

**Decenio de la igualdad de oportunidades para Mujeres y Hombres**  
**"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"**

## **ANEXO 02**

## **FORMATOS**

## FORMATO DE HOJA DE PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO Y PLAZO DE ENTREGA

## HOJA DE PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO Y PLAZO DE ENTREGA

NOMBRE O RAZON SOCIAL		Nº ÍTEM				
DENOMINACIÓN DEL BIEN						
PARTES, COMPONENTES Y ACCESORIOS DEL BIEN	MARCA	MODELO	SERIE	AÑO DE FABRICACIÓN	PAIS DE ORIGEN	
VIGENCIA DE GARANTÍA				PLAZO DE ENTREGA		
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS						
REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS		SI	NO	SUSTENTO EN FOLIOS		
REQUERIMIENTOS TÉCNICOS ADICIONALES		SI	NO	SUSTENTO EN FOLIOS		
De ser necesario adjuntar hojas adicionales.						



\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.

Representante legal del Contratista

ANEXO 2:  
FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD

**ACTA DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA**  
(individual por cada bien)

Siendo las ..... horas del día ....., el contratista ..... hizo efectivo el acto de entrega en el Servicio, Unidad o Departamento de ....., los bienes que a continuación se detalla:

DESCRIPCION	ÍTEM	MARCA	MODELO	Nº SERIE

Nº de Orden de Compra: .....

Dicho acto contó con la presencia de los representantes de la Entidad y el representante legal del Contratista.

En la recepción del citado bien se pudo constatar:

1. Cumplimiento de especificaciones técnicas según el detalle de las especificaciones técnicas presentadas en la propuesta del contratista, así como las condiciones señaladas en la orden de compra y en el requerimiento.
2. Integridad física y estado de conservación óptimo de los bienes.
3. Perfecto estado de funcionamiento del bien, incluyendo todos los accesorios requeridos.
4. Cada uno de los bienes tiene grabado en bajo relieve ( o colocada una placa de metal, de preferencia remachada), la denominación del bien, la razón social, el teléfono del centralista, fecha de entrega e instalación (mes y año), garantía, entre otros de acuerdo al requerimiento.
5. Entrega del Certificado de Garantía, como mínimo con la vigencia estipulada en las especificaciones técnicas y descrita en meses (que rige a partir de hoy) por cada bien entregado, otorgado por el contratista o empresa proveedora, con la firma del representante legal.
6. Ficha técnica del bien.
7. Instalación y prueba operativa del bien, teniendo en consideración el protocolo de pruebas.
8. Actividades de Mantenimiento
9. Cronograma de Mantenimiento
10. Capacitación especializada en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica del bien, dirigido a los profesionales de la Salud y otros que designe el Gobierno Regional de Lima.
11. Capacitación especializada al servicio técnico de Mantenimiento y Reparación del bien, dirigido al personal profesional, técnico y otros que designe el Gobierno Regional de Lima.
12. Dos videos de capacitación en formato MP4, en USB, que contenga la información de las capacitaciones usuario/servicio técnico.
13. Manuales en idioma español de usuario y servicio técnico.
14. Entrega de Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, emitido por la Autoridad de Salud competente y vigente a la fecha, a nombre del contratista y relativo al bien principal entregado. En caso de que los bienes no requieran Registro Sanitario, se deberá presentar el documento emitido por DIGEMID, que acredite que el bien no requiere de Registro Sanitario.



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

Firman dando fe de lo anterior:

---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del Área Técnica

---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Encargado(a) del Establecimiento  
de Salud/Beneficiario

---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del almacén  
(Beneficiario)



## ANEXO 3A:

## FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS

## PROTOCOLO DE PRUEBAS

## PROCESO DE SELECCIÓN :

ÍTEM :

DENOMINACIÓN DEL BIEN :

MARCA :

MODELO :

SERIE :

N°	Descripción de la prueba	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear	Tiempo estimado de realización	Resultado - Valor esperado



NOTA: El proveedor asumirá todos los costos, para realizar el protocolo de pruebas al bien entregado, como suministrar los insumos y/o medios físicos a emplear en las pruebas, así como con los instrumentos de medición necesarios.

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del Área Técnica

## ANEXO 3B:

## RESULTADO DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS

## PROCESO DE SELECCIÓN :

ÍTEM :

DENOMINACIÓN DEL BIEN :

MARCA :

MODELO :

SERIE :

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



NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.

Representante legal del Contratista

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.

Representante del Área Técnica



#### ANEXO 4

##### PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

El servicio de mantenimiento preventivo deberá de cobertura a los bienes que lo requieran de acuerdo con el Anexo 1.

Corresponde al Contratista cumplir con el programa y los procedimientos de mantenimiento preventivo (de los bienes que lo requieran de acuerdo al Anexo (1)) aprobado por la GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL.

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

1. Inspecciones o revisiones globales y específicas de los bienes.
2. Ajustes eléctricos, electrónicos y/o mecánicos.
3. Limpieza, lubricación, engrase y pintado.
4. Pruebas de funcionamiento.
5. Verificación, calibración y regulación de parámetros de funcionamiento.
6. Cambio de partes, piezas y/o accesorios, a ser suministrados por el Contratista.
7. Otras que demande el mantenimiento.



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

Las fallas que presenten los bienes serán de responsabilidad del Contratista y serán asumidas por éste, salvo que demuestre que han sido ocasionadas por el usuario. El Contratista, de conformidad con los Órdenes de Trabajo de Mantenimiento, aprobados por la Entidad en la fecha prevista:

- a. Coordinará con el jefe del Servicio Usuario, el inicio o ejecución de la actividad del mantenimiento programado, de tal manera que no se interrumpa la labor del servicio usuario. ejecutará el mantenimiento utilizando los medios y recursos aceptados por la GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL.
- b. Concluido el trabajo demostrará al usuario la eficiencia del mantenimiento ejecutado, al jefe del Establecimiento de Salud firme la Orden de Trabajo de Mantenimiento.
- c. Si el servicio no se ajusta al requerimiento autorizado. el Contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga la GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL.
- d. La Orden de Trabajo de Mantenimiento concluida, será entregarla por el Contratista a la GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL, en el menor tiempo posible.

Queda entendido que la Orden de Trabajo de Mantenimiento del Establecimiento de Salud es documento ineludible para el trámite de conformidad de la actividad, de mantenimiento concluida.

El Establecimiento de Salud dará por concluida la actividad de mantenimiento, si el trabajo e información de lo actividad de mantenimiento se ha cumplido conforme a lo contratado, firmando la Orden de Trabajo de señal de Mantenimiento señal de conformidad

Queda entendido que, la Orden de Trabajo de Mantenimiento está concluida cuando cuenta con las firmas de conformidad de: Jefe del Establecimiento de Salud, Contratista y Jefe del Área Técnica de la GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL.

GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL comunicará los resultados de la conclusión de la Orden de Trabajo de Mantenimiento al Contratista.



---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

---

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del Área Técnica



## Anexo 4 A

## PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Ítem N°:

Denominación: .....

Marca: ..... Modelo: ..... Serie: .....



N°	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD Año	PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO											
		MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

NOTA:

- El Mantenimiento Preventivo que se le realicen a los quipos deberán ser consignados en la Ficha "Orden de Trabajo de Mantenimiento" que será proporcionada por el servicio de mantenimiento.
- Solo para los equipos médicos que requieran mantenimiento preventivo señalado en el Anexo 1.

El presente deberá ser firmado y sellado, según corresponda.

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.

Representante legal del Contratista

NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.

Representante del Área Técnica de  
la Entidad

## ANEXO 4B

## FORMATO PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

## PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

ADQUISICIÓN DIRECTA:

ÍTEM:

DENOMINACIÓN:

MARCA:

MODELO:

SERIE:



N°	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar en cada actividad	Materiales y Repuestos	Herramientas e Instrumentos	Ejecutores (Ing. Téc.)	Hora Hombre

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del Área Técnica de  
la Entidad

## ANEXO 5

## TEMÁTICA DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO TÉCNICO

EQUIPO	MARCA	MODELO	ITEM	CONTRATISTA
NOMBRE DEL INSTRUCTOR		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA	
FECHA DE INCIO		FECHA DE TERMINO		DÍAS - HORARIO
N°	TEMÁTICA DEL CURSO			HORAS
1	Principios de Funcionamiento			
2	Operación del equipo			
3	Diagramas en Bloque			
4	Explicación Secuencial de la Electrónica de los Diagramas en Bloque			
5	Análisis de Fallas (Trouble Shooting) y Mantenimiento Correctivo			
6	Normas de Mantenimiento Preventivo			
7	Instrumentos y Herramientas necesarias y específicas			
8	Práctica			
TOTAL DE HORAS				



**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante del Área Técnica de  
la Entidad

## ANEXO 6

TEMÁTICA DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAL USUARIO ASISTENCIAL
--

EQUIPO	MARCA	MODELO	ITEM	CONTRATISTA
NOMBRE DEL INSTRUCTOR		NACIONALIDAD	EXPERIENCIA	
FECHA DE INCIO		FECHA DE TERMINO		DÍAS - HORARIO
N°	TEMÁTICA DEL CURSO			HORAS
1	Principios de Funcionamiento			
2	Operación del equipo			
3	Explicación de los Componentes. Partes, Accesorios e Insumos			
4	Análisis de Fallas Comunes			
5	Normas de Cuidado y Conservación Básica			
6	Practica			
TOTAL DE HORAS				



**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Jefe de Departamento o Servicio de  
destino del Centro Asistencial

ANEXO 7

ACREDITACIÓN DE PERSONAL USUARIO ASISTENCIAL CAPACITADO

En fecha ..... de ..... del ..... en el Centro Asistencial ..... Se desarrolló la capacitación de Personal Usuario Asistencial, según la Temática de Capacitación aprobada.

Durante: ..... Horas (en letras): .....

NOMBRE DEL EQUIPO	
MARCA	
MODELO	
ITEM	

Expositor: .....

En dicha capacitación participó el siguiente personal.

NOMBRE	PROFESIÓN	D.N.I	FIRMA



Los que suscriben dan la conformidad respectiva luego de que el contratista ha ejecutado la capacitación de forma satisfactoria

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Jefe de Departamento o Servicio de  
destino del Centro Asistencial



ANEXO 8

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL

LOGO DE LA EMPRESA

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN



Se extiende el presente Certificado a:

.....  
.....

En el Curso Teórico Práctico de:

“CAPACITACIÓN EN EL MANEJO OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN DE

.....”

Ítem: .....

Equipo: ..... (Denominación): .....

Marca: ..... Modelo: .....

Impartido en (los) día(s): ....., con una duración de ..... horas.

Lugar y Fecha de emisión: .....

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

Representante legal del Contratista

ANEXO 9

ACREDITACIÓN DE PERSONAL CAPACITADO EN SERVICIO TÉCNICO

En fecha ..... de ..... del ..... en el Centro Asistencial ..... Se desarrolló la capacitación de Servicio Técnico, según la Temática de Capacitación aprobada.

Durante: ..... Horas (en letras): .....

NOMBRE DEL EQUIPO	
MARCA	
MODELO	
ITEM	



Expositor: .....

En dicha capacitación participó el siguiente personal.

NOMBRE	PROFESIÓN	D.N.I	FIRMA

Los que suscriben dan la conformidad respectiva, luego de que el contratista ha ejecutado la capacitación de forma satisfactoria

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Representante legal del Contratista

**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
Jefe de la Oficina de Ingeniería  
Hospitalaria y Servicios (Centro  
Asistencial de Destino)

## ANEXO 10:

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO TÉCNICO

LOGO DE LA EMPRESA

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN



Se extiende el presente Certificado a:

.....  
.....

En el Curso Teórico Práctico de:

“CAPACITACIÓN      EN      SERVICIO      TÉCNICO      Y      MANTENIMIENTO      DE  
.....”

Ítem: .....

Equipo: ..... (Denominación): .....

Marca: ..... Modelo: .....

Impartido en (los) día(s): ....., con una duración de ..... horas.

Lugar y Fecha de emisión: .....

---

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

Representante legal del Contratista

## ANEXO 11:

FICHA TÉCNICA
---------------

ÍTEM	DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	ORDEN DE COMPRA	MARCA	MODELO	Nº DE SERIE
	ENERGIA TRIF / MONOF.	VOLTAJE	AMPERAJE	POTENCIA (Watts)	OTROS

COMPONENTES DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	Nº DE SERIE

ACCESORIOS DEL EQUIPO	CANTIDAD	MARCA	MODELO	OBSERVACIONES



\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
 Representante legal del Contratista

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
 Representante del Area Técnica

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
 Encargado(a) del Establecimiento  
 de Salud

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, CARGO, SELLO Y FIRMA.**  
 Representante del almacén