

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. ÁREA USUARIA

Gerencia Regional de Desarrollo Social.

2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de una Máquina de Anestesia para el Hospital General de Huacho, distrito de Huacho, provincia de Huaura, departamento Lima

3. FINALIDAD PÚBLICA

Mejorar el servicio de salud y atención de los pacientes que acuden por intervenciones quirúrgicas programadas o por emergencia, para lo cual se realizará la adquisición de una Máquina de Anestesia para el **HOSPITAL GENERAL DE HUACHO** con la finalidad de atender el problema identificado; falta de disponibilidad de equipamiento para brindar atenciones oportunas y de calidad.

4. ANTECEDENTES

El Hospital General de Huacho, Huaura, Oyón y SBS mediante **OFICIO N°1149-2022-GRL-GRDS-DIRESA-HHGO-SBS-DE** de fecha **14/07/2022** remitió a la Dirección Regional de Salud, el sustento técnico para la reposición de 01 Máquina de Anestesia a través de IOARR.

La Dirección Regional de Salud, mediante **OFICIO N°2007-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG-OEPP** de fecha **16/08/2022** remitió el INFORME N°099-2022-INVeINF-OPPI-DIRESA-L de sustento para el registro de la IOARR por reposición.

La Gerencia Regional de Desarrollo Social mediante su Unidad Formuladora remitió el registro y aprobación de la IOARR ADQUISICION DE UNA MÁQUINA DE ANESTESIA PARA EL HOSPITAL DE HUACHO HUAURA OYON Y SBS, mediante el **INFORME N°099 – 2022 – JLPM** de fecha **17/08/2022**.

5. OBJETIVOS GENERALES

La adquisición de una Máquina de Anestesia, a fin de brindar un mejor servicio de salud, ante las constantes intervenciones quirúrgicas, minimizando así el problema de equipamiento de la entidad.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CONTRATACIÓN

La adquisición de una Máquina de Anestesia, servirá para incrementar la atención de pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas en la provincia de Huaura, así como los pacientes provenientes de los distintos casos de emergencias y/o urgencias, brindando así una adecuada y oportuna atención de calidad a los pacientes y población en general, del ámbito correspondiente al Hospital en mención.

7. ESTADO SITUACIONAL DE LA UPSS

Mediante INFORME TÉCNICO N°0005-2022-404-1286: HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN Y SERVICIOS BASICOS, el Hospital ha sustentado la reposición del bien, e indica: *"El Hospital de Huacho, cuenta con el departamento de Anestesiología y Central de Esterilización, en cuyo centro quirúrgico se realizan intervenciones quirúrgicas que requieren de un equipamiento quirúrgico y anestésico, entre ellos la máquina de anestesia". "[...] El equipo ha superado su vida útil, que tiene una antigüedad de 14 años" [...].*

8. CONSIDERACIONES GENERALES

a. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos 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 designadora dicho fin y, en caso de persona natural, por este o su apoderado.

El precio de la oferta debe incluir todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas, accesorios, insumos, capacitaciones, gastos financieros y/o administrativos e instalaciones especiales (pre instalaciones), los costos laborales conforme a la legislación vigente, mantenimiento preventivo, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar.

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

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual **deberá presentar el FORMATO 08 "Hoja de Presentación de Cumplimiento de las especificaciones Técnicas de los equipos ofertados"**. Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos ilustrativos y/o manuales y/o folletos y/o data sheets y/o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelos de las partes correspondiente al cumplimiento de especificaciones técnicas establecidas y suscritos por el representante legal. La propuesta debe indicar lo señalado en el Formato 08, como sustento y respaldo de la información indicada, o una declaración jurada del postor indicando el cumplimiento de lo indicado en este párrafo.

Para el caso de los accesorios e instalaciones especiales solicitadas, así como de las características técnicas que no figuran en los manuales y/o folletos y/o data sheets y/o brochure, se aceptará carta del postor, en el cual debe de expresar el compromiso para el suministro al Establecimiento de Salud de los accesorios e instalaciones especiales solicitadas en las especificaciones técnicas.

b. CONDICIONES GENERALES DE OPERACIÓN

Los bienes ofertados por los postores deberán ser nuevos (sin uso), fabricados con materiales y partes originales y con perfecto estado de conservación; cumpliendo con las Especificaciones Técnicas proporcionadas por el Gobierno Regional de Lima. Los bienes propuestos no serán un prototipo ni tampoco serán repotenciados (refurbished).

La fecha de fabricación de los bienes no tendrá una antigüedad mayor a un (1) año, a la fecha de suscripción del contrato.

Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega e instalación y pruebas operativas de la Máquina de Anestesia 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 de la Máquina de Anestesia, independientemente que hayan sido individualizados o no en forma específica en las Características Técnicas y en las presentes condiciones de adquisición.

El Proveedor será el único responsable ante la Entidad de cumplir con la entrega e instalación de la Máquina de Anestesia que le fue adjudicado, en las condiciones establecidas en las especificaciones técnicas, no pudiendo transferir, total o parcialmente, esas responsabilidades a los transportistas, subcontratistas, otras entidades o terceros en general.

La Máquina de Anestesia ofertada incluirá todos los costos; es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje o instalación, pruebas operativas, capacitación, manuales de operación y servicio técnico, mantenimiento preventivo (incluyendo consumibles de operación, piezas, partes, componentes, accesorios e insumos empleados para la ejecución del Programa de Mantenimiento), gastos de personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento de la prestación.

De ser necesario, el Proveedor podrá suministrar cualquier otro elemento, dispositivo o accesorio y/o aplicativo (programa de software) informático que sea indispensable para la operatividad y uso del equipo, aun cuando no se indique explícitamente en las características técnicas del requerimiento, dejando instalado el equipo completamente operativo y funcionando en todas las aplicaciones solicitadas en las

características técnicas.

Así mismo, 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.

El Proveedor deberá dejar la Máquina de Anestesia instalada 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 las Especificaciones Técnicas, no se hubiese contemplado, algún accesorio y/o parte necesario, para que el equipo se instale y funcione adecuadamente, el Proveedor deberá de proporcionarlo sin costo alguno para la Entidad.

Durante la etapa de ejecución contractual, es de exclusiva responsabilidad del adjudicatario que fuese favorecido con la Buena Pro, entregar correctamente instalados, operativos y en perfecto estado de funcionamiento los bienes ofertados en el espacio designado por la Entidad de salud, cualquier otro trabajo adicional que demandase la instalación/ubicación y la accesibilidad de la Máquina de Anestesia deberá de ser asumidos por el contratista sin costo alguno para la Entidad.

9. METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN

a. CAPACITACIÓN (CANTIDAD DE HORAS 06)

Es preciso indicar que la capacitación formará parte de la prestación principal ello debido a que esta capacitación debe realizarse para poder dar conformidad a la instalación de la Máquina de Anestesia.

Luego de instalado la Máquina de Anestesia, el contratista realizará la capacitación (según Formato N°5-A y 5-B) dentro de los 05 días calendarios siguientes a la entrega del bien, la capacitación será de manera presencial en las instalaciones del Establecimiento de Salud, en el espacio respectivo donde se instalará la Máquina de Anestesia.

El contratista realizará la capacitación del personal abarcando el manejo, el cuidado, la conservación, limpieza y mantenimiento de la máquina de anestesia, con sus componentes y accesorios. La capacitación deberá ser prestado por profesionales idóneos en el área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.

El Contratista realizará los siguientes tipos de capacitación:

i. Capacitación a usuario, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación y limpieza básica de la Máquina de Anestesia: (Formato 5-A)

- La capacitación será de manera presencial en las instalaciones del Establecimiento de Salud.
- El personal a capacitar será como mínimo de 05 personas asistenciales (médicos, enfermeras, técnicos) según sea el caso, designadas por el área usuaria.
- El Proveedor deberá entregar una "Certificado de Capacitación" a cada uno de los participantes en atención al tipo de capacitación.
- El área usuaria podrá solicitar el refuerzo de la capacitación durante el periodo de garantía.

Temario mínimo (referencial) para la capacitación de usuario:

- Principios de Funcionamiento, operación de la Máquina de Anestesia.
- Explicación de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos
- Presentación y orientación en el Manejo de las partes de los bienes y equipamiento
- Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes de los bienes y equipamiento.
- Uso adecuado de accesorios de calibración de ser el caso, para el correcto funcionamiento del equipamiento, así como procedimientos de limpieza y desinfección.
- Seguridad de los bienes y equipamiento. Análisis y solución de fallas o eventos adversos comunes
- Practica dirigida del empleo de los bienes y equipamiento, con reconocimiento de todos los componentes

ii. Capacitación técnica: Formato 5-B

- La capacitación será de manera presencial en las instalaciones del Establecimiento de Salud. El personal a capacitar será como mínimo de 02 Ingenieros, designados por el área de Servicios Generales y tendrá una duración de 06 horas.

- El Proveedor deberá entregar una "Certificado de Capacitación" a cada uno de los participantes en atención al tipo de capacitación.

Temario mínimo (referencial) para la capacitación técnica:

- Presentación y orientación en el Manejo de la Máquina de Anestesia.
- Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual del equipo).
- Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes del equipo.
- Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico del equipo.
- Actividades de mantenimiento preventivo de los equipos.
- Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de los equipos.
- Detección de fallas y código de errores de los equipos.
- Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de los equipos que lo requieran.
- Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios de los equipos.
- Cambio de repuestos de alta rotación en los equipos.
- Cambio de fusibles y elementos de seguridad del equipo.

b. CONDICIONES DE CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN

La conformidad Acta de Conformidad de la Capacitación (FORMATO C) de la capacitación de los equipos estará sujeta al cumplimiento de los siguientes aspectos:

- Cumplimiento del Programa de capacitación del Usuario en el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo. (cuando corresponda según Formato 5-A y 5-B).
- Se deberá de entregar dos (02) juegos de manuales al establecimiento de salud, 01 manual de operación y 01 manual de servicio técnico en español a colores, así mismo, en formato digital (USB).

c. ACTA DE CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN (FORMATO C)

El Acta de Conformidad de la Capacitación de los bienes (FORMATO C) será emitida una vez que se realicen todos los procedimientos descritos.

El Acta de Conformidad de la Capacitación de los bienes (FORMATO C), deberá ser suscrita por los siguientes representantes:

1. El representante del Establecimiento de Salud.
2. Un representante o jefe de la Unidad de Mantenimiento Hospitalario o de la Unidad de Servicios Generales.
3. Un representante (Técnico y/o Comercial y/o Legal) de la empresa proveedora de la Máquina de Anestesia.

10. CONDICIONES COMERCIALES

a. EMBALAJE Y ROTULADO:

Según las condiciones y especificaciones que cada fabricante utiliza para el embalaje y/o rotulado de la Máquina de Anestesia solicitada y sus componentes y/o accesorios.

b. GARANTÍA COMERCIAL

Dos (02) años, contra defectos de diseño y/o fabricación, averías o fallas de funcionamiento, la Máquina de Anestesia, sus componentes y/o accesorios de la prestación principal, tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, durante el tiempo que dure la garantía de la prestación principal.

c. CONDICIONES DE LA GARANTÍA

La Máquina de Anestesia, sus componentes y/o accesorios del bien principal, tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, durante el tiempo que

dure la garantía del bien principal, en las condiciones imperantes en las instalaciones designadas.

La reparación de los equipos durante el periodo de garantía se determina por fallas de fábrica, o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. El contratista tendrá que realizar la reparación del equipo proporcionando los repuestos, los insumos, los consumibles, los fungibles, accesorios y mano de obra especializada necesarios, teniendo en consideración las condiciones siguientes:

Los usuarios finales del Establecimiento de salud se comunicarán por escrito y/o vía correo electrónico al Contratista (con copia al área usuaria: Gerencia Regional de Desarrollo Social), cualquier reclamo con cargo a esta garantía cuando el bien quede inoperativo y/o se presente defectos de funcionamiento; al recibir la notificación el Contratista tendrá el plazo de 24 horas para responder y programar la solicitud de reparación dentro del plazo de 05 días calendarios.

El contratista reemplazará los bienes y equipos o componentes y/o accesorios, defectuosos con uno nuevo, en un plazo no mayor a 3 días calendario.

En caso la reparación exceda los 3 días, la empresa entregará un equipo de semejantes características mientras el tiempo que demore la reparación, sin costo para la institución.

La reparación por el caso de la garantía del equipamiento, con sus componentes y accesorios durante el periodo de garantía, correrá por cuenta y riesgo del Contratista, dicha reparación será ejecutada por un Ingeniero capacitado en Fábrica.

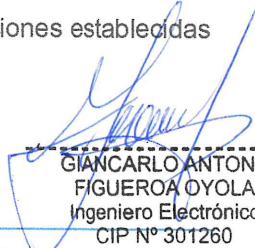
El contratista deberá acreditar que los profesionales de servicio técnico son capacitados de fábrica. El servicio de mantenimiento y capacitaciones deberá ser prestado por profesionales idóneos en el área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.

El Contratista queda obligado a extender el plazo de vigencia de la garantía de los bienes o equipos y sus componentes, cuantas veces sea necesario, por un plazo similar al que el equipo se encuentre inoperativo por causas atribuibles a él.

El contratista entregará un certificado de control de calidad de fábrica de manera anual, durante el periodo de garantía.

Durante el período de garantía total, el mantenimiento preventivo y correctivo al equipamiento será efectuado por el proveedor de los equipos suministrados en caso de fallas de fábrica, fallas por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos; el Contratista tendrá que realizar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, proporcionando los repuestos, los accesorios, los insumos, los consumibles, los fungibles, las herramientas y la mano de obra especializada necesarios sin costo adicional para el establecimiento de salud, teniendo en consideración las condiciones siguientes:

- Inicialmente el Proveedor tendrá el plazo de cinco (05) días calendario contados a partir de la recepción de la notificación, para la reparación del equipamiento (mantenimiento preventivo y correctivo).
- De requerir repuestos nuevos para la reparación de los equipos, el contratista solicitará el retiro del repuesto o componente a ser reemplazado por garantía, cuyos datos (marca, modelo, número de parte y/o serie) será registrado en un acta y será firmado por ambas partes. El ingreso del repuesto nuevo por parte del contratista se hará mediante guía de remisión debidamente sellado por el almacén del establecimiento de salud o quien haga sus veces, donde se consignará la fecha del ingreso del bien.
- Si el equipo no ha sido reparado durante el plazo inicial de cinco (05) días calendarios establecidos a partir de la notificación, el Proveedor tendrá un plazo adicional máximo de diez (10) días calendarios para culminar la reparación.
- La empresa deberá entregar un reporte escrito y un soporte fotográfico por cada mantenimiento efectuado a los equipos objeto de la presente contratación.
- La aplicación de la sanción no exime al adjudicatario de ninguna de las obligaciones establecidas para el periodo de Garantía comercial.



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

d. **PERIODO DE LA GARANTÍA**

Dos (02) Años.

e. **INICIO DE CÓMPUTO DE LA GARANTÍA**

A partir de la suscripción del acta de recepción, instalación y pruebas operativas.

f. **DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS**

Documento emitido por el proveedor en el cual debe de expresar el compromiso para el suministro a la entidad de los insumos, materiales o repuestos originales para el funcionamiento de la Máquina de Anestesia ofertada, por un periodo no menor de 10 años contados a partir del día siguiente de la fecha del Acta de recepción, instalación y pruebas operativas (Documento obligatorio para presentación de la oferta) FORMATO 06.

11. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACION PRINCIPAL

a. **MANTENIMIENTO PREVENTIVO (SEGÚN FORMATO 1)**

El contratista está obligado a elaborar y entregar al establecimiento de salud, en el acto de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa, el programa de mantenimiento preventivo y el formato de sus procedimientos, que debe de ejecutar dentro del periodo de la garantía de cada equipo, según los periodos de atención y las listas de actividades indicadas por el fabricante en su respectivo manual técnico. Se precisa que el contratista previo coordinación con el establecimiento de salud podrá mejorar dicho programa de acuerdo a las condiciones de funcionamiento del equipo en el establecimiento de salud de destino.

Es preciso indicar que el programa de mantenimiento preventivo de la Máquina de Anestesia deberá de coincidir con el periodo de garantía ofertado.

Los mantenimientos deberán ser programados y registrados mediante la Orden de Trabajo de Mantenimiento - OTM, la cual será suministrada por el establecimiento de salud, siendo este el documento sustentador de la ejecución de las actividades de mantenimiento y es válido cuando cuenta con la firma del (los) responsable(s) del Servicio Usuario y del responsable Técnico del establecimiento de salud o quien haga sus veces.

El mantenimiento preventivo de la Máquina de Anestesia será efectuado según FORMATO 1, en el lugar en que se encuentre instalado el equipo, debiendo el proveedor, asegurar su correcto funcionamiento. El proveedor durante el periodo de garantía, sin costo alguno para al establecimiento de salud deberá de brindar mantenimiento preventivo, proporcionando la mano de obra calificada, los consumibles, los fungibles, los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen sus manuales e información técnica del fabricante.

Es responsabilidad del contratista el correcto funcionamiento de la Máquina de Anestesia bajo su cobertura durante la vigencia del contrato.

a. **Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo (FORMATO B):**

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (FORMATO B) será emitida una vez por cada mantenimiento realizado según el FORMATO 1

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (FORMATO B), deberá ser suscrita por los siguientes representantes:

- Representante (Jefe de la Unidad de Servicios Generales, Usuario final del equipo o bienes adquiridos) del establecimiento de salud.
- Un representante (Técnico y/o Comercial y/o Legal) de la Empresa proveedora del equipo

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (FORMATO B) no invalida el reclamo posterior por parte de la entidad y por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes.

12. OTROS ENTREGABLES:

El contratista deberá entregar al comité de recepción dos (02) juegos de manuales al establecimiento de salud, 01 manual de operación y 01 manual de servicio técnico impreso a color y en formato digital (USB), que quedarán bajo custodia del Centro Asistencial. En el caso que el o los manuales estuvieran en idioma extranjero, se debe de presentar la traducción simple de la parte literal en idioma español (para el caso de manuales físicos). El juego de manuales comprende:

- Manual de Operación, con instrucciones de manejo y cuidados para el funcionamiento y conservación del equipo.
- Manual de servicio técnico.
- Manual de partes del equipo.
- Video de capacitación al usuario en formato MP4 (USB).
- Video de capacitación técnica en formato MP4 (USB).
- Certificado de Garantía técnico comercial.
- Certificado de control de calidad de fábrica.
- Carta de compromiso de stock de repuestos.
- Otros según el acta de recepción instalación y pruebas operativas.

13. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

El bien (máquina de anestesia y otros entregables), se entregarán en un plazo total máximo hasta setenta (70) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de la firma del contrato. El plazo de entrega incluye la entrega, instalación y prueba operativa de la Máquina de Anestesia.

La Máquina de Anestesia se entregará en el Almacén del HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS, AV. JOSE ARAMBULO LA ROSA N°221, en el horario de 8:00 am a 1:30 pm y de 2:30 pm a 4:15 pm, DISTRITO DE HUACHO, PROVINCIA DE HUAURA, DEPARTAMENTO LIMA.

Plazo de ejecución de la prestación accesorio

El mantenimiento preventivo se realizará por el periodo que dure la garantía y según el ítem que se detalla en el FORMATO 1.

El tiempo para el primer mantenimiento (cada 06 (seis) meses o según la cantidad de horas de funcionamiento, de acuerdo a cada fabricante, lo que se dé primero), inicia luego de la firma del "Acta de Conformidad de Recepción, Instalación y Prueba Operativa (FORMATO A)".

14. LA RECEPCIÓN

La recepción del bien se realizará cuando llegue al almacén del Hospital Regional de Huacho, cumpliendo con todas las especificaciones técnicas, así mismo estará a cargo del jefe del área usuaria y la unidad de Servicios Generales del Hospital Regional de Huacho, en coordinación con el Almacén del Gobierno Regional de Lima.

15. CONFORMIDAD

La conformidad de la prestación del bien, será otorgada por la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Lima, previo informe de conformidad de parte del área usuaria final.

16. CONFIDENCIALIDAD

El contratista queda obligado a la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que se tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

17. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El contratista es responsable por los vicios ocultos por el plazo máximo de dos (02) años de responsabilidad por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de la contratación de los bienes ofertados.

18. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL BIEN

Anexo 01.

19. FORMA DE PAGO

Sobre la forma de pago deberá ser de la siguiente forma:

La Entidad emitirá una (01) Orden de Compra, con su cantidad respectiva y requerida,

El Pago será realizado según lo siguiente:

ENTREGAS	FORMA DE PAGO	REQUISITOS
Única entrega	100% del total	Contar con acta de recepción y formatos firmados por el comité de recepción y representantes que aprueban la entrega, verificación y operatividad del bien.

20. PENALIDADES:

En caso de 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 gatos generales ni costos directos de ningún tipo.

a) Otras penalidades

El área usuaria, además de incluir la penalidad por retraso injustificado podrá incluir otro tipo de penalidades, siempre y cuando sean objetivas, razonables, congruentes y proporcionales con el objeto de la contratación. Para efectos, incluyen los supuestos de aplicación de penalidad, distintas al retraso o mora, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la contratación o ítem que debió ejecutarse.


Estas penalidades se calcularán de forma independiente a la penalidad por retraso injustificado.

21. OTRAS PENALIDADES

N°	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CALCULO	PROCEDIMIENTO
1	RETRASO EN LA CAPACITACION	0.5 UIT POR CADA DIA DE RETRASO	SEGÚN INFORME DEL AREA USUARIA

22. FORMATOS

Anexos.


GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

23. 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 el 173 de su Reglamento.

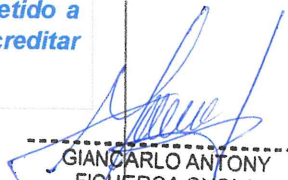
El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de tres (03) años contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

24. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN:**Importante para la Entidad**

Los requisitos de calificación que la Entidad debe adoptar son los siguientes:

Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>Contar con RUC, activo y habido, actividad con el rubro de la convocatoria.</p> <p>Contar con RNP</p> <p>Documento de autorización para la comercialización del equipo médico ofertado, emitido por la DIGEMID (Vigente).</p> <div data-bbox="213 1151 1337 1420" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Importante</p> <p><i>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.</i></p> </div> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de RUC, activo y habido.</p> <p>Copia de RNP.</p> <p>Copia de Documento de autorización para la comercialización del equipo médico ofertado, emitido por la DIGEMID (Vigente).</p> <div data-bbox="213 1792 1337 1957" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Importante</p> <p><i>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.</i></p> </div>
	<p>•</p>


 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

25. Importante para la Entidad

26. Asimismo, la Entidad puede adoptar el siguiente requisito de calificación:

Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases, así como el requisito de calificación, si este no ha sido incluido

B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a 280,000.00 (DOSCIENTOS OCHENTA MIL CON 00/100 SOLES), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N°1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/70,000.00 (SETENTA MIL CON 00/100 SOLES), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: Máquinas de Anestesia.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio 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.</p> <p>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</p>

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

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

(...)

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

GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260


	<p>consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>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.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de una persona absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>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.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>Importante</p> <p><i>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".</i></p>
--	--

Importante para la Entidad

En caso que el objeto de la convocatoria sea la adquisición de bienes bajo la modalidad de ejecución llave en mano, cuando se requiera personal para la instalación y puesta en funcionamiento, y se haya considerado que éste es personal clave, se puede incluir el siguiente requisito de calificación:

Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases, así como el requisito de calificación, si este no ha sido incluido

C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos Médicos: Ing. Mecánico o Ing. Mecánico Electricista o Ing. Electrónico o Ing. Biomédico colegiado y habilitado, con experiencia mínima de 02 años en soporte técnico de equipos médicos contabilizados a partir de la fecha de la colegiatura para que realice la capacitación sobre el bien. <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos Médicos: Título, colegiatura, certificados de capacitación y documentos que acrediten la experiencia mínima solicitada. <p>Importante</p>


 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

- 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.


 GIANCARLO ANTÓN
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

ANEXO 01

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA MÁQUINA DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE HUACHO HUAURA OYON Y SBS.




HOSPITAL DE HUACHO HUAURA OYÓN Y SBS

1. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	:	MÁQUINA DE ANESTESIA CON SISTEMA DE MONITOREO AVANZADO
CANTIDAD	:	UN (01)
USUARIOS	:	PACIENTES DEL HOSPITAL DE HUACHO HUAURA OYON Y SBS
UBICACIÓN	:	AVENIDA JOSE ARAMBULO LA ROSA 251 Espalda del Hospital de ESSALUD HUACHO HUAURA LIMA EN EL DISTRITO HUACHO, PROVINCIA HUAURA, DEPARTAMENTO LIMA

2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS	
A	GENERALES
A01	SISTEMA INTEGRADO, MAQUINA, VAPORIZADORES Y EL MONITOR DE SIGNOS VITALES DE LA MISMA Y/O DIFERENTE MARCA
A02	CAPACIDAD DEL EQUIPO PARA CONECTARSE A UNA RED CENTRAL.
A03	UNIDAD RODABLE DE FACIL DESPLAZAMIENTO CON FRENO DESCENTRALIZADO O CENTRALIZADO.
A04	CONSOLA CON 2 GAVETAS O MÁS Y MESA DE TRABAJO CON LUZ PARA EL AREA DE TRABAJO.
A05	PANTALLAS LCD COLOR, TACTIL CON RESOLUCION MINIMA PARA PARAMETROS VENTILATORIOS Y MONITOR DE FUNCIONES VITALES (INTEGRADO EN LA MAQUINA O INDEPENDIENTE).
A06	CAPACIDAD DE ENCENDER MEDIANTE BOTONES ELECTRONICOS Y/O SWICTH Y/O SEGÚN TECNOLOGIA DE CADA FABRICANTE
B	COMPONENTES
	SISTEMA NEUMATICO


 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP Nº 301260

B01	SUMINISTRO DE TRES (03) GASES: OXIGENO, OXIDO NITROSO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL ATRAVEZ DE UNA RED CENTRAL Y CILINDRO DE EMERGENCIA PARA OXIGENO.
B02	SISTEMA DE DOSIFICACION DE GASES (FLUJOMETROS) ELECTRONICOS Y/O DIGITALES CON PROGRAMACION DE FLUJO Y CONCENTRACION DE O2 DESDE LA PANTALLA DE LA MAQUINA DE ANESTESIA
B03	MEZCLADOR DE GASES ELECTRONICO CON PROGRAMACIÓN DEL FLUJO TOTAL Y % DE OXIGENO
B04	SISTEMA AUXILIAR DE SEGURIDAD: VISUAL (FLUJOMETRO) DE SALIDA DE GAS FRESCO Y/O CONTROL MANUAL DE FLUJO DE GAS QUE GARANTICE UN SUMINISTRO DE OXIGENO EN CASOS DE EMERGENCIA (FALLA ELECTRICA Y/O OTROS)
B05	PRESION DE ENTRADA DE OXIGENO, OXIDO NITROSO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL DE 41 A 80 PSI O MAS AMPLIO.
B06	MONITOREO DE PRESION DE RED CENTRAL DE: OXIGENO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL (POR MEDIO DE MANOMETROS Y/O DISPLAY).
B07	SUMINISTRO DE OXIGENO POR FLUJO DIRECTO (FLUSH), NO MENOR A 25 L/MIN.
B08	ALARMA DE FALLO DE SUMINISTRO DE OXIGENO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL O FALLO DE SUMINISTRO DE AIRE.
B09	SISTEMA QUE GARANTICE UNA CONCENTRACION NO MENOR A 25% DE OXIGENO, EN LA MEZCLA DE OXIGENO CON OXIDO NITROSO (SISTEMA DE GUARDA-HIPOXIA).
B10	SISTEMA ABSORBEDOR DE DIOXIDO DE CARBONO REUSABLE (CO2) CAPACIDAD DEL RECIPIENTE DE 800 g O 1 LITRO O MAS AMPLIO.
B11	SELECCION DE MODO DE VENTILACION: MANUAL (BOLSA) Y AUTOMATICO (VENTILADOR).
B13	SISTEMA QUE ASEGURE EL USO DE UN SOLO VAPORIZADOR A LA VEZ.
B14	MEDICION DEL CONSUMO DE AGENTE ANESTESICO
B15	SISTEMA DE CALEFACCION INTEGRADO QUE MINIMICE LA ACUMULACION Y/O CONDENSACION DE AGUA EN EL SISTEMA RESPIRATORIO
	VAPORIZADOR
B16	COMO MINIMO 02 VAPORIZADORES MECANICOS Y/O ELECTRONICOS: VAPORIZADOR PARA SEVOFLUORANO E ISOFLURANO
B17	CAPACIDAD PARA MONTAR DOS (02) VAPORIZADORES CON SISTEMA QUE ASEGURE EL USO DE UN SOLO VAPORIZADOR A LA VEZ, SIN NECESIDAD DE REMOVERLOS.
B18	FLUJO MINIMO DE TRANSPORTE DE AGENTE ANESTÉSICO DE 0.3 LT/MIN. O MENOS Y/O PRECISION MENOR O IGUAL A 10% DEL VALOR FIJADO.
B19	RANGO DE CONCENTRACION REGULABLE SEGÚN EL AGENTE ANESTESICO.
B20	CON SISTEMA DE LLENADO PARA AGENTE ANESTESICO ESPECIFICO.
	VENTILADOR ELECTRONICO
B21	MODALIDADES DE VENTILACIÓN: CONTROL POR VOLUMEN Y CONTROL POR PRESION (PCV), MANDATORIA SINCRONIZADO INTERMITENTE (SIMV), PRESION SOPORTE Y/O PCV-VG (CONTROLADO POR PRESION CON VOLUMEN GARANTIZADO).
B22	CON PROGRAMACION DIRECTA DE LIMITE DE PRESION DE 7 O MENOS A 60 O MAS sPa/mbar/cm H2O.
B23	CON PROGRAMACIÓN DIRECTA DE VOLUMEN TIDAL DE 20 ML O MENOS HASTA 1500 ML O MÁS EN MODO CONTROLADO POR VOLUMEN Y MONITORIZACION DEL VOLUMEN TIDAL DESDE 3 ML O MENOS
B24	PROGRAMACION DIRECTA DE PRESION INSPIRATORIA DE 60 cm H2O A MAS
B25	CON PROGRAMACION DIRECTA DE RELACION INSPIRACIÓN: EXHALACION (I: E): DE 2:1 A 1:4 COMO MINIMO.
B26	CON PROGRAMACION DIRECTA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 3 O MENOS HASTA 100 O MAS RESP/MIN.
B27	CON PROGRAMACION DIRECTA DE PEEP 4 O MENOS A 30 cm H2O.
B28	CON SENSIBILIDAD DE TRIGGER DE DISPARO DE 0.5 O MENOS A 10 L/MIN. O MAS
	MONITOREO


B29	PANTALLA A COLOR TACTIL DE 12" O SUPERIOR, TANTO PARA LA MAQUINA DE ANESTESIA Y 15 PULGADAS COMO PARA EL MONITOR DE FUNCIONES VITALES QUE DEBE CONTAR CON PERILLA ROTATORIA Y/O SENSIBLE AL TACTO QUE PERMITA NAVEGAR EN EL MENU DEL EQUIPO.
B30	VOLUMEN MINUTO (VM) Y VOLUMEN TIDAL (VT), FRECUENCIA RESPIRATORIA, PRESION INSPIRATORIA MAXIMA (PIP), Y/O PRESION MESETA (plat), PEEP, COMPLANCIE.
B31	CONCENTRACION INSPIRADA Y ESPIRADA Y ANESTESICOS (IDENTIFICACION AUTOMATICA DE, ISOFLURANO, SEVOFLURANO) VISUALIZACION DE LOS VALORES DEL CAM
B32	VISUALICION DE 3 O MAS CURVAS EN TIEMPO REAL, CONCENTRACION DE CO2, O2; ASI COMO DE PRESION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, FLUJO INSPIRATORIO Y ESPIRATORIO, CAPNOGRAFIA.
B33	VISUALIZACION DE BUCLES DE REFERENCIA FLUJO VOLUMEN Y VOLUMEN PRESION
B34	VISUALIZACION DE TENDENCIAS (GRAFICAS Y/O VALORES NUMERICOS) EN TIEMPO REAL.
B35	CONCENTRACION DE DIOXIDO DE CARBONO ESPIRADO (ETCO2) E INSPIRADO, CON VISUALIZACION DEL CAPNOGRAMA.
B36	CONCENTRACION DE AGENTE ANESTESICO INSPIRADO Y ESPIRADO; CON CAPACIDAD DE MOSTRAR LA CONCENTRACION DE, ISOFLUORANO, SEVOFLUORANO Y DESFLUORANO COMO MINIMO E IDENTIFICACION AUTOMATICA DE AGENTE ANESTESICO.
B37	CONCENTRACION DE OXIGENO INSPIRADO Y ESPIRADO
B38	CONCENTRACION DE OXIDO NITROSO INSPIRADO Y ESPIRADO.
B39	DOSIFICAICON DE O2 Y AGENTES ANESTESICOS DURANTE LA VENTILACION ESPONTANEA
B40	MONITORIZACION DE LA ESPIROMETRIA (BUCLES) CON MEDICION DE LA COMPLIANCE.
B41	ALARMAS AUDIOVISUALES
B42	EL MONITOR DE FUNCIONES VITALES DEBERA SER MODULAR (TODOS LOS PARAMETROS DEBERAN ESTAR CONTENIDOS EN MÓDULOS EXTRAIBLES FACILMENTE SIN HERRAMIENTAS) O PRECONFIGURADO Y TENER LA PANTALLA TACTIL A COLOR Y/O CON PERILLA SELECTORA DE 15 PULGADAS O SUPERIOR
B43	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG), CON VISUALIZACION DE FRECUENCIA CARDIACA, DETECCION DE DESNIVELES, QT Y/O QTC O AJUSTE DEL PUNTO ISOELECTRICO, CAPACIDAD DE SELECCIONAR 07 DERIVACIONES COMO MINIMO Y ANALISIS DE QUINCE (15) TIPOS DE ARRITMIAS COMO MINIMO
B44	FRECUENCIA RESPIRATORIA A TRAVES DE CABLE ECG (METODO DE IMPEDANCIA) Y A TRAVES DE LAS VIAS AEREAS MEDIANTE LA CAPNOGRAFIA.
B45	PULSIOXIMETRIA (SpO2), CON VISUALIZACION DE ONDA PLETISMOGRAFICA E INDICADOR DE POTENCIA DE SEÑAL MEDIANTE ASTERISCOL O BARRAS.
B46	CAPNOGRAFIA MAINSTREAM O SIDESTREAM
B47	PRESION SANGUINEA NO INVASIVA (NIBP).
B48	PRESION SANGUINEA INVASIVA (BP), CON CAPACIDAD DE MEDIR A TRAVES DE DOS CANALES COMO MINIMO.
B49	TEMPERATURA, CON CAPACIDAD DE MEDIR A TRAVES DE DOS CANALES COMO MINIMO. (ORAL Y RECTAL)
B50	MEDICIÓN DE BIS O ENTROPIA MEDIANTE UN MÓDULO QUE SE INTEGRARA AL MONITOR O PRECONFIGURADO O EXTERNO.
B54	MEDICION DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR CON CAPACIDAD CONTINUA O PROGRAMADA Y CUANTITATIVA DE LA RESPUESTA DE LA ESTIMULACION DEL PACIENTE Y/O MEDIANTE UN MÓDULO QUE SE INTEGRARA DENTRO DEL MONITOR O EXTERNA DE LA MISMA MARCA.
C	ACCESORIOS
C01	CIRCUITOS COMPLETOS PARA ANESTESIA REUSABLES: 02 JUEGOS PARA ADULTO Y 02 JUEGO PARA PEDIATRICO 02 JUEGOS PARA NEONATAL. CADA CIRCUITO COMPLETO ESTA CONFORMADO COMO MINIMO POR: CORRUGADOS, BOLSA PARA VENTILACION MANUAL, CONECTOR TIPO "Y" y CODO.

C02	UN (01) JUEGO COMPLETO DE MASCARAS PARA ANESTESIA, DE JEBE, ANATOMICA Y TAMAÑOS No. 2,3,4,5.
C03	TRES (03) JUEGO PARA LA MEDICION DE VOLUMEN TIDAL ESTERILIZABLES
C04	DOS (02) ADAPTADORES PARA EL VAPORIZADOR.
C05	UN (01) JUEGO ADICIONAL DE CANISTER PARA REPUESTO.
C06	ACCESORIOS DEL SISTEMA DE MONITOREO DE GASES (CO2, N2O Y AGENTE ANESTESICO): DIEZ (10) JUEGOS DE LA PARTE REUSABLE Y CINCUENTA (50) DE LA PARTE DESCARTABLE. CONSIDERAR COMO MINIMO LAS SIGUIENTES PARTES REUSABLES Y/O DESCARTABLES SEGÚN SEA EL CASO: TUBOS DE MUESTRA, TRAMPAS DE AGUA Y FILTROS Y/O ADAPTADORES CON SENSOR PARA CAPNOGRAMA
C07	DOS (02) CABLE PACIENTE DE 3 DE RAMALES Y DOS (02) CABLE PACIENTE DE 5 O 6 DE RAMALES, CADA PAR CON SUS RESPECTIVOS CABLES DE EXTENSION.
C08	DIEZ (10) BRAZALETES PARA PRESION NO INVASIVA (02 PARA ADULTOS OBESOS, 04 PARA ADULTOS, 02 PEDIATRICOS Y 02 NEONATALES), CON DOS CABLES DE INTERCONEXION EN TOTAL.
C09	CINCO (05) TRANSDUCTORES DESCARTABLES PARA PRESION INVASIVA CON DOS (02) CABLES TRONCALES AL EQUIPO.
C10	DOS (02) TRANSDUCTORES DE TEMPERATURA PARA MEDICION ESOFAGICA/RECTAL.
C11	TRES (03) JUEGOS DE SENSORES PARA PULSIOXIMETRIA (02 PARA ADULTOS 01 PARA PEDIATRICO, 01 NEONATAL), CON DOS CABLES TRONCALES EN TOTAL.
C12	PARA BIS O ENTROPIA: 01 (UNO) DE LA PARTE REUSABLE Y CINCUENTA (50) DE LA PARTE DESCARTABLE.
C13	PARA BLOQUEO NEUROMUSCULAR: 01 (UNO) DE LA PARTE REUSABLE Y CINCUENTA (50) DE LA PARTE DESCARTABLE.
C15	CON BRAZO PARA BOLSEO MANUAL.
C16	ACCESORIOS PARA MONITOREO BISPECTRAL O ENTROPIA 01 REUTILISABLE 50 DESCARTABLE
C17	MANGUERAS DE OXIGENO, OXIDO NITROSO Y AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL CON CONECTORES SEGUN NORMA DISS
C18	BALON DE EMERGENCIA DE OXIGENO, TIPO E DE ALUMINIO, CUYO CONECTOR DEBE TENER EL SISTEMA DE SEGURIDAD TIPO PIN INDEX.
C19	SISTEMA DE EVACUACION DE GASES (TIPO ACTIVO O PASIVO).
C20	ESTABILIZADOR DE VOLTAJE DE ESTADO SOLIDO CON LINEA A TIERRA, VARIACION DE VOLTAJE DE SALIDA MENOR O IGUAL A +/-3% Y POTENCIA SUPERIOR EN 25% O MAS DE LA POTENCIA NOMINAL DEL EQUIPO.
D	REQUERIMIENTO DE ENERGIA
D01	220 VAC ó 230 VAC / 60Hz. (NO SE ACEPTARA FUENTE EXTERNA PARA LA MAQUINA DE ANESTESIA NI PARA EL MONITOR DE FUNCIONES VITALES).
D02	BATERIA(S) RECARGABLE(S) CON AUTONOMIA MINIMA DE 30 MINUTOS PARA MAQUINA DE ANESTESIA Y 120 MINUTOS PARA EL MONITOR DE FUNCIONES VITALES


 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

ANEXO 02

FORMATOS



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

FORMATO A

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN. INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA

Siendo las Horas del día, la Empresahizo efectivo el acto de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa en el Establecimiento de Salud, Servicio/Unidad o Departamento de, La Máquina de Anestesia que a continuación se detalla:

Descripción	Marca	Modelo	No. Serie

No. de Orden de Compra.....

No. Contrato.....

Dicho acto contó con la presencia de Representantes del Establecimiento de Salud, representantes del GORE LIMA y representantes de la Empresa Contratista, en la recepción del citado equipo se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento de las especificaciones técnicas según el detalle de las especificaciones técnicas presentadas en la oferta Aprobada de la Empresa, así como las condiciones señaladas en los Documentos Contractuales.
- 2) Constatación de la integridad física, estado de conservación óptimo y de la correcta instalación del equipamiento. Presentación FICHA TÉCNICA Formato 02.
- 3) Verificación del cumplimiento del año de fabricación, antigüedad no mayor a seis meses anteriores a la fecha firma del contrato.
- 4) Entrega del resultado de Protocolo de Pruebas Formato 03 (según lo mencionado en las Condiciones Generales del equipamiento).
- 5) entrega del Programa de Mantenimiento Preventivo, así como procedimientos de Mantenimiento Preventivo. Formato 01 (según lo mencionado en las Condiciones Generales del equipamiento).
- 6) Entrega del programa de capacitación al personal técnico y usuario. Formato 05 A, 05-B.
- 7) Entrega del "Certificado de Garantía" con la vigencia estipulada en la Oferta Técnica.
- 8) Entrega de dos (02) juegos de manuales de usuario y técnico en físico y en digital (USB).
- 9) El equipo tiene colocada una placa de metal, con la información mencionada en las Condiciones Generales del Equipamiento.
- 10) Entrega de documento compromiso de suministro de insumos y repuestos, llenada y firmada por el representante de la empresa. Formato 06 (según lo mencionado en las Condiciones Generales del equipamiento).

Acto seguido se llevó a cabo la suscripción de la presente ACTA en señal de conformidad.
Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Representante del GORE LIMA

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

Firma y sello del Representante del Hospital



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

FORMATO B

ACTA DE CONFORMIDAD DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Siendo las Horas del día, la Empresa hizo efectivo el
 el acto de conformidad del Mantenimiento preventivo en el Establecimiento de Salud, Servicio/Unidad o
 Departamento de, La Máquina de Anestesia que a continuación se
 detalla:
 No. de Orden de Compra.....

Descripción	Marca	Modelo	No. Serie

No. Contrato.....

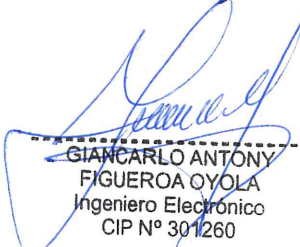
Dicho acto contó con la presencia de Representantes del Establecimiento de Salud, y representante de la
 Empresa Contratista, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar.

- 1) Cumplimiento de las 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:

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

 Firma y sello del Representante
 del Hospital


 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

FORMATO C

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA CAPACITACIÓN

Siendo las Horas del día , la Empresa hizo efectivo el acto de conformidad de la Capacitación al personal del Establecimiento de Salud, Servicio/Unidad o Departamento de , La Máquina de Anestesia que a continuación se detalla:

No. de Orden de Compra.....
No. Contrato.....

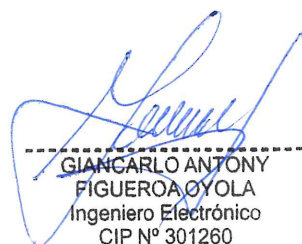
Dicho acto contó con la presencia de Representantes del Establecimiento de Salud y representante de la Empresa Contratista, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar:

- 1) Cumplimiento del programa de capacitación del Usuario en el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipo.
- 2) Cumplimiento del programa de capacitación especializada del Servicio Técnico de Mantenimiento Preventivo del equipo.
- 3)

Acto seguido se llevó a cabo la suscripción de la presente ACTA en señal de conformidad. Firman dando fe de lo anterior:

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

Firma y sello del Representante
del Hospital



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

FORMATO 01


(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

PROGRAMA Y PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	Nº O/C	Nº DE SERIE

Nº	DESCRIPCION ACTIVIDAD (Año)	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO POR EL TIEMPO DE GARANTIA PROPUESTO (En meses)											
		1	2	3	4	5	22	23	24	...

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


GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP Nº 301260

Importante:

Las actividades de mantenimiento deberán ser concordantes con los manuales de operación y servicio técnico, debiendo considerar todos los consumibles, los fungibles, los insumos y accesorios y mano de obra especializada.

FORMATO 02

(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

FICHA TÉCNICA

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	Nº O/C	Nº DE SERIE

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	Nº DE SERIE

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

 GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP Nº 301260

FORMATO 03

RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS
(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

ÍTEM
DENOMINACIÓN
MARCA
MODELO

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

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

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

Firma y sello del Representante del Hospital


 GIANCARLO ANTONY FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

FORMATO 04

FORMATO DE VALORIZACIÓN DE COMPONENTES, CONSUMIBLES, FUNGIBLES, ACCESORIOS E INSUMOS DE MAS ALTA ROTACIÓN


(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

ITEM N°
DENOMINACIÓN
MARCA
MODELO

N°	DENOMINACIÓN	CÓDIGO DE PARTE	CARACTERÍSTICAS	PRECIO (NUEVOS SOLES INC. IGV)	OBSERVACIONES (INDICAR CRONOGRAMA DE REEMPLAZO)
COMPONENTES					
CONSUMIBLES					
FUNGIBLES					
ACCESORIOS					
INSUMOS					

(NOTA): De ser necesario adjuntar hojas adicionales.

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


GIANCARLO ANTONY FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

FORMATO 05-A


(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA PARA EL USUARIO

EQUIPO	MARCA	MODELO	PROVEEDOR
NOMBRE DEL EXPERTO		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA
FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO	DÍAS - HORARIO
N°	TEMÁTICA DE LA CAPACITACION	HORAS	
1	Principios de Funcionamiento		
2	Operación de los Bienes y Equipamiento		
3	Explicación de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos		
4	Presentación y orientación en el Manejo de las partes de los bienes y equipamiento.		
5	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes de los bienes y equipamiento		
6	Practica dirigida del empleo de los bienes y equipamiento, con reconocimiento de todos los componentes.		
7	Uso adecuado de accesorios de calibración de ser el caso (si lo indica el manual del bien), para el correcto funcionamiento del equipamiento.		
8	Seguridad de los bienes y equipamiento.		
9	Análisis y solución de fallas o eventos adversos comunes		
TOTAL DE HORAS			

Firma y sello del instructor

Área usuaria

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


GIANCARLO ANTONY
 FIGUEROA OYOLA
 Ingeniero Electrónico
 CIP N° 301260

FORMATO 05-B

(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

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

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

Firma y sello del Instructor

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

GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

FORMATO 06

(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

COMPROMISO DE SUMINISTRO DE INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS

Señores:

Presente:

De nuestra consideración,

El que suscribe, don identificado con DNI N° representante Legal de con RUC N° DECLARO BAJO JURAMENTO, suministrar insumos, materiales o repuestos por un periodo 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 y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S).....

Huachín, De del 20


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



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

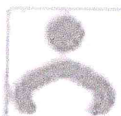
FORMATO 07

(Para uso obligatorio del ganador de la buena pro)

 MINISTERIO DE SALUD <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES Y SEGURIDAD DE SALUD</small>		ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO	
DEPENDENCIA DE SALUD (1)		<small>SE REFIERE POR: (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)</small>	
ÁREA USUARIA (4)		UBICACIÓN FÍSICA (5)	
EQUIPO/RECURSO DE TRABAJO (6)	MATERIAL (7)	MODELO (8)	SERIE (9)
PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O SERIE (ALICIÓN) (10)			
FIRMA Y SELLO DEL DAÑANTANTE (11)		FIRMA Y SELLO DE APROBACIÓN (12)	
FECHA DE EMISIÓN (13)		FECHA DE RECEPCIÓN (14)	
(Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento)		(Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento)	
DIAGNÓSTICO TÉCNICO (15)		PRIORIDAD (16) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MUY URGENTE <input type="checkbox"/></div> <div>URGENTE <input type="checkbox"/></div> <div>PROGRAMAR <input type="checkbox"/></div> </div>	
FECHA DE EMISIÓN (17)		FECHA DE RECEPCIÓN (18)	
FECHA DE EMISIÓN (19)		FECHA DE RECEPCIÓN (20)	
FECHA DE EMISIÓN (21)		FECHA DE RECEPCIÓN (22)	
FECHA DE EMISIÓN (23)		FECHA DE RECEPCIÓN (24)	
FECHA DE EMISIÓN (25)		FECHA DE RECEPCIÓN (26)	
FECHA DE EMISIÓN (27)		FECHA DE RECEPCIÓN (28)	
FECHA DE EMISIÓN (29)		FECHA DE RECEPCIÓN (30)	
FECHA DE EMISIÓN (31)		FECHA DE RECEPCIÓN (32)	
FECHA DE EMISIÓN (33)		FECHA DE RECEPCIÓN (34)	
FECHA DE EMISIÓN (35)		FECHA DE RECEPCIÓN (36)	
FECHA DE EMISIÓN (37)		FECHA DE RECEPCIÓN (38)	
FECHA DE EMISIÓN (39)		FECHA DE RECEPCIÓN (40)	
FECHA DE EMISIÓN (41)		FECHA DE RECEPCIÓN (42)	
FECHA DE EMISIÓN (43)		FECHA DE RECEPCIÓN (44)	
FECHA DE EMISIÓN (45)		FECHA DE RECEPCIÓN (46)	
FECHA DE EMISIÓN (47)		FECHA DE RECEPCIÓN (48)	
FECHA DE EMISIÓN (49)		FECHA DE RECEPCIÓN (50)	
FECHA DE EMISIÓN (51)		FECHA DE RECEPCIÓN (52)	
FECHA DE EMISIÓN (53)		FECHA DE RECEPCIÓN (54)	
FECHA DE EMISIÓN (55)		FECHA DE RECEPCIÓN (56)	
FECHA DE EMISIÓN (57)		FECHA DE RECEPCIÓN (58)	
FECHA DE EMISIÓN (59)		FECHA DE RECEPCIÓN (60)	
FECHA DE EMISIÓN (61)		FECHA DE RECEPCIÓN (62)	
FECHA DE EMISIÓN (63)		FECHA DE RECEPCIÓN (64)	
FECHA DE EMISIÓN (65)		FECHA DE RECEPCIÓN (66)	
FECHA DE EMISIÓN (67)		FECHA DE RECEPCIÓN (68)	
FECHA DE EMISIÓN (69)		FECHA DE RECEPCIÓN (70)	
FECHA DE EMISIÓN (71)		FECHA DE RECEPCIÓN (72)	
FECHA DE EMISIÓN (73)		FECHA DE RECEPCIÓN (74)	
FECHA DE EMISIÓN (75)		FECHA DE RECEPCIÓN (76)	
FECHA DE EMISIÓN (77)		FECHA DE RECEPCIÓN (78)	
FECHA DE EMISIÓN (79)		FECHA DE RECEPCIÓN (80)	
FECHA DE EMISIÓN (81)		FECHA DE RECEPCIÓN (82)	
FECHA DE EMISIÓN (83)		FECHA DE RECEPCIÓN (84)	
FECHA DE EMISIÓN (85)		FECHA DE RECEPCIÓN (86)	
FECHA DE EMISIÓN (87)		FECHA DE RECEPCIÓN (88)	
FECHA DE EMISIÓN (89)		FECHA DE RECEPCIÓN (90)	
FECHA DE EMISIÓN (91)		FECHA DE RECEPCIÓN (92)	
FECHA DE EMISIÓN (93)		FECHA DE RECEPCIÓN (94)	
FECHA DE EMISIÓN (95)		FECHA DE RECEPCIÓN (96)	
FECHA DE EMISIÓN (97)		FECHA DE RECEPCIÓN (98)	
FECHA DE EMISIÓN (99)		FECHA DE RECEPCIÓN (100)	



PERU



As a result of the above, the following is the proposed solution:

COSTO DEL SERVICIO
(PARA USO DE LA OFICINA DE MANTENIMIENTO)

[illegible][illegible]

COSTO TOTAL
R\$ 24

COSTOS POR MATERIA DE OBRA COSTOS POR IMPUESTOS, AGUAS, SERVICIOS Y MATERIALES OTROS GASTOS SIMILARES	
IMPUESTOS DE LEY	
TOTAL GENERAL \$	

FORMA DEL CLASIFICADOR DE MANEJO DE DOCUMENTOS (21)	NO SE PUEDE OFICINA DE MANEJO DE DOCUMENTOS
	ENCUENTRO

**GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA**
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260

FORMATO 08

(Para uso obligatorio de los postores, será evaluado luego de la admisión de la oferta)

HOJA DE PRESENTACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS OFERTADOS

Señores:

Presente:

En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos de la adquisición del Generador de Oxígeno Medicinal conociendo todas las condiciones existentes, el suscrito adjunta el Sustento de Cumplimiento de acuerdo con los Requerimientos técnicos Mínimos y demás condiciones.

**SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
(REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS)**

DENOMINACION DEL BIEN Y/O EQUIPO:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR:

AÑO DE FABRICACIÓN:

PAÍS DE FABRICACIÓN:

MARCA:

MODELO:

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:

	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (copiar uno a uno los requerimientos técnicos mínimos)	Equipo ofertado cumple con Requerimiento Técnico mínimo (número de folio de sustento)		COMENTARIO
		SI	NO	
A	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS			
A01				
A02				
...				
B				
B01				

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

Huachirí, De..... del 20.....

Firma y sello del Representante Legal
sello del postor/Razón Social de la empresa



GIANCARLO ANTONY
FIGUEROA OYOLA
Ingeniero Electrónico
CIP N° 301260