO
A08	<del>LLAMADA SELECTIVA, GPS, BLUETOOTH, MENSAJES DE TEXTO, PROGRAMABLE EN ESPAÑOL</del> <b>LLAMADA SELECTIVA O GPS U OTRO PROGRAMABLE.</b>
A09	PASSWORD DE SEGURIDAD
A10	IDENTIFICADOR DE LLAMADAS POR PTT-ID
A11	PROGRAMABLE Y AJUSTABLE POR PC SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO
A12	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PRIVADA CON CERTIFICACIÓN DE HOMOLOGACIÓN OTORGADO POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DEL PERÚ
B	COMPONENTES
	<b>TRANSMISOR</b>
B01	POTENCIA DE SALIDA 50 WATTS
	<b>RECEPTOR</b>
B02	POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: 4 WATTS
	<b>ANTENA MOVIL</b>
B03	ANTENA MOVIL TIPO VHF/FM SINTONIZADA A LA FRECUENCIA DE OPERACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD GANANCIA DE 3DB O MAYOR, COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE RADIO INCLUYE ACCESORIOS PARA SU INSTALACION EN LA AMBULANCIA. IMPEDANCIA DE ANTENA: 50 OHMIOS
B04	ANTENA GPS
C	ACCESORIOS
C01	CLIP COLGADOR DE MICROFONO
C02	BRACKET, CABLES DE ALIMENTACIÓN Y FUSIBLES DE REPUESTO

ESPECIFICACIONES TECNICAS
EQUIPO DE COMUNICACIONES
HANDY

**DEFINICION FUNCIONAL:** PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF CON HANDY Y EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIONES.

**REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS:**

A	CARACTERÍSTICAS GENERALES:
A01	PARA COMUNICACIÓN RADIAL EN VHF ENTRE HANDY CON LA BASE DE OPERACIONES
A02	DOS (02) HANDY DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL AMBULANCIA Y COBERTURA EN FRECUENCIA DE 136 A 174 MHZ
A03	EL EQUIPO ESTARÁ PRESINTONIZADO CON LAS FRECUENCIAS RADIALES DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625 MHZ UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZ Y TX 171.930 MHZ
A04	POTENCIA DE SALIDA 5.0 WATTS
A05	SCANNER EXPLORADOR DE CANALES
A06	<del>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP68, MIL-STDG</del> <b>CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS IP55 O SUPERIOR , Y/O MIL-STD810</b>
A07	PANTALLA LCD ALFANUMERICO A COLORES CON BACKLIGHT
A08	CODIFICADOR DE DTMF, CTCSS Y DTCS
A09	<del>4000 CANALES</del> <b>MINIMO 200 CANALES</b>
A10	<del>GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</del> <b>OPCIONAL: GPS, VIBRADOR, BLUETOOTH, HOMBRE CAIDO, MENSAJES DE TEXTO, MENU EN ESPAÑOL</b>
A11	PROGRAMABLE POR PC (SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO)
A12	INCLUYE ANTENA DE LA MISMA MARCA
B	ACCESORIOS
B01	CARGADOR DE BATERIA DE MESA
B02	ADAPTADOR PARA CARGA EN VEHÍCULO
B03	CLIP COLGADOR
B04	DOS (02) BATERIAS (CON CLIP AMBAS)
B05	<del>MICRÓFONO PARLANTE MINIMO IP56</del> <b>MICRÓFONO PARLANTE O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE</b>

**Importante**

*Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el comité de selección incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:*

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL																
	HABILITACIÓN																
	Requisitos:																
	El postor debe contar con:																
	a) Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a la Ley N° 29459 y el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos D.S. N°014-2011-SA, de acuerdo al cuadro siguiente:																
	CUADRO N° 04: ACREDITACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO																
	<table><tr><th>ITEM</th><th>TIPO DE AMBULANCIA</th><th>Cantidad</th><th>ACREDITACIÓN</th></tr><tr><td rowspan="3">1</td><td>AMBULANCIA RURAL TIPO I</td><td>10</td><td rowspan="3">DE ACUERDO AL EQUIPO MEDICO A ENTREGADAR CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA</td></tr><tr><td>AMBULANCIA RURAL TIPO II</td><td>27</td></tr><tr><td>AMBULANCIA URBANA TIPO III</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>TOTAL GENERAL</td><td>40</td><td></td></tr></table>	ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN	1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	DE ACUERDO AL EQUIPO MEDICO A ENTREGADAR CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3		TOTAL GENERAL	40	
ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN														
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	DE ACUERDO AL EQUIPO MEDICO A ENTREGADAR CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA														
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27															
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3															
	TOTAL GENERAL	40															
	b) Autorización del ministerio de Salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar instrumental y equipo de uso médico o dispositivos médico; a nombre del postor o de sus proveedores.																
	c) Autorización de Planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre emitido a nombre del postor y/o fabricante, otorgado por la Dirección de Ordenamiento de Productos Industriales y Fiscalizados (DOPIF) de acuerdo a lo dispuesto por Decreto Supremo N° 006-2021-PRODUCE.																
	<div>Importante</div> <div>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</div>																
	Acreditación:																
	a) emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios (ANM) o por la autoridad de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda. Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.																
	b) Copia de la autorización del ministerio de salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar instrumental y equipo de uso médico o dispositivos médico; a nombre del postor o de sus proveedores.																
	c) Copia de la Autorización de la Planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre emitido a nombre del postor y/o fabricante, otorgado por la Dirección de Ordenamiento de Productos Industriales y Fiscalizados (DOPIF) de acuerdo a lo dispuesto por Decreto Supremo N° 006-2021-PRODUCE).																
	<div>Importante</div> <div>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</div>																
B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																



Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente, a lo detallado en el cuadro siguiente; al valor estimado de la contratación o del ítem; según:

**CUADRO N° 05: DEFINICIÓN DE ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO**

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <del>S/ 30,000,000.00 (Treinta millones con 00/100 soles)</del> , <b>S/ 13,000,000.00 (Trece millones con 00/100 soles)</b> 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.
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
TOTAL GENERAL		40	

Por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acreditará una experiencia del 10% del cuadro antes expuesto: ACREDITACIÓN DE MONTO FACTURADO, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria.

Se consideran bienes similares a los siguientes:

ITEM	TIPO DE AMBULANCIA	Cantidad	ACREDITACIÓN DE BIENES SIMILARES
1	AMBULANCIA RURAL TIPO I	10	AMBULANCIA PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES, DE CUALQUIER MARCA Y TIPO, INCLUIDO EL EQUIPO MEDICO ENTREGADO, CONJUNTAMENTE CON LA AMBULANCIA.
	AMBULANCIA RURAL TIPO II	27	
	AMBULANCIA URBANA TIPO III	3	
TOTAL GENERAL		40	

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>10</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

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

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

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en

<sup>10</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

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

*(...)*

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

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><b>1. PARA AMBULANCIA Y EQUIPOS O BIENES A BORDO:</b></p> <p><b><u>Requisitos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evaluará en función a la cobertura de concesionarios y/o talleres autorizados propio con capacidad de suministro de repuestos que oferte el postor en LA LIBERTAD, por un período de 5 AÑOS COMO MÍNIMO DE TIEMPO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS: <b>SE EVALUARÁ EN FUNCIÓN A LA COBERTURA DE CONCESIONARIOS Y/O TALLERES CON CAPACIDAD DE SUMINISTRO DE REPUESTOS QUE OFERTE EL POSTOR EN LA REGION LA LIBERTAD, POR UN PERÍODO DE 5 AÑOS COMO MÍNIMO DE TIEMPO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS</b></li> <li>PARA LA ENTREGA (INSTALACION), PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LA AMBULANCIA Y CAPACITACION (VEHÍCULO AUTOMOTRIZ Y EQUIPOS O BIENES A BORDO): <b>Personal Profesional</b> Un ingeniero mecánico o mecánico electricista colegiado y habilitado, con cuatro (04) años de Experiencia como mínimo, en el rubro automotriz. Condición: Colegiado y Habilitado Cantidad mínima: 01 Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad. Cuatro (04) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de unidades móviles: ambulancia y equipos a bordo ofertados. La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante Servicio Técnico Especializado en mantenimiento y/o instalación y/o implementación y/o capacitación del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas.</li> </ul> <p><b><u>Acreditación:</u></b></p> <p>Carta de presentación de concesionarios y/o Talleres autorizados en el Departamento La Libertad, por periodo de 05 años, con disponibilidad de servicios y repuestos.</p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto. La capacitación del profesional se acreditará con constancias o certificados que demuestre la capacitación del personal propuesto.</p>

**2. PARA LOS EQUIPOS MEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL:**

**Requisitos:**

PARA LA INSTALACION, PRUEBA OPERATIVA, PROTOCOLO DE PRUEBAS Y CAPACITACION PARA EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD MOVIL:

**Personal Profesional**

Profesión: Profesional de salud o ingeniero electrónico o ingeniero biomédico o ingeniero mecatrónico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, prueba operativa, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo. El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

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

La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante

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

**Acreditación:**

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

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

**RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

**Requisitos:**

Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

Cuatro (04) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de los Equipamientos Médicos de la Unidad Móvil.

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

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

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

**Acreditación:**

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

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

**3. PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS:**

**Requisitos:**

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

**Personal Profesional**

Profesión: Profesional de salud o ingeniero electrónico o ingeniero biomédico o ingeniero mecatrónico.

Condición: Colegiado y Habilitado

Cantidad mínima: 01

Responsable de la instalación, capacitación usuaria (uso, operación y cuidado) del equipo y capacitación técnica (operación, mantenimiento preventivo/correctivo y reparación) del equipo. Se evaluará en función a la oferta de capacitación a 03 personas como mínimo, en el establecimiento de salud beneficiada que corresponda hacerlo.

El postor que oferte esta capacitación, se obliga a entregar los certificados del personal capacitado de la Entidad.

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

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

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas.

**Acreditación:**

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

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

**RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

**Requisitos:**

**Personal Técnico**

Cantidad mínima: 01

Responsable del mantenimiento del equipo

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

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

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

Servicio Técnico Especializado en mantenimiento del equipo ofertado, con 30 horas lectivas mínimas

**Acreditación:**

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

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

**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.*

**CAPÍTULO IV**  
**FACTORES DE EVALUACIÓN**

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i = Oferta P<sub>i</sub> = Puntaje de la oferta a evaluar O<sub>i</sub> = Precio i O<sub>m</sub> = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio</p> <p><b>100 puntos</b></p>

**Importante**

*Los factores de evaluación elaborados por el comité de selección son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas ni los requisitos de calificación.*

## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

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

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

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

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

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

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

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

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

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

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>11</sup>**

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

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

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

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los

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



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

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

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

#### **Importante para la Entidad**

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

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>12</sup>**

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

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

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

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

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

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

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

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### **Importante**

*En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto*

<sup>12</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

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

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante para la Entidad**

*Sólo en el caso que la Entidad hubiese previsto otorgar adelanto, se debe incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

*“LA ENTIDAD otorgará [CONSIGNAR NÚMERO DE ADELANTOS A OTORGARSE] adelantos directos por el [CONSIGNAR PORCENTAJE QUE NO DEBE EXCEDER DEL 30% DEL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL] del monto del contrato original.*

*EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.*

*LA ENTIDAD debe entregar el monto solicitado dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO] siguientes a la presentación de la solicitud del contratista.”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.*

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN**

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La recepción será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA DE ALMACÉN O LA QUE HAGA SUS VECES] y la conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

#### **CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del



contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

**F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;**

**F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.**

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO**

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>13</sup>**

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

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

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

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

\_\_\_\_\_  
"LA ENTIDAD"

\_\_\_\_\_  
"EL CONTRATISTA"

<sup>13</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

**Importante**

*Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>14</sup>.*

---

<sup>14</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a:  
<https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra<sup>15</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

<sup>15</sup> Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

**Importante**

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

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

Datos del consorciado 1			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Datos del consorciado 2			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

Datos del consorciado ...			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

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

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de compra<sup>16</sup>

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

<sup>16</sup> Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

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

## ANEXO N° 2

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### **Importante**

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



### ANEXO N° 3

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO (Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [ % ]<sup>17</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [ % ]<sup>18</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>19</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

<sup>18</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>19</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

.....  
**Consortiado 1**  
**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1**  
**o de su Representante Legal**  
**Tipo y N° de Documento de Identidad**

.....  
**Consortiado 2**  
**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2**  
**o de su Representante Legal**  
**Tipo y N° de Documento de Identidad**

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*

## ANEXO N° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

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

El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

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

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

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**LICITACIÓN PÚBLICA N°** [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]  
Presente. -

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>23</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup>
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD  
LICITACION PUBLICA N° 18-2024-GERESA/LL-PRIMERA CONVOCATORIA

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>23</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup>
9										
10										
...										
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

<sup>20</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>21</sup> **Únicamente**, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>22</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN *“Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz”*. Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, *“... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe”*.

<sup>23</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>24</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>25</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

**ANEXO N° 9**

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

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

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

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



**ANEXO N° 11**

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA  
SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE  
COMUNICACIÓN**

**(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

*La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.*