



BASES ADMINISTRATIVAS

CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO

**“ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA
EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y
ANATOMIA PATOLOGICA POR UN PERIODO DE
CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIOS”**

2023

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 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 : Hospital R.D.C.Q. Daniel Alcides Carrión de Huancayo
RUC N° : 20185665322
Domicilio legal : Av. Daniel A. Carrión N° 1556 – Huancayo
Teléfono: :
Correo electrónico: : contrataciones.hdac.hyo@gmail.com

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA POR UN PERIODO DE CIENTO VEINTE (120) DIAS CALENDARIOS.

ITEM	SUB ITEM	DESCRIPCION ITEM	UNID_MED	CANTIDAD	INDICADOR PROCESO
01	1.1	KIT DE AFERESIS PARA OBTENCION DE PLAQUETAS	UNIDAD	50.00	NO
02	2.1	TARJETA LISS COOMBS X 6 DETERMINACIONES	UNIDAD	240.00	SI
02	2.2	GRUPO SANGUINEO FENOTIPO RH - KELL	DETERMINACION	1500.00	SI
02	2.3	TARJETA GRUPO SANGUINEO GLOBULAR ABD COOMBS DIRECTO	DETERMINACION	1500.00	SI
03	3.1	HORMONA TIROIDEA ESTIMULANTE (TSH) AUTOMATIZADO	UNIDAD	1500.00	SI
03	3.2	HORMONA TRIYODOTIRONINA (T3) TOTAL	UNIDAD	500.00	SI
03	3.3	HORMONA TIROXINA (T4) LIBRE	UNIDAD	1000.00	SI
04	4.1	HORMONA PARATIROIDEA	DETERMINACION	200.00	SI
04	4.2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) TOTAL	DETERMINACION	500.00	SI
04	4.3	ANTICUERPO HEPATITIS C	DETERMINACION	700.00	SI
04	4.4	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	DETERMINACION	700.00	SI
04	4.5	ANTI - HEPATITIS B SUPERFICIE (HBS) ELISA	DETERMINACION	200.00	SI
04	4.6	PROCALCITONINA QUIMIOLUMINISCENCIA	DETERMINACION	300.00	SI
04	4.7	HEPATITIS B ANTICUERPO ANTICORE TOTAL AUTOMATIZADO	DETERMINACION	700.00	SI
05	5.1	DOSAJE DE VITAMINA B12 X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	1.00	SI

HOSPITAL R.D.C.Q. DANIEL ALCIDES CARRION

05	5.2	HORMONA INSULINA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.3	TEST DE TROPONINA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.4	ACIDO FOLICO X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	1.00	SI
05	5.5	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.6	TEST DE ANTIGENO CA 19-9 METODO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.7	RUBEOLA IgG	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.8	RUBEOLA IgM	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.9	ALFA FETO PROTEINA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.10	CITOMEGALOVIRUS IgG AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.11	CITOMEGALOVIRUS IgM AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.12	TOXOPLASMA GONDII IgG AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.13	TOXOPLASMA GONDII IgM AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.14	HERPES VIRUS 1 IgG ELISA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.15	HERPES VIRUS 1 IgM ELISA	UNIDAD	100.00	SI
05	5.16	HERPES VIRUS 2 IgG ELISA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.17	HERPES VIRUS 2 IgM ELISA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.18	ANTICUERPO ANTI HTLV I-II METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.19	HEPATITIS DELTA IgG ELISA X 96 DETERMINACIONES	UNIDAD	1.00	SI
05	5.20	ANTIGENO ANTICUERPO VIH QUIMIOLUMINISCENCIA	DETERMINACION	100.00	SI
05	5.21	KIT HEPATITIS B ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO EPSILON QUIMIOLUMINISCENCIA X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	1.00	SI
06	6.1	ANTICUERPO ANTI ADN NATIVO INMUNOFUORESCENCIA (IFA)	DETERMINACION	100.00	NO
06	6.2	ANTICUERPO ANTINUCLEAR (ANA) INMUNOBLOT	DETERMINACION	300.00	NO
06	6.3	ANTICUERPO Y ANTÍGENO NUCLEARES EXTRAIBLES (ENA) INMUNOBLOT	DETERMINACION	176.00	NO
06	6.4	ANTICUERPO ANTINEUTROFILOS (ANCA) INMUNOFUORESCENCIA X 100 DETERMINACIONES	UNIDAD	2.00	NO
07	7.1	MICROALBUMINURIA.	DETERMINACION	200.00	SI
07	7.2	TRANSFERRINA	DETERMINACION	150.00	SI
07	7.3	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	DETERMINACION	3000.00	SI

07	7.4	REACTIVO COMPLEMENTO C3	DETERMINACION	100.00	SI
07	7.5	REACTIVO COMPLEMENTO C4	DETERMINACION	100.00	SI
07	7.6	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO NEFELOMÉTRICO	DETERMINACION	400.00	SI
08	8.1	PRUEBA RAPIDA PARA HELICOBACTER PYLORI X 100 DETERMINACIONES (IgG)	UNIDAD	1.00	NO
08	8.1	PRUEBA RAPIDA PARA HELICOBACTER PYLORI X 50 DETERMINACIONES (IgM)	UNIDAD	2.00	NO
09	9.1	KIT ANTÍGENO FEBRILES PARATÍFICO (A,B) TÍFICO (H,O) Y BRUCELLA 5 FRASCOS X 5 mL	UNIDAD	3.00	NO
09	9.2	KIT RPR SIFILIS CON CONTROLES (POSITIVO Y NEGATIVO) X 500 DETERMINACIONES	UNIDAD	10.00	NO
09	9.3	ANTIESTREPTOLISINA "O"	DETERMINACION	100.00	NO
10	10.1	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL DE 5 ESTIRPES	DETERMINACION	10000.00	SI
11	11.1	DOSAJE DE DIMERO D	DETERMINACION	370.00	NO
11	11.2	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA	DETERMINACION	2500.00	NO
11	11.3	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	DETERMINACION	1500.00	NO
12	12.1	SOLUCION TURK X 1 L	UNIDAD	1.00	NO
12	12.2	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 1 L	UNIDAD	1.00	NO
12	12.3	COLORANTE WRIGHT X 1 L	UNIDAD	10.00	NO
12	12.4	COLORANTE GIEMSA X 1 L	UNIDAD	1.00	NO
12	12.5	LAMINA PORTA OBJETO 25 MM X 75 MM X 50	UNIDAD	200.00	NO
12	12.6	TIPS AZUL 100 uL - 1000 uL X 500	UNIDAD	20.00	NO
13	13.1	KIT DE INMUNOHISTOQUÍMICA X 500 DETERMINACIONES	UNIDAD	1.00	NO
13	13.2	ANTICUERPO MONOCLONAL PARA FACTOR DE TRANSCRIPCION TIROIDEO (TTF-1) X 6 mL	UNIDAD	1.00	NO
13	13.3	ANTICUERPO MONOCLONAL PARA INMUNOHISTOQUIMICA Ki 67 X 7 mL	UNIDAD	1.00	NO
13	13.4	ANTICUERPO POLICLONAL PARA PROTEINA FIBRILAR GLIAL ACIDA X 12 mL	UNIDAD	1.00	NO
13	13.5	LAMINA CON CARGA PARA INMUNOHISTOQUIMICA X 72	UNIDAD	10.00	NO
14	14.1	ADENOSINA DEAMINASA ENZIMATICO	DETERMINACION	100.00	SI
14	14.2	ALBUMINA	DETERMINACION	6200.00	SI
14	14.3	AMILASA CINETICA	DETERMINACION	500.00	SI
14	14.4	BILIRRUBINA TOTAL AUTOMATIZADO	DETERMINACION	3700.00	SI
14	14.5	BILIRRUBINA DIRECTA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	3700.00	SI

14	14.6	CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	9500.00	SI
14	14.7	FOSFATASA ALCALINA	DETERMINACION	3400.00	SI
14	14.8	LIPASA CINETICA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	200.00	SI
14	14.9	HIERRO SERICO	DETERMINACION	240.00	SI
14	14.10	PROTEINAS EN LCR	DETERMINACION	550.00	SI
14	14.11	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO	DETERMINACION	3500.00	SI
14	14.12	FOSFORO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	150.00	SI
14	14.13	CREATINA QUINASA CK-MB CINETICA	DETERMINACION	200.00	SI
14	14.14	MAGNESIO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	100.00	SI
14	14.15	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP)	DETERMINACION	4600.00	SI
14	14.16	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO)	DETERMINACION	4600.00	SI
14	14.17	UREA CINETICA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	5500.00	SI
14	14.18	ACIDO URICO AUTOMATIZADA	DETERMINACION	600.00	SI
14	14.19	CALCIO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	1070.00	SI
14	14.20	COLESTEROL HDL DIRECTO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	3200.00	SI
14	14.21	DESHIDROGENASA LACTICA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	350.00	SI
14	14.22	GAMMA GLUTAMIL TRANSPETIDASA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	1050.00	SI
14	14.23	PROTEINAS TOTALES AUTOMATIZADA	DETERMINACION	5400.00	SI
14	14.24	COLESTEROL LDL DIRECTO AUTOMATIZADO	DETERMINACION	2700.00	SI
14	14.25	FERRITINA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	200.00	SI
14	14.26	GLUCOSA AUTOMATIZADA	DETERMINACION	9500.00	SI
14	14.27	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	DETERMINACION	2200.00	SI
15	15.1	REACTIVO PARA GASES ELECTROLITOS Y METABOLITOS SANGUINEOS ARTERIALES	DETERMINACION	13000.00	SI

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Formato N° 02: Aprobación de Expediente de Contratación N°-2023 de fecha 24 de abril de 2023.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Ordinarios – Donaciones y Transferencias.

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. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.7. PLAZO DE EJECUCION DE PRESTACIONES

El plazo de ejecución de la presente convocatoria será de ciento veinte (120) días calendarios, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos por el del área usuaria.

1.8. 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/ 5.00 en la Unidad de Caja del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico – Daniel Alcides Carrión.

Importante

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

1.9. BASE LEGAL

- Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225 “Ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo N° 082-2019-EF; en adelante la Ley.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, y sus modificatorias, en adelante, el Reglamento.
- Ley N° 31638 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley N° 31639 Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2023.
- Código Civil.
- 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.

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos¹, la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) 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.

El certificado de vigencia de poder expedido por registros públicos no debe tener una antigüedad mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha de emisión.

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.

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (**Anexo N°2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**).
- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (**Anexo N° 4**)²
- f) 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**)
- g) El precio de la oferta en Soles según 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.

¹ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

² En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

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.

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad³.

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 a través de Carta Fianza, de corresponder.
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancaria (CCI).
- d) Póliza de seguros según corresponda.
- 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.
- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁴.

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 la Oficina de Logística del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo sito en el Jr. Daniel Alcides Carrión N° 1556 – Huancayo, tercer piso.

2.5. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en un solo pago posterior a la entrega del equipo. Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable de la Oficina emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Carta de CCI.

Dicha documentación se debe presentar en la Oficina de Logística del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo sito en el Jr. Daniel Alcides Carrión N° 1556 – Huancayo, tercer piso.

³ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

⁴ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

**CAPÍTULO III
REQUERIMIENTO**

INFORME N° 007-2023-HRDCQ-DAC -HYO/JDPTO - PCAP.



**PARA : Lic. Adm. Camilo A., MENDOZA VASQUEZ
JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION**

C/A : JEFE DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA

**ASUNTO : ADQUISICION DE REACTIVOS DE MANERA URGENTE PARA UN
TIEMPO ESTIMADO DE 4 MESES**

**REFERENCIA: REPORTE N° 244-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-OEA-HYO-OL
REPORTE N° 0128-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQDAC-OEPE**

FECHA : Huancayo, 16 de febrero del 2023.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle la adquisición de reactivos MUY URGENTE, para un tiempo estimado de 4 meses, ya que, según documento de referencia, la compra anual 2023, solicitada con INFORME N° 005-2026-HRDCQ-DAC-HYO/DPTO-PCAP, se efectuó indagación de mercado, lo cual sobrepasa el presupuesto otorgado, es por ello que se realiza un ajuste a las compras de insumos y reactivos del Departamento, con el objetivo de evitar el desabastecimiento.

Informarle también que se realizó la compra de pruebas de Tamizaje para el Servicio de Banco de Sangre, con INFORME N° 006-2026-HRDCQ-DAC-HYO/DPTO-PCAP, de manera urgente por DESABASTECIMIENTO TOTAL, y que estará presupuestada con la meta ya designada.

Tenemos como objetivo, continuar con la atención oportuna de los pacientes SIS, convenios (SOAT, FOSPOLI), y pacientes en general atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

Se detalla los reactivos por adquirir:

KAL/ygd
c.c. archivo

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

ITEM I: AREA DE AFERESIS EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	KIT DE AFERESIS DE PLAQUETAS	50	UNIDAD

ITEM II: AREA DE INMUNOHEMATOLOGIA EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
2.1	TARJETA GRUPO CELULAR Y REVERSO	1,500	UNIDAD
2.2	TARJETA PRUEBA CRUZADA (LISS-COOMBS)	240	UNIDAD
2.3	TARJETA FENOTIPO RH + KELL	1,500	UNIDAD

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL AREA DE BIOQUIMICA

ITEM I: REACTIVOS PARA BIOQUIMICA EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	GLUCOSA	9,500	DETERMINACION
1.2	UREA	5,500	DETERMINACION
1.3	CREATININA	9,500	DETERMINACION
1.4	COLESTEROL TOTAL	3,600	DETERMINACION
1.5	COLESTEROL HDL	3,200	DETERMINACION
1.6	COLESTEROL LDL	2,700	DETERMINACION
1.7	TRIGLICÉRIDOS	3,500	DETERMINACION
1.8	BILIRRUBINA TOTAL	3,700	DETERMINACION
1.9	BILIRRUBINA DIRECTA	3,700	DETERMINACION
1.10	ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (TGO)	4,600	DETERMINACION
1.11	ALANINA AMINOTRANSFERASA (TGP)	4,600	DETERMINACION
1.12	PROTEÍNAS TOTALES	5,400	DETERMINACION
1.13	ALBUMINA	6,200	DETERMINACION
1.14	FOSFATASA ALCALINA	3,400	DETERMINACION

KAL/ygd
c.c. archivo

1.15	GAMMA-GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)	1,050	DETERMINACION
1.16	ÁCIDO ÚRICO	600	DETERMINACION
1.17	AMILASA	500	DETERMINACION
1.18	LIPASA	200	DETERMINACION
1.19	CALCIO SÉRICO	1,070	DETERMINACION
1.20	FOSFORO SÉRICO	150	DETERMINACION
1.21	MAGNESIO SÉRICO	100	DETERMINACION
1.22	HIERRO SÉRICO	240	DETERMINACION
1.23	FERRITINA SÉRICA	200	DETERMINACION
1.24	CREATINA QUINASA (CK-MB)	200	DETERMINACION
1.25	ADENOSINA DEAMINASA (ADA)	100	DETERMINACION
1.26	PROTEINURIA, LCR	550	DETERMINACION
1.27	DESHIDROGENASA LÁCTICA	350	DETERMINACION
1.28	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)	2,200	DETERMINACION

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL AREA DE HEMATOLOGIA

ITEM I: HEMATOLOGIA EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO	10,000	DETERMINACION

ITEM II: COAGULOMETRO EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
2.1	TIEMPO DE PROTROMBINA	2,500	DETERMINACION
2.2	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	1,500	DETERMINACION
2.3	DIMERO D	370	DETERMINACION

ITEM III: REACTIVOS E INSUMOS			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
3.1	LAMINAS PORTA OBJETO	200	CAJA X 50 UND
3.2	COLORANTE WRIGHT	10	LITRO
3.3	ACEITE DE INMERSION	1	LITRO

KAL/ygd
c.c. archivo

3.4	COLORANTE GIEMSA	1	LITRO
3.5	SOLUCION TURK	1	LITRO
3.6	PUNTERAS AZULES	20	BOLSA X 100 UND

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL AREA DE INMUNOLOGIA

ITEM I EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES (TSH)	1,500	DETERMINACIÓN
1.2	TIROXINA (T4 LIBRE)	1,000	DETERMINACIÓN
1.3	TRIYODOTIRONINA (T3 LIBRE)	500	DETERMINACIÓN

ITEM II EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
2.1	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	500	DETERMINACION
2.2	HEPATITIS B ANTICUERPO ANTI CORE TOTAL (HBcAb)	700	DETERMINACION
2.3	ANTI HEPATITIS C (HCV)	700	DETERMINACION
2.4	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBsAg)	700	DETERMINACION
2.5	ANTI-HBSAG	200	DETERMINACION
2.6	HORMONA PARATIROIDEA	200	DETERMINACION
2.7	PROCALCITONINA	300	DETERMINACION

ITEM III EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
3.1	RUBEOLLA IGG	100	DETERMINACION
3.2	RUBEOLLA IGM	100	DETERMINACION
3.3	TOXOPLASMA IGG	100	DETERMINACION
3.4	TOXOPLASMA IGM	100	DETERMINACION
3.5	CITOMEGALOVIRUS (CMV) IgG	100	DETERMINACION
3.6	CITOMEGALOVIRUS (CMV) IgM	100	DETERMINACION
3.7	HERPES I IgG	100	DETERMINACION
3.8	HERPES I IgM	100	DETERMINACION
3.9	HERPES II IgG	100	DETERMINACION
3.10	HERPES II IgM	100	DETERMINACION

KAL/ygd
c.c. archivo

3.11	ALFA FETO PROTEINA (AFP)	100	DETERMINACION
3.12	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	100	DETERMINACION
3.13	CA19.9	100	DETERMINACION
3.14	ACIDO FÓLICO	100	DETERMINACION
3.15	ANTICUERPO CONTRA HTLV I-II	100	DETERMINACION
3.16	VIH Ag/Ac	100	DETERMINACION
3.17	TROPONINA	100	DETERMINACION
3.18	VITAMINA B12	100	DETERMINACION
3.19	INSULINA	100	DETERMINACION
3.20	ANTIGENO E- HEPATITIS B	100	DETERMINACION
3.21	ANTICORE IGM- HEPATITIS B	100	DETERMINACION
3.22	HEPATITIS DELTA (IGM .- TOTALES)	100	DETERMINACION

ITEM IV EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
4.1	HELICOBACTER PYLORI – IgG	100	DETERMINACION
4.2	HELICOBACTER PYLORI - IgM	100	DETERMINACION

ITEM V EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
5.1	ENA	176	DETERMINACION
5.2	ANCA	200	DETERMINACION
5.3	ANA	300	DETERMINACION
5.4	ANTI-dsDNA	100	DETERMINACION

ITEM VI EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
6.1	PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)	3,000	DETERMINACION
6.2	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO	400	DETERMINACION
6.3	MICROALBUMINURIA	200	DETERMINACION
6.4	TRANSFERRINA	150	DETERMINACION
6.5	C3- complemento	100	DETERMINACION
6.6	C4 - complemento	100	DETERMINACION

KAL/ygd
c.c. archivo

ITEM VII EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	NOMBRE DEL BIEN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
7.1	RPR- CARBÓN	5,000	DETERMINACION
7.2	ANTIESTREPTOLISINA O (ASO)	100	DETERMINACION
7.3	KIT DE ANTÍGENOS FEBRILES PARATIFICO (A,B), TIFICO (H.O) Y BRUCELLA	3	DETERMINACION

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL AREA DE EMERGENCIA

ITEM I: REACTIVOS DE GASOMETRIA EQUIPO EN CESION DE USO			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	13,000	DETERMINACIONES

REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

ITEM I - INMUNOHISTOQUIMICA			
N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1.1	KIT DE INMUNOHISTOQUÍMICA X 500 DET	1	UNIDAD
1.2	ANTICUERPO MONOCLONAL KI67 CLONA: MIB-1, X7ML	1	FCO
1.3	ANTICUERPO MONOCLONAL TTF1 X 7ML	1	FCO
1.4	ANTICUERPO MONOCLONAL GPAF X7ML	1	FCO
1.5	LAMINA CON CARGA PARA INMUNOHISTOQUÍMICA	700	UNIDAD

Sin otro en particular me reitero de usted, no sin antes hacerle llegar mi deferencia y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNIO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIO
HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" - HYD
[Firma]
Kelina N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
C.M.P. 82200 R.N.E. 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA

DOC N°	6457065
EXP N°	4432911

KAL/ygd
c.c. archivo

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:16
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000208

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 08/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Air/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
512000281240	KIT DE AFERESIS PARA OBTENCION DE PLAQUETAS	2.3.1 8.2 1	50.00	UNIDAD

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
Kelina N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
CMP 62300 RNE 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Y PATOLOGIA CLINICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO
Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:18
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000207

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIELALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 08/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
354700010067	TARJETA LISS COOMBS X 6 DETERMINACIONES	2.3.1 8.2 1	240.00	UNIDAD
354700010200	GRUPO SANGUINEO FENOTIPO RH - KELL	2.3.1 8.2 1	1,500.00	DET
354700010221	TARJETA GRUPO SANGUINEO GLOBULAR ABD COOMBS DIRECTO	2.3.1 8.2 1	1,500.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HUANCAYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P. 02200 R.N.E. 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Y PATOLOGÍA CLÍNICA
Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 11:26
Página : 1 de 2

PEDIDO DE COMPRA N°

000211

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 08/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupos Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020099	ADENOSINA DEAMINASA ENZIMATICO	2.3.1 8.2 1	100.00	DET
100020101	ALBUMINA	2.3.1 8.2 1	6,200.00	DET
351100020107	AMILASA CINETICA	2.3.1 8.2 1	500.00	DET
351100020118	BILIRRUBINA TOTAL AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	3,700.00	DET
351100020121	BILIRRUBINA DIRECTA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	3,700.00	DET
351100020138	CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	9,500.00	DET
351100020147	FOSFATASA ALCALINA	2.3.1 8.2 1	3,400.00	DET
351100020163	LIPASA CINETICA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	200.00	DET
351100020164	HIERRO SERICO	2.3.1 8.2 1	240.00	DET
351100020178	PROTEINAS EN LCR	2.3.1 8.2 1	550.00	DET
351100020184	TRIGLICERIDOS ENZIMATICO	2.3.1 8.2 1	3,500.00	DET
351100020255	FOSFORO AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	150.00	DET
100020337	CREATINA QUINASA CK-MB CINETICA	2.3.1 8.2 1	200.00	DET
351100020352	MAGNESIO AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	100.00	DET
351100020419	TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (TGP)	2.3.1 8.2 1	4,600.00	DET
351100020420	TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (TGO)	2.3.1 8.2 1	4,600.00	DET
351100020504	UREA CINETICA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	5,500.00	DET
351100020511	ACIDO URICO AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	600.00	DET
351100020512	CALCIO AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	1,070.00	DET
351100020513	COLESTEROL HDL DIRECTO AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	3,200.00	DET
351100020514	DESHIDROGENASA LACTICA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	350.00	DET
351100020516	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	1,050.00	DET
351100020518	PROTEINAS TOTALES AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	5,400.00	DET
351100020521	COLESTEROL LDL DIRECTO AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	2,700.00	DET
351100020596	FERRITINA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	200.00	DET

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:19
Página : 2 de 2

PEDIDO DE COMPRA N°

000211

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 08/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269


Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
358600090573	GLUCOSA AUTOMATIZADA	2.3.1 8.2 1	9,500.00	DET
358600090576	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	2.3.1 8.2 1	2,200.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HUANCAYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
CMP 102200 RNE 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Y PATOLOGÍA CLÍNICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:20
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000396

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
355100020067	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES	2.3.1 8.2 1	10,000.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
Kelina V. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
CMP 62200 RNE 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Y PATOLOGÍA CLÍNICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO
Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:23
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000397

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Air/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
355100020007	DOSAJE DE DIMERO D	2.3.1 8.2 1	370.00	DET
355100020012	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA	2.3.1 8.2 1	2,500.00	DET
355100020014	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	2.3.1 8.2 1	1,500.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" - HYO

Kelina N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
CNSP 85200 RNE 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Y PATOLOGIA CLINICA
Firma de Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:27
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000399

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351000021743	SOLUCION TURK X 1 L	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
000023577	ACEITE DE INMERSION PARA MICROSCOPIA X 1 L	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
351000040036	COLORANTE WRIGHT X 1 L	2.3.1 8.2 1	10.00	UNIDAD
351000040098	COLORANTE GIEMSA X 1 L	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
512000180037	LAMINA PORTA OBJETO 25 MM X 75 MM X 50	2.3.1 8.2 1	200.00	UNIDAD
512000350400	TIPS AZUL 100 uL - 1000 uL X 500	2.3.1 8.2 1	20.00	UNIDAD

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" - HYO

Kelina N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
CNP 01270 - RNE 41274
EPS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
J. DANIEL ALCIDES CARRION, A

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:28
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000401

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020206	HORMONA TIROIDEA ESTIMULANTE (TSH) AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	1,500.00	DET
351100020535	HORMONA TRIYODOTIRONINA (T3) TOTAL	2.3.1 8.2 1	500.00	DET
351100020536	HORMONA TIROXINA (T4) LIBRE	2.3.1 8.2 1	1,000.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" - HYO
Kelma N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
C.M.P. 82200 R.N.E. 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Y PATOLOGIA CLINICA
Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO
Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION
Firma Autorizada

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 18/02/2023
Hora : 10:29
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000402

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020286	HORMONA PARATIROIDEA	2.3.1 8.2 1	200.00	DET
35600030589	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) TOTAL	2.3.1 8.2 1	500.00	DET
358600090972	ANTICUERPO HEPATITIS C	2.3.1 8.2 1	700.00	DET
358600091149	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	2.3.1 8.2 1	700.00	DET
358600093329	ANTI - HEPATITIS B SUPERFICIE (HBS) ELISA	2.3.1 8.2 1	200.00	DET
358600093375	PROCALCITONINA QUIMIOLUMINISCENCIA	2.3.1 8.2 1	300.00	DET
358600093576	HEPATITIS B ANTICUERPO ANTICORE TOTAL AUTOMATIZADO	2.3.1 8.2 1	700.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P. 63200 R.N.E. 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Y PATOLOGÍA CLÍNICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 18/02/2023
Hora : 10:30
Página : 1 de 2

PEDIDO DE COMPRA N°

000403

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/DPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/AI/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020049	DOSAJE DE VITAMINA B12 X 100 DETERMINACIONES	2.3.1.8.2.1	1.00	UNIDAD
351100020222	HORMONA INSULINA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
351100020269	TEST DE TROPONINA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
351100020308	ACIDO FOLICO X 100 DETERMINACIONES	2.3.1.8.2.1	1.00	UNIDAD
358600030550	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600030728	TEST DE ANTIGENO CA 19-9 METODO AUTOMATIZADO	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600090760	RUBEOLA IgG	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600090761	RUBEOLA IgM	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600091173	ALFA FETO PROTEINA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600091255	CITOMEGALOVIRUS IgG AUTOMATIZADO	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600091256	CITOMEGALOVIRUS IgM AUTOMATIZADO	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600091263	TOXOPLASMA GONDII IgG AUTOMATIZADO	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600091264	TOXOPLASMA GONDII IgM AUTOMATIZADO	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600092553	HERPES VIRUS 1 IgG ELISA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600092554	HERPES VIRUS 1 IgM ELISA	2.3.1.8.2.1	100.00	UNIDAD
358600092555	HERPES VIRUS 2 IgG ELISA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600092556	HERPES VIRUS 2 IgM ELISA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600092650	ANTICUERPO ANTI HTLV I-II METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET
358600092761	HEPATITIS DELTA IgG ELISA X 96 DETERMINACIONES	2.3.1.8.2.1	1.00	UNIDAD
358600092970	ANTIGENO ANTICUERPO VIH QUIMIOLUMINISCENCIA	2.3.1.8.2.1	100.00	DET

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:30
Página : 2 de 2

PEDIDO DE COMPRA N°

000403

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Al/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
358600093529	KIT HEPATITIS B ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO EPSILON QUIMIOLUMINISCENCIA X 100 DETERMINACIONES SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina A. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
CMP 62200 RNE 81274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS PATOLÓGICO
Y PATOLOGÍA CLÍNICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 11:10
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000462

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 16/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP. PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
358600090233	PRUEBA RAPIDA PARA HELICOBACTER PYLORI X 20 DETERMINACIONES	2.3.1 8.2 1	10.00	UNIDAD

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P. 00200 RNE 41274
R.F.S. DEL DEPARTAMENTO DE AS. GEN. Y ESPEC.

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:31
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000404

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
358600092152	ANTICUERPO ANTI ADN NATIVO INMUNOFUORESCENCIA (IFA)	2.3.1 8.2 1	100.00	DET
358600092335	ANTICUERPO ANTINUCLEAR (ANA) INMUNOBLOT	2.3.1 8.2 1	300.00	DET
358600092807	ANTICUERPO Y ANTÍGENO NUCLEARES EXTRAIBLES (ENA) INMUNOBLOT	2.3.1 8.2 1	176.00	DET
358600093289	ANTICUERPO ANTINEUTROFILOS (ANCA) INMUNOFUORESCENCIA X 100 DETERMINACIONES	2.3.1 8.2 1	2.00	UNIDAD

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelma N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
CMP 63200 RNE 41274
EFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
V. P. 11. 10. A. 1. 1. 1.
Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 18/02/2023
Hora : 11:32
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000405

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020079	MICROALBUMINURIA.	2.3.1 8.2 1	200.00	DET
351100020636	TRANSFERRINA	2.3.1 8.2 1	150.00	DET
358600091595	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	2.3.1 8.2 1	3,000.00	DET
358600092098	REACTIVO COMPLEMENTO C3	2.3.1 8.2 1	100.00	DET
358600092105	REACTIVO COMPLEMENTO C4	2.3.1 8.2 1	100.00	DET
358600092933	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO NEFELOMÉTRICO	2.3.1 8.2 1	400.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P. 92290 R.N.E. 41274
C.F.E. DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 10:46
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000407

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 13/02/2023
Actividad Operativa : C0016 ERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/DPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Aiv/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
351100020328	REACTIVO PARA GASES ELECTROLITOS Y METABOLITOS SANGUINEOS ARTERIALES	2.3.1 8.2 1	13,000.00	DET

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina N. Almora León
MEDICO PATOLOGO CLINICO
CNP 82200 - RNE 41274
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Lic. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.01.U2

Fecha : 16/02/2023
Hora : 11:20
Página : 1 de 1

PEDIDO DE COMPRA N°

000463

UNIDAD EJECUTORA : 401 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO - JUNÍN
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000824

Tipo Uso : Consumo

Dirección Solicitante : JEFATURA DPTO PATOLOGIA CLINICA Y ANALISIS PATOLOGICO
Entregar a Sr(a) : ALMORA LEON KELINA
Fecha : 16/02/2023
Actividad Operativa : C0016 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ANALISIS)
Motivo : SEGUN INFORME N°007-2023-HRDCQ-DAC-HYO/JDPTO-PCAP PARA ATENCION A PACIENTES SIS

FF/Rb	META / MNEMONICO	Función	División Func.	Grupo Func.	Programa	Prod/Pry	Act/Ai/Obr
4-13	0119	20	044	0097	9002	3999999	5006269

Código	Descripción / Especificaciones Técnicas	Clasificador	Cantidad	Unidad Medida
358600093701	KIT DE INMUNOHISTOQUÍMICA X 500 DETERMINACIONES	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
3600120255	ANTICUERPO MONOCLONAL PARA FACTOR DE TRANSCRIPCION TIROIDEO (TTF-1) X 6 mL	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
358600120749	ANTICUERPO MONOCLONAL PARA INMUNOHISTOQUIMICA Ki 67 X 7 mL	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
358600121214	ANTICUERPO POLICLONAL PARA PROTEINA FIBRILAR GLIAL ACIDA X 12 mL	2.3.1 8.2 1	1.00	UNIDAD
512000180097	LAMINA CON CARGA PARA INMUNOHISTOQUIMICA X 100	2.3.1 8.2 1	7.00	UNIDAD

SEGUN ESPECIFICACIONES TECNICAS ADJUNTAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO

Kelina N. Almora León
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
CNP 82200 RNE 41374
EJE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Firma del Solicitante

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO

Luc. Adm. Camilo A. Mendoza Vásquez
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Firma Autorizada

391

REPORTE N° 244 -2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-OEA-HYO-OL

A : **KELINA N. ALMORA LEÓN**
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológico

DE : Jefe de la Oficina de Logística

ASUNTO : **PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN PERIODO 2023 PARA ADQUISICION DE REACTIVOS E INSUMOS.**

REFERENCIA : a) REPORTE N°128-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQDAC-OEPE
b) INFORME N°005-2023-HRDCQ-DAC-HYO/DPTO-PCAP

FECHA : Huancayo, 16 de Febrero del 2023

Por el presente y en atención al documento de la referencia se informa lo siguiente:

En atención a la referencia b), Pedido de Compra de Reactivos e Insumos para las diferentes áreas y servicios del Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológico, se efectuó indagación de mercado determinando el valor estimado de S/ 4'668,891.30.

Con documento de la referencia a), la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico reporta priorización de PCA 2023 para el proceso de Licitación Pública de Reactivos e Insumos para las diferentes áreas y servicios del Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológico por un monto total de 3'072,772.00 monto menor a lo solicitado para dar continuidad el Procedimiento de selección, imposibilitando de convocar el objeto contractual por falta de presupuesto.

Por lo expuesto, se traslada el expediente en documentos en original para que en marco de su competencia evalúe el pedido de compra con demanda de atención anual, debiéndose realizar las medidas correctivas antes de convocar el procedimiento de selección cuyas condiciones contractuales difieran respecto del requerimiento inicial que no se contrató y adoptar las acciones correspondientes con la finalidad de no incurrir ante una situación de desabastecimiento.

Es cuanto informo a usted para salvaguardar responsabilidades posteriores.

Atentamente,


C.P.C. VICTOR HENRY VELA ACEVEDO
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

C.c Archivo
VHVA/avg



REPORTE N° 0128- 2023-GRJ-DRSJ-HRDCQDAC-OEPE

Para : Ing. RUBÉN ACLARI RAMOS
Jefe de la Oficina de Logística.

Asunto : PRIORIZACIÓN DE PCA 2023.

Referencia : REPORTE N° 0210 -2023-GRJ-DRSJ-HRDCQDAC-OEA-OL

Fecha : Huancayo, 15 de febrero del 2023.

Por intermedio del presente me dirijo a Ud., que en atención al documento de la referencia se remite la **PRIORIZACIÓN DE PCA** para iniciar el proceso de licitación pública para la adquisición de insumos y reactivos con equipos de cesión de uso, solicitado por el Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológica del H.R.D.C.Q. "Daniel A. Carrión" Huancayo. De acuerdo a lo petitionado.

Nº	R.J.	META	FTE.FTO.	CLASIFICADOR	MONTO
01	R.J. N°189-2020-SIS	0115	DyT (t-1910)	2.3.18.21	303,830.00
02	R.J. N°158-2021-SIS	0117	DyT (t-1609)	2.3.18.21	98,217.00
03	R.J.N°011-2023-SIS-J	0119	DyT (t-0167)	2.3.18.21	1'116,698.00
04	R.J.N°015-2023-SIS-J	0119	DyT (t-0215)	2.3.18.21	1'554,027.00
TOTAL :					3'072,772.00

Nota. - La Priorización de PCA, tendrá una vigencia de 05 días calendarios. Se adjunta el expediente en original.

Advertimos que la Oficina de Planeamiento Estratégico no convalida los actos o acciones que se realicen con inobservancia de la normatividad vigente y las formalidades impuestas por las normas legales, según artículo 4° de la Resolución Directoral N° 0023-2022-EF/50.01. Así mismo de acuerdo al Artículo 41. Certificación del Crédito Presupuestario establece en el 41.3. La certificación del crédito presupuestario es expedida a solicitud del responsable del área que ordena el gasto o de quien tenga delegada esta facultad, cada vez que se prevea realizar un gasto, contratar y/o adquirir un compromiso en concordancia con el Decreto Legislativo N° 1440.

Es cuanto informo a usted para salvaguardar responsabilidades posteriores.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO
"DANIEL ALCIDES CARRION" - HUANCAYO
Lic. Adm. Jovino Sedano Quispe
JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

PROVEIDO N°...

HRDCQ - DAC
Oficina de Logística

Para: Alicia Ubalde

Para: Su atención de

Acuerdo a ley y Su
Reglamento

C.C.
Archivo/amch

Hyo. 18 febrero 2023

Reg.Nº. 06449753

Exp.Nº. 04425604



Recepcion:
16. FEB 2023 - 2023
10:15 A.M.
A.M.G.



SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL KIT DE AFÉRESIS DE PLAQUETAS (EQUIPO EN CESIÓN DE USO)

1. Denominación de la contratación:

Adquisición de kit de Aféresis Plaquetario con equipo en cesión de uso para el Servicio de Banco de Sangre del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

2. Finalidad pública

Atención de postulantes y/o donantes de plaquetas por aféresis que acuden al Servicio de Banco de Sangre que son familiares de pacientes adscritos al Seguro Integral de Salud (SIS), Convenios (SOAT, FOSPOLI), así como de pacientes que no están adscritos al SIS o convenios.

3. Objetivos de la contratación

General

Adquirir kit de Aféresis plaquetaria para la realización de procedimiento de plaquetaféresis y atención de pacientes hospitalizados con cuadros de trastornos neurológicos.

Específicos

Adquirir el kit de aféresis plaquetaria para atención de los postulantes y/o donantes para la obtención de concentrados plaquetarios equivalentes a 5-6 concentrados de plaquetas convencionales.

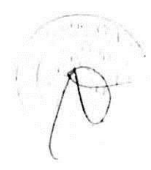
4. Alcance y descripción de los bienes a contratar

4.1 Características y condiciones del Kit de Aféresis de plaquetas

4.1.1 Características técnicas

ITEM		CANTIDAD
1. NOMBRE	KIT DE AFÉRESIS DE PLAQUETAS	50 unidades
2. PRESENTACIÓN	Kit completo para aféresis en empaque individualizado sellado	
3. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Descartable con soluciones para anticoagulación y cebado, con monitorización de anticoagulante. • Campana para centrifugación y separación de plaquetas con capacidad de 225 ml. • Aguja de extracción calibre 16 con sistema de protección contra pinchaduras accidentales. • 02 bolsas de plástico para almacenaje de Plaquetas (CP) por 05 días, volumen de 1000 ml. Con bolsa satélite o bolsa piloto para recuento de plaquetas. • 01 bolsa de plástico para transferencia de aire de 600 ml • 01 bolsa de plástico de 1000 ml para almacenar plasma • Tubuladuras y líneas de extracción codificados por colores para una fácil instalación. • Filtro leucorreductor en línea, para obtención de plaquetas leucorreducidas. • Sistema de línea para solución salina y anticoagulante con filtro antibacterial. • Método de esterilización Óxido de Etileno 	
4. ACCESORIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Solución anticoagulante ACD formula A x 750 ml. 	

452



4.1.2 Condiciones de operación: no aplica

4.1.3 Embalaje y rotulado:

Embalaje primario: el embalaje y rotulado debe presentar lo siguiente:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Composición del contenido de acuerdo al inserto del fabricante
- Volumen del producto
- Impresión consignando al importador

Embalaje secundario: caja de cartón, consignándose en esta:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Cantidad de bienes con su volumen respectivo
- Impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

4.1.4 Reglamentos Técnicos, Normas Metrológicas y/o Sanitarias

Nacionales

- El empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N°010-097-SA y DS N°020-2001-SA-Reglamento de Registro Sanitario.
- **Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.** [copia simple] Vigente a la fecha de presentación de Ofertas; otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM (DIGEMID). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el producto ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado. No se aceptará expedientes en trámite para la obtención del Registro Sanitario. Los datos expresados en la oferta presentada deben coincidir con los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado. En caso algún producto, "no requiera de Registro Sanitario" según la normatividad vigente, deberá adjuntar el documento emitido por la ANM en la cual acredite que no requiere dicho documento, cuya fecha de emisión no sea mayor de dos años contados a partir de la fecha de presentación de propuestas. La exigencia de la vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario del producto se aplica para todo el proceso de selección y ejecución.
- **Certificado de Análisis del producto terminado (Protocolo de Análisis)** Es un informe técnico suscrito por el profesional responsable de control de calidad, en el que se señala los análisis realizados en todos sus componentes, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, de acuerdo a las exigencias contempladas en la farmacopea o metodología declarada por el interesado en su solicitud de Registro Sanitario, según lo señalado en el Anexo 01 del Glosario de Términos y Definiciones del Decreto Supremo N° 016-2011-SA. Cuando se haga mención a protocolo de análisis se refiere a certificado de análisis.
El certificado de análisis debe consignar cuando menos la siguiente información: nombre del producto, número de lote, fecha de vencimiento, fecha de análisis, las especificaciones técnicas, farmacopea(s) o especificaciones técnicas propias a la que se acoge el fabricante, firma del o los profesionales responsables del control de calidad y nombre del laboratorio que lo emite. La presentación de un Certificado o Protocolo de Análisis del producto que se oferte, es obligatoria, independientemente cuente o no con Registro Sanitario. En el caso de productos estériles, el certificado de análisis deberá indicar el método de esterilización, en caso éste no lo indique, deberá adjuntar el Certificado de Esterilidad del producto ofertado. Los certificados de análisis deben consignar la edición de la Farmacopea Oficial vigente u otras normas que sean reconocidas internacionalmente, vigentes a la fecha de fabricación del producto. En el caso de certificados de análisis que consignen Farmacopeas u

otras normas no vigentes, se aceptará la propuesta siempre y cuando dichos certificados contengan las mismas pruebas y/o especificaciones técnicas que las Farmacopeas o normas vigentes (Última Edición). El Protocolo de Análisis por ser un documento técnico debe ser refrendado (nombre, firma y sello) por el Director Técnico de la empresa postora.

- **Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.** Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM o la Autoridad Regional de Salud (ARS) de acuerdo a lo establecido en el artículo 17º del D.S. N° 014-2011-SA y su Primera disposición Complementaria Transitoria. Todos los postores, que se presenten individualmente o en consorcio (con uno o más empresas), tienen la obligación de presentar la Constancia de Establecimiento Farmacéutico o Autorización Sanitaria de Funcionamiento como parte de su propuesta, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. Sin embargo, para el caso de empresas consorciadas con empresas domiciliadas en el extranjero, se establece que dicha Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Constancia de Establecimiento Farmacéutico no será de obligatoria presentación; es decir, solamente es de cumplimiento obligatorio para las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).** En idioma castellano, original o copia simple. De no ser presentado en idioma castellano deberá adjuntar la correspondiente traducción oficial o sin valor oficial efectuada por traductor público juramentado o traducción certificada efectuada por traductor colegiado certificado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 38 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura, (BPM) del fabricante nacional o extranjero, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, o documento que acredite el cumplimiento de normas de calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen. Deberá indicar el área para la fabricación del dispositivo médico y/o la familia del producto y/o en nombre del producto que oferta. En caso de producción por etapas, se debe presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de cada uno de los laboratorios que intervienen en la fabricación del Producto. Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consignen fecha de vigencia, éstos deben indicar una fecha de emisión no mayor de dos (2) años, contada a partir de la fecha de presentación de la propuesta técnica. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), INCLUYE al Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) en aplicación de los dispositivos que se encuentran vigentes en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigentes se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Manufactura, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). (Copia simple)** Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (este último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias). Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además de presentar la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, se deberá presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañando para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes por un periodo mínimo de tres (03) meses (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los Almacenes). Todas las Droguerías o Establecimientos Farmacéuticos que participen en "CONSORCIO" deberán presentar su Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a los Art. 70 y 110 del D.S. N° 14-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para medicamentos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Almacenamiento, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.
- **Normas técnicas:** ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2015

4.1.6 Acondicionamiento, montaje o instalación: en el plazo de 05 días siguientes a la suscripción del contrato.

4.1.7 Garantía comercial: vigencia mayor de 12 meses a partir de su ingreso al almacén acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento en un plazo de 48 horas de notificado, tanto para los kits como de sus anticoagulantes.

4.1.8 Disponibilidad de servicios y repuestos: a cargo del proveedor.

4.1.9 Otros Requisitos obligatorios

- El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos, deberá presentar catálogos, folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallasen todas las características establecidas en las bases, podrá acompañarse de certificado o documento equivalente para el cumplimiento de estas últimas características.

4.2 Prestaciones accesorias a la prestación principal: si habrá prestaciones accesorias las cuales son:

4.2.1 Mantenimiento preventivo: Dotación de Equipo en cesión de uso, de acuerdo a las especificaciones técnicas. El proveedor presentará cronograma de mantenimiento, el mismo que será aprobado por la Oficina de Mantenimiento y el área usuaria.

4.2.2 Soporte técnico: 24 horas 7 días de la semana, de los 365 días del año o hasta la finalización del periodo de contrato.

4.2.3 Capacitación y/o entrenamiento: Capacitación al personal, el proveedor presentará cronograma de capacitación, el mismo que será aprobado por el área usuaria.

4.3. Lugar y de entrega: Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

Además de los kit de Aféresis plaquetaria con Equipo en Cesión de Uso, se deberá entregar el ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2008, en idioma castellano; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.

4.4 plazo de entrega: El plazo de entrega de los reactivos será en una sola entrega, a los 05 días de emitido la orden de compra y/o suscrito el contrato.

4.5 Otras obligaciones: no aplica

4.6 Adelantos: no aplica

4.7 Subcontratación: no aplica

4.8 Confidencialidad: no aplica

4.9 Conformidad de los Bienes: la conformidad de cumplimiento de las especificaciones técnicas de los reactivos la emitirá el área usuaria.

4.10 Pruebas para la conformidad de los bienes:

4.10.1 Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes: los ensayos o pruebas de los reactivos los realizará el área usuaria con el servicio post-venta de la empresa ganadora.

4.10.2 Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad de los bienes: el número de pruebas para evaluar la reproducibilidad de los resultados será de diez

4.11 Forma de pago La Entidad se obliga a pagar al el Contratista en soles, en pagos periódicos luego de cada entrega realizada, y previa conformidad emitida por el Área Usuaria (Jefatura de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y Jefatura del Servicio de Banco de Sangre).

4.12. Capacidad Técnica y Profesional:

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico (Personal de Ingeniería Ingenieros Electrónicos y /o Especialistas de Aplicación-Tecnólogos Médicos): Experiencia no menor de 10 meses en mantenimiento y manipulación del Equipo similares o iguales a lo solicitados, acreditado con copias de contratos y/o certificados emitidos por la empresa a quien presto o presta servicios actualmente.

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.

4.13. Experiencia del Postor:

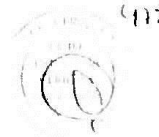
Facturación

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a dos (2) veces el valor referencial de la contratación o del ítem, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante un periodo no mayor a cinco (5) años a la fecha de la presentación de oferta.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO DE AFERESIS PLAQUETARIA

Tipo	Equipo de aféresis de plaquetas que permita el procesamiento de sangre para la obtención de plaquetas leucorreducidas por filtración.
Metodología	Separación por centrifugación discontinua y filtración automatizada de componentes sanguíneos, empleando una sola vía para todo el procedimiento.
Rendimiento	01 procedimiento cada 3-4 horas como mínimo.
Características	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del anticoagulante • Capacidad de realizar plaquetaféresis. • Capaz de desplazarse fuera del Servicio de Banco de Sangre • Panel de operación que permita conocer el estado del proceso. • Monitor de goteo del anticoagulante • Software de fácil uso, con manejo de base de datos del donante y del paciente. • Con flujo discontinuo para obtención de plaquetas en el donante y flujo discontinuo. • Recuperación y continuación del proceso en caso de corte de fluido eléctrico • Con visualización en la pantalla digital de la velocidad de la colecta y la velocidad de retorno. • Con programación de parámetros del donante y del procedimiento y visualizados en la pantalla digital del equipo. • Con brazalete de insuflación automática para el brazo del donante, para una mejor colecta de plaquetas
Muestras	Sangre total anti coagulada
Procesamiento de Datos	INTERNO: Software y Hardware para el manejo de datos del Equipo.
Accesorios del equipo	Fuente de poder de emergencia
Soporte Técnico	<p>Mantenimiento preventivo: presentar programa de mantenimiento preventivo de acuerdo al manual del fabricante y su respectivo cronograma de ejecución, dando la conformidad de dicha ejecución el Jefe del área usuaria.</p> <p>Mantenimiento correctivo: compromiso de corrección de fallas presentadas dentro de las 24 horas. Atención de las notificaciones de fallas durante las 24 horas y los 7 días de la semana.</p> <p>Certificado por el fabricante, con experiencia no menor de un 10 meses en mantenimiento y manipulación del equipo.</p>
Capacitación	Capacitación al personal, el proveedor presentará cronograma de capacitación, el mismo que será aprobado por el área usuaria.
Modo de Operación	220V, 60Hz



**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS PARA LA ADQUISICIÓN DE REACTIVOS DE
INMUNOHEMATOLOGIA (EQUIPO EN CESIÓN DE USO)**

1. Denominación de la contratación

Adquisición de Reactivos para Inmunohematología (reactivo para la determinación de Grupo Sanguíneo Globular y Reverso Factor RH; Reactivo para la realización de Prueba Cruzada Mayor, fenotipo Rh y Kell, fenotipo D débil.

2. Finalidad pública

Atención de postulantes/o donantes que acuden al Servicio de Banco de Sangre que son familiares de pacientes adscritos al seguro integral de salud (SIS), convenios (SOAT, FOSPOLI), así como de pacientes que no están adscritos al SIS o convenios.

3. Objetivos de la contratación

• **General**

Adquirir Reactivos para Inmunohematología con Equipo en Cesión de Uso, para realizar el: grupo sanguíneo globular y reverso (Ley N° 26454) a los postulantes y/o donantes que acuden al Servicio de Banco de Sangre; prueba cruzada mayor (Ley N° 26454) a los pacientes receptores de las unidades de sangre (transfusiones) con las que cuentan el Servicio de Banco de Sangre, fenotipo Rh +Kell, y fenotipo D débil de postulantes y/o donantes Rh negativo.

• **Específicos**

Adquirir Reactivos para Inmunohematología con Equipo en Cesión de Uso, para realizar el: grupo sanguíneo globular y reverso y factor Rh en postulantes y/o donantes; prueba cruzada mayor entre sangre del receptor o paciente y la unidad de sangre (transfusión), fenotipo Rh+Kell, y fenotipo D débil para postulantes y/o donantes Rh negativo.

4. Alcance y descripción de los bienes a contratar

ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	Cantidad de Medida	Nombre del Bien
1	Unid	1500	TARJETA GRUPO CELULAR Y REVERSO
2	Unid.	240	TARJETA PRUEBA CRUZADA (LISS-COOMBS)
3	Unid.	1500	TARJETA FENOTIPO RH + KELL

4.1 Características y condiciones del reactivo

4.1.1 Características técnicas

**REACTIVO PARA LA DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y REVERSO FACTOR RH, PRUEBA
CRUZADA CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO**

ITEM I	
1. NOMBRE	Grupo sanguíneo globular y reverso y factor Rh
2. PRESENTACIÓN	Tarjeta sellada para identificación de Grupos Sanguíneo A, B, D, control y prueba inversa que incluya la detección de A1yB en empaque adecuado, para una sola determinación o prueba.
3. CARACTERISTICAS TECNICAS	METODOLOGÍA: Micro técnica de aglutinación en gel

	<p>ACCESORIOS: células de fenotipo A1 y B con fecha de vencimiento no menor de 21 días, insumos, reactivos, controles de calidad interno, y otros que permitan la realización completa de la prueba. Control de Calidad Externo.</p> <p>Muestra: Glóbulos rojos, suero y/o plasma</p> <p>Uso: incubadora y lector de tarjetas, con software y hardware</p>
--	---

REACTIVO PARA LA REALIZACION DE PRUEBA CRUZADA MAYOR (CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO)

ITEM II	
1. NOMBRE	Prueba cruzada mayor
2. PRESENTACIÓN	Tarjeta sellada con Anti globulina Humana poli específica anti IgG y C3d para el rastreo de anticuerpos y prueba cruzada, /Coombs directo. Cada tarjeta con 6 o más pruebas individuales
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Micro técnica de aglutinación en gel</p> <p>ACCESORIOS: complementos, controles de calidad interno, y otros que permitan la realización completa de la prueba. Control de Calidad Externo.</p> <p>Muestra: Glóbulos rojos, suero y/o plasma</p> <p>Uso: incubadora y lector de tarjetas, con software y hardware</p>

REACTIVO PARA LA DETERMINACION FENOTIPO RH (CON EQUIPO EN CESIÓN DE USO)

ITEM III	
1. NOMBRE	Fenotipo Rh + y Kell
2. PRESENTACIÓN	Tarjeta sellada para identificación de Fenotipo Rh:C,c,E, e, Kell y control en empaque adecuado. Cada tarjeta con 01 prueba completa
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Micro técnica de aglutinación en gel</p> <p>ACCESORIOS: complementos, control de calidad interno y otros que permitan la realización completa de la prueba. Control de Calidad Externo.</p> <p>Muestra: Glóbulos rojos.</p> <p>Uso: incubadora y lector de tarjetas, software y hardware</p>

4.1.2 Embalaje y rotulado:

Embalaje primario: cuyo rotulado debe presentar lo siguiente:

- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Registro Sanitario
- Nombre del fabricante

Embalaje secundario: caja de cartón, consignándose en esta:

- Nombre del producto

- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Número de tarjetas
- Impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

Conjuntamente con la presentación de las propuestas se deberá presentar la muestra de cada producto, el cual puede ser devuelto a solicitud del postor.

4.1.3 Reglamentos Técnicos, Normas Metrológicas y/o Sanitarias nacionales

- Empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N°010-097-SA y DS N°020-2001-SA-Reglamento de Registro Sanitario
- **Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario. (copia simple)** Vigente a la fecha de presentación de Ofertas; otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM (DIGEMID). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el producto ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado. No se aceptará expedientes en trámite para la obtención del Registro Sanitario. Los datos expresados en la oferta presentada deben coincidir con los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado. En caso algún producto, “no requiera de Registro Sanitario” según la normatividad vigente, deberá adjuntar el documento emitido por la ANM en la cual acredite que no requiere dicho documento, cuya fecha de emisión no sea mayor de dos años contados a partir de la fecha de presentación de propuestas. La exigencia de la vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario del producto se aplica para todo el proceso de selección y ejecución.

- **Certificado de Análisis del producto terminado (Protocolo de Análisis)** Es un informe técnico suscrito por el profesional responsable de control de calidad, en el que se señala los análisis realizados en todos sus componentes, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, de acuerdo a las exigencias contempladas en la farmacopea o metodología declarada por el interesado en su solicitud de Registro Sanitario, según lo señalado en el Anexo 01 del Glosario de Términos y Definiciones del Decreto Supremo N° 016-2011-SA. Cuando se haga mención a protocolo de análisis se refiere a certificado de análisis.

El certificado de análisis debe consignar cuando menos la siguiente información: nombre del producto, número de lote, fecha de vencimiento, fecha de análisis, las especificaciones técnicas, farmacopea(s) o especificaciones técnicas propias a la que se acoge el fabricante, firma del o los profesionales responsables del control de calidad y nombre del laboratorio que lo emite. La presentación de un Certificado o Protocolo de Análisis del producto que se oferte, es obligatoria, independientemente cuente o no con Registro Sanitario. En el caso de productos estériles, el certificado de análisis deberá indicar el método de esterilización, en caso éste no lo indique, deberá adjuntar el Certificado de Esterilidad del producto ofertado. Los certificados de análisis deben consignar la edición de la Farmacopea Oficial vigente u otras normas que sean reconocidas internacionalmente, vigentes a la fecha de fabricación del producto. En el caso de certificado de análisis que consignen Farmacopeas u otras normas no vigentes, se aceptará la propuesta siempre y cuando dichos certificados contengan las mismas pruebas y/o especificaciones técnicas que las Farmacopeas o normas vigentes (Última Edición). El Protocolo de Análisis por ser un documento técnico debe ser refrendado (nombre, firma y sello) por el Director Técnico de la empresa postora.

Metodología de Análisis según se indica en el Protocolo de Análisis Cuando la metodología de análisis a la que se acoge el fabricante se encuentra en Obras Oficiales, es facultad del postor adjuntar

una fotocopia de dicha monografía para facilitar su evaluación técnica según se indica en su Protocolo de Análisis; en cambio cuando se trate de metodologías propias del fabricante, el postor está obligado a adjuntarlas.

- **Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.** Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM o la Autoridad Regional de Salud (ARS) de acuerdo a lo establecido en el artículo 17º del D.S. N° 014-2011-SA y su Primera disposición Complementaria Transitoria. Todos los postores, que se presenten individualmente o en consorcio (con uno o más empresas), tienen la obligación de presentar la Constancia de Establecimiento Farmacéutico o Autorización Sanitaria de Funcionamiento como parte de su propuesta, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. Sin embargo, para el caso de empresas consorciadas con empresas domiciliadas en el extranjero, se establece que dicha Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Constancia de Establecimiento Farmacéutico no será de obligatoria presentación; es decir, solamente es de cumplimiento obligatorio para las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).** En idioma castellano, original o copia simple. De no ser presentado en idioma castellano deberá adjuntar la correspondiente traducción oficial o sin valor oficial efectuada por traductor público juramentado o traducción certificada efectuada por traductor colegiado certificado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 38 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura, (BPM) del fabricante nacional o extranjero, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, o documento que acredite el cumplimiento de normas de calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen. Deberá indicar el área para la fabricación del dispositivo médico y/o la familia del producto y/o en nombre del producto que oferta. En caso de producción por etapas, se debe presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de cada uno de los laboratorios que intervienen en la fabricación del Producto. Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consignen fecha de vigencia, éstos deben indicar una fecha de emisión no mayor de dos (2) años, contada a partir de la fecha de presentación de la propuesta técnica. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), INCLUYE al Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) en aplicación de los dispositivos que se encuentran vigentes en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigentes se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Manufactura, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).** (Copia simple) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (este último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias). Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además de presentar la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, se deberá presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañando para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes por un periodo mínimo de tres (03) meses (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los Almacenes). Todas las Droguerías o Establecimientos Farmacéuticos que participen en "CONSORCIO" deberán presentar su Certificado de Buenas

Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a los Art. 70 y 110 del D.S. N° 14-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para medicamentos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Almacenamiento, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.

- Normas técnicas: ISO 13485:2016 y/o ISO 9001:2015

4.1.4 Acondicionamiento, montaje o instalación: en el plazo de 05 días siguientes a la suscripción del contrato.

4.1.5 Garantía comercial: La vigencia del reactivo debe ser no menor de 18 meses a partir de su ingreso al almacén, o acompañar de carta de compromiso de canje por vencimiento en un plazo de 72 horas de notificado.

4.1.6 Disponibilidad de servicios y repuestos: a cargo del proveedor.

4.1.7 Otros Requisitos obligatorios

- El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos, deberá presentar catálogos, folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallasen todas las características establecidas en las bases, podrá acompañarse de certificado o documento equivalente para el cumplimiento de estas últimas características.

4.2 Prestaciones accesorias a la prestación principal: si habrá prestaciones accesorias, los cuales son:

4.2.1 Mantenimiento preventivo Dotación de Equipo en cesión de uso, de acuerdo a las especificaciones técnicas. El proveedor presentará cronograma de mantenimiento, el mismo que será aprobado por la Oficina de Mantenimiento y el área usuaria.

4.2.2 Soporte técnico: 24 horas 7 días de la semana, de los 365 días del año o hasta la finalización del periodo de contrato.

4.2.3 Capacitación y/o entrenamiento: Capacitación al personal usuario (2 días) y asesoría técnica permanente, el proveedor presentará cronograma de capacitación, el mismo que será aprobado por el área usuaria.

4.2.4 Gestión de Calidad: brindar controles de calidad interno y externo.

- De acuerdo a los protocolos de control de calidad, el postor ganador de la buena pro deberá realizar la reposición de las pruebas utilizadas en la calibración, controles y mantenimiento de los equipos en sesión de uso. En concordancia con la NTS N°072—MINSA/GGSP-V.01

4.3 Lugar de entrega: Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión N° 1556, del Distrito y Provincia de Huancayo, Región Junín.

- Asimismo, además de la entrega de los Reactivos para la determinación de Grupo Sanguíneo Globular y Reverso Factor, Prueba Cruzada Mayor, Fenotipo Rh+ Kell, con Equipo en Cesión de Uso, se deberá entregar el ISO 13485:2016 y/o ISO 9001:2015, inserto de los reactivos en idioma castellano; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.

4.4 Plazo de entrega: El plazo de entrega de los reactivos será en una sola entrega, a los 05 días de emitido la orden de compra y/o suscrito el contrato.

4.5 Adelantos: No habrá adelanto.

4.6 Subcontratación: no aplica

4.7 Confidencialidad: no aplica

4.8 Conformidad de los Bienes: la conformidad de cumplimiento de las especificaciones técnicas de los reactivos la emitirá el área usuaria.

4.9 Pruebas para la conformidad de los bienes:

4.9.1 Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes: los ensayos o pruebas de los reactivos los realizará el área usuaria con el servicio post-venta de la empresa ganadora.

4.9.2 Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad de los bienes: el número de pruebas para evaluar la reproducibilidad de los resultados será de diez

4.10 Capacidad Técnica y Profesional:

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico (Personal de Ingeniería): Experiencia no menor de 6 meses en mantenimiento de Equipo Modular, acreditado con copia de contratos y/o certificados emitidos por la empresa a quien presto o presta servicios actualmente.

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.

EQUIPO MODULAR EN CESIÓN DE USO PARA INMUNOHEMATOLOGÍA EN MICROCOLUMN GEL

1. Tipo	Modular constituido por una centrifuga de tarjetas, una incubadora y lector
2. Metodología	Aglutinación de hemáties en columna
3. Rendimiento	12 o más tarjetas en columna
4. Características	Centrifuga de tarjetas: para 12 tarjetas a la vez como mínimo incubadora de tarjetas: : para 12 tarjetas a la vez como mínimo Lector: lectura de tarjetas e interpretación Equipos adicionales: 02 dispensadores con soporte, pipeta automática.
5. Muestra	Suero, plasma, suspensión de eritrocitos
6. Procesamiento de datos	<ul style="list-style-type: none"> Interno: Software y Hardware, para el manejo de datos del equipo. Hardware de acuerdo al requerimiento del usuario (computadora). Externo: El usuario determinara el requerimiento del procesamiento de datos externos. Impresora Láser para la impresión de los resultados.
7. Accesorios del equipo	<ul style="list-style-type: none"> Fuente de poder de Emergencia (UPS). Equipo de aire acondicionado si el Manual del Equipo lo indica
8. Consumibles: complementos y accesorios	<ul style="list-style-type: none"> El usuario definirá la frecuencia mensual de procesamiento para cada prueba a realizar a fin de calcular la cantidad de consumibles a entregar. Todos los consumibles serán entregados en forma periódica (acompañado a la entrega de las tarjetas), incluido Tóner y papel Bond A4, en cantidad suficiente de acuerdo a los protocolos de cada prueba Inmunohematología, para la realización completa de la misma.
9. Soporte técnico	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento preventivo: presentar programa de mantenimiento preventivo de acuerdo al manual presentado por el fabricante y su respectivo cronograma de ejecución, dando la conformidad de dicha ejecución el Jefe del área usuaria. Mantenimiento correctivo: compromiso de corrección de fallas presentadas dentro de las 24 horas. Atención de las notificaciones de fallas durante las 24 horas y los 7 días de la semana. Personal de Ingeniería: certificado por el fabricante con experiencia no menor de 6 meses en el equipo.
10. Modo de operación	<ul style="list-style-type: none"> 220 V, 60 Hz
11. Antigüedad	<ul style="list-style-type: none"> No mayor de dos años

AREA DE BIOQUIMICA

REQUERIMIENTO DE REACTIVOS PARA BIOQUÍMICA – 4 MESES

(EQUIPO EN CESION DE USO)

1. Área solicitante:

Área de bioquímica del Departamento de Patología Clínica.

2. Objetivo de la convocatoria:

El siguiente proceso tiene por objeto la adquisición de reactivos, compra anual, para el área de bioquímica, con equipo de cesión en uso, en las condiciones técnicas que se detallan en el presente documento.

3. Finalidad pública:

Este proceso tiene la finalidad pública de adquirir Reactivos de Laboratorio clínico, área de bioquímica para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades de los Pacientes atendidos en el Departamento de Patología Clínica.

4. Requerimiento:

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
01	GLUCOSA	DETERMINACION	9500
02	UREA	DETERMINACION	5500
03	CREATININA	DETERMINACION	9500
04	COLESTEROL TOTAL	DETERMINACION	3600
05	COLESTEROL HDL	DETERMINACION	3200
06	COLESTEROL LDL	DETERMINACION	2700
07	TRIGLICÉRIDOS	DETERMINACION	3500
08	BILIRRUBINA TOTAL	DETERMINACION	3700
09	BILIRRUBINA DIRECTA	DETERMINACION	3700
10	TGO - ASPARTATO AMINOTRANSFERASA	DETERMINACION	4600
11	TGP- ALANINA AMINOTRANSFERASA	DETERMINACION	4600
12	PROTEÍNAS TOTALES	DETERMINACION	5400
13	ALBUMINA	DETERMINACION	6200
14	FOSFATASA ALCALINA	DETERMINACION	3400
15	GGT	DETERMINACION	1050
16	ÁCIDO ÚRICO	DETERMINACION	600
17	AMILASA	DETERMINACION	500
18	LIPASA	DETERMINACION	200
19	CALCIO SÉRICO	DETERMINACION	1070
20	FOSFORO SÉRICO	DETERMINACION	150
21	MAGNESIO SÉRICO	DETERMINACION	100
22	HIERRO SÉRICO	DETERMINACION	240
23	FERRITINA SÉRICA	DETERMINACION	200
24	CKMB	DETERMINACION	200
25	ADA	DETERMINACION	100
26	PROTEINURIA, LCR	DETERMINACION	550
27	DESHIDROGENASA LÁCTICA	DETERMINACION	350
28	HBA1C	DETERMINACION	2200

5. Especificaciones técnicas de los equipos automatizados para el área de bioquímica:

Características	
Tipo	Analizador de química clínica totalmente automatizado con acceso aleatorio continuo de modalidad química líquida.
Metodología	Colorimétrico, potencio métrico, inmunocinético y turbidimétrico.
Rendimiento	- No menor de 800 pruebas por Hora. - Con mínimo de 100 muestras de carga simultánea.
Año de fabricación del equipo	No mayor a 2 años.
Características específicas	- Uso de tubo primario. - Con lector de código de barra para muestras y reactivos. - Con sistemas de incubación electrónico peltier. - Dispensado de muestras y procesamiento por paciente. - Con acceso de muestras de forma continua, aleatorio y emergencias. - Dispensado de muestras, procesamiento y emisión de resultados por paciente.
Suministro de energía	Con UPS en línea, autonomía 30 minutos.
Procesamiento de datos	HARDWARE: - Unidad de control de fácil acceso, gráfico, con 02 computadoras, 02 teclados y 02 mouse externos. - Monitor: A color, (02 unidades) - Impresora externo. - Lector de código de barra SOFTWARE: - Con software amigable que maneje datos del paciente, con módulo de control de calidad, gráfica de Levey Jennings y que muestre curvas de reacción en todas las etapas del proceso en la medición de un analito. - Que permita la interfase con el software principal del Laboratorio. - Con sistema LIS interfase bidireccional.
Mantenimiento del equipo	- Debe contar con un sistema de mantenimiento continuo preventivo y correctivo con cronograma establecido. - Debe contar con un sistema de contingencia (Back up) de emergencia.
Soporte técnico	Debe contar con atención inmediata (No mayor de 3 horas) de los ingenieros o personal técnico encargado a cualquier hora del día, incluso domingos y feriados.

NOTA: El proveedor además deberá de garantizar como parte en cesión de uso un congelador para el almacenado de controles y calibradores, deberá de garantizar una instalación adecuada con todos los protocolos establecidos en el manual del equipo que deje.

6. Especificaciones técnicas para los reactivos de bioquímica:

ITEM	01
1. NOMBRE	GLUCOSA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero, plasma, orina y L.C.R.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	02
1. NOMBRE	UREA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	03
1. NOMBRE	CREATININA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	04
1. NOMBRE	COLESTEROL TOTAL
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba.

	ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	05
1. NOMBRE	COLESTEROL HDL - DIRECTO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	06
1. NOMBRE	COLESTEROL LDL - DIRECTO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	07
1. NOMBRE	TRIGLICÉRIDOS
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	08
1. NOMBRE	BILIRRUBINA TOTAL
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	09
1. NOMBRE	BILIRRUBINA DIRECTA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	10
1. NOMBRE	TGO - Aspartato aminotransferasa
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	11
1. NOMBRE	TGP - Alanina aminotransferasa
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.

4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	12
1. NOMBRE	PROTEÍNAS TOTALES
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	13
1. NOMBRE	ALBUMINA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	14
1. NOMBRE	FOSFATASA ALCALINA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	15
1. NOMBRE	GGT
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	16
1. NOMBRE	ACIDO ÚRICO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero, plasma y orina
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	17
1. NOMBRE	AMILASA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	18
1. NOMBRE	LIPASA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.

5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.
-----------------------	---

ITEM	19
1. NOMBRE	CALCIO SÉRICO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	20
1. NOMBRE	FOSFORO SÉRICO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	21
1. NOMBRE	MAGNESIO SÉRICO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	22
1. NOMBRE	HIERRO SÉRICO
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba.

	ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	23
1. NOMBRE	FERRITINA SÉRICA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinética, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	24
1. NOMBRE	CK - MB
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Doce meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	25
1. NOMBRE	ADA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero, plasma, líquidos biológicos.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	26
1. NOMBRE	PROTEINURIA / LCR
2. PRESENTACIÓN	Kit de 90 a más determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Colorimétrica, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Orina y LCR.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	27
1. NOMBRE	DESHIDROGENASA LÁCTICA
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Cinético, y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero y plasma.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

ITEM	28
1. NOMBRE	HBA1C
2. PRESENTACIÓN	Kit de 100 a más determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Turbidimetría y/o otras metodologías, siempre que el reactivo ya esté listo para uso y no se tenga que preparar, soporte individualizado por prueba. ACCESORIOS: Calibradores, control de calidad interno y externo; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. MUESTRA BIOLÓGICA: Suero o plasma o sangre total.
4. VIGENCIA MÍNIMA	Seis meses a partir de su ingreso al almacén, acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.
5. EMPAQUE Y/O ROTULO	De acuerdo lo normado en el DS N° 010-97-SA y DS N° 020-2001-SA – Reglamento de registro sanitario.

7. Consideraciones del equipo en sesión de uso:

- Los equipos, accesorios y complementos deben ser nuevos, de última generación con una antigüedad no mayor a 2 años, sus técnicas y/o metodologías de uso deben encontrarse en concordancia con lo señalado en las especificaciones técnicas de los equipos.

- La antigüedad del equipo presentado debe estar sustentado con el Certificado de Manufactura, no se aceptan Declaraciones Juradas.
- Los equipos deben poseer microprocesadores y capacidad de enlazarse a una computadora integrada al equipo o red de computación de cada Servicio con el software del Laboratorio o el Hospital.
- Los equipos deberán estar acondicionados para ser usados con voltaje 220 VAC, entre 50 - 60, HZ y deberán contar con los accesorios y/o complementos pertinentes para que puedan soportar posibles variaciones de voltaje (UPS).
- La tecnología y operatividad del equipo entregado por el proveedor en cesión en uso, debe estar acorde con un alto nivel de resolución técnica que garantice confiabilidad y calidad de los resultados de las pruebas de laboratorio procesadas, así como la oportunidad, eficacia y eficiencia del servicio prestado.
- La capacidad de producción del equipo o equipos entregados (para HBA1C) en cesión en uso al HOSPITAL CARRIÓN debe cumplir ampliamente con el número de pruebas solicitadas para cada uno de los exámenes descritos en las Bases del proceso de Adquisición.
- El proveedor tiene que garantizar el funcionamiento permanente del equipo, accesorios, y complementos dados en cesión en uso.
- De presentarse fallas en la operatividad del equipo debe solucionarlo en forma inmediata a fin de no alterar el normal funcionamiento de la prestación del servicio. Para ello debe contar con equipo de respaldo disponible y operativo. Asimismo, el proveedor debe reponer las pérdidas de materiales y reactivos que se produzcan por razones inherentes al funcionamiento defectuoso del equipo o equipos de cesión en uso.
- La institución no se responsabiliza por cualquier deficiencia, daño o siniestro que sufra el equipo en cesión en uso, fuera de los términos estipulados contractualmente, salvo negligencia de la institución técnicamente demostrada.
- Los gastos y costos por servicio de mantenimiento preventivo, correctivo y predictivo son de responsabilidad del proveedor.
- El proveedor además deberá de garantizar los no consumibles: hojas bond, tinta para impresora, cups, soluciones de lavado.
- El proveedor deberá de prestar un congelador para el almacenado de controles y calibradores, además de instalar un destilador o desionizador de agua, según los requerimientos de su equipo.
- El proveedor debe presentar una póliza de seguros que ampare los equipos biomédicos en cesión en uso dando cobertura contra robo, incendio, siniestro, responsabilidad civil contra terceros u otros.

- El proveedor debe presentar un programa de mantenimiento preventivo, correctivo y un stock de repuestos. La ejecución de este programa debe ser supervisado por los Tecnólogos médicos del área. Del mismo modo el personal Profesional de Soporte Técnico Científico y/o personal Profesional de Mantenimiento del proveedor debe apersonarse incluso domingos y feriados cuando el usuario lo requiera, para ejecutar y solucionar las obligaciones del mantenimiento.
- Los equipos Biomédicos entregados en cesión en uso al HOSPITAL CARRIÓN no generan obligaciones de pago por concepto de compra, alquiler, ni compromiso de mantenimiento, compra de repuestos, costos de traslado, instalación, pago de personal u otros.
- Los equipos en cesión en uso ingresan directamente al Servicio asistencial (área usuaria) y el personal del Almacén Central del HOSPITAL CARRIÓN se encarga de verificar e informar al área del Patrimonio.
- El Costo de instalación, operación, mantenimiento y el suministro de equipos complementarios necesarios e indispensables para el adecuado funcionamiento del equipo en cesión en uso, son asumidos por el proveedor, no generando gastos adicionales a la Institución.
- La instalación del equipo debe estar a cargo del proveedor quien tiene que efectuar una prueba de funcionamiento en presencia de los funcionarios y del personal de Laboratorio Clínico. Luego se levanta un Acta de puesta en operación y funcionamiento donde se deja constancia de las condiciones del estado físico, operatividad y funcionamiento del equipo. Este debe estar debidamente calibrado dentro de los parámetros establecidos de tal forma que se encuentre disponible y listo para realizar los exámenes de laboratorio.
- El proveedor deberá realizar actividades de entrenamiento y capacitación dirigidas a los profesionales usuarios de los equipos, de acuerdo a un plan de planificación que se ajuste a las necesidades del usuario en coordinación con la Jefatura del área, antes del periodo de prueba del (s) equipo (s) Asimismo debe brindar asesoría analítica permanente con personal idóneo. Todo ello sin costo adicional para la Institución.

8. Consideraciones generales de la propuesta:

8.1. Plazo y lugar de entrega de los productos:

El plazo de la primera entrega será hasta los 05 días contados después de suscribir el contrato y recibida la orden de compra. Las demás entregas con un intervalo de 60 días (total de entregas 3). El proveedor podrá internar los productos dentro del mes que le toca la entrega, pasado el mes se verá afecto a las penalidades correspondientes. Solamente se recibirá productos fuera de los plazos (adelantos o postergaciones) previa autorización de la Dirección de la oficina de Logística en coordinación con el Departamento de Patología Clínica. La entrega será en el Almacén del HOSPITAL CARRIÓN en el horario de 8.00 a 14.00

de lunes a viernes, el almacén no está obligado a recibir fuera de la fecha u horarios indicados, salvo que exista una coordinación previa y autorizada por la Jefatura del Departamento de Patología Clínica.

8.2. Condiciones de entrega:

La entrega del producto deberá ir acompañada obligatoriamente de la siguiente documentación:

- Orden de Compra - Guía de Internamiento (copia).
- Guía de Remisión (Destinatario + SUNAT + copias adicionales).
- Esta deberá consignar en forma obligatoria el número de lote y la cantidad entregada por lote - Copia Simple del Registro Sanitario por única vez en la primera entrega o si es renovado en la entrega correspondiente.
- Copia del Protocolo de Análisis emitido por el fabricante o quien encarga su fabricación, según lo dispuesto en el Art. 28 del D.S. N° 020-2001, por cada lote entregado.
- Copia de la Declaración Jurada de Compromiso de Canje y/o reposición por Defectos o Vicios Ocultos, por única vez con la primera entrega. - Acta de Recepción y Conformidad (juego de original + copias)
- Copia de Declaración Jurada de Compromiso donde se señale que, la cantidad de pruebas efectivas serán contadas desde la estadística con el que cuenta el área, en caso no cumplir con las cantidades aun cuando su kit establezca cierta cantidad, el proveedor deberá de reponer la cantidad hasta completar con las determinaciones solicitadas.

8.3. Rotulado de los envases:

El contenido de los rotulados de los envases mediano e inmediato deberá contener la información establecida en los artículos 43 y 44 del Decreto Supremo 010-97-SA y sus inclusiones y modificaciones establecidas en el Decreto Supremo N° 020-2001-SA, impresa con tinta indeleble y resistente a la manipulación y corresponder a lo autorizado en su registro sanitario.

8.4. Vigencia del producto:

Todos los productos deberán tener una vigencia mínima (vida útil) del producto a su ingreso al almacén de 06 meses.

8.5. Consideraciones de la propuesta:

Los postores deberán cotizar obligatoriamente el 100% de cada uno de los ítems a los que se presenten, lo que involucra ofertar el total de las cantidades consideradas. El postor ganador que obtenga la buena pro deberá coordinar con el propietario del Software del Hospital y del Departamento de Patología Clínica para la interfase e instalación del software en sus equipos, abonando el costo por la implementación, además de todos los requerimientos del manual de operaciones del equipo (manual en español).

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPO AUTOMATIZADO DE BIOQUIMICA

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	ANALIZADOR BIOQUIMICO AUTOMATIZADO
TIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA AUTOMATIZADO DE MODALIDAD ABIERTA AL RESPECTO SEÑALAR QUE ESTABLECER QUE LOS REACTIVOS Y EL EQUIPO SEAN DE LA MISMA MARCA CONSTITUIRÍAN UNA ACCIÓN DE DIRECCIONAMIENTO, PUES LA EFECTIVIDAD DE LOS RESULTADOS NO SE VERÁN AFECTADOS POR USAR REACTIVOS DE OTRA MARCA, POR LO QUE EL EQUIPO DEBE SER DE MODALIDAD ABIERTA.
METODOLOGÍA	ESPECTROFOTOMÉTRICO, TURBIDIMÉTRICOS O POTENCIÓMETRO, ISE
PERFORMANCE	USO DE TUBO PRIMARIO. 400 O MAS PRUEBAS FOTOMÉTRICAS POR HORA -CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS -CON SISTEMA ELECTRÓNICO PELTIER Y/O EL SISTEMA DE INCUBACIÓN DE ACUERDO A CADA FABRICANTE PARA DAR MAYOR PLURALIDAD POSTORA. -CON ACCESO DE MUESTRAS CONTINUO, ALEATORIO Y EMERGENCIAS
CARACTERÍSTICAS	30 O MAS REACTIVOS A BORDO IDENTIFICADOS POR CÓDIGOS DE BARRAS 30 O MAS PRUEBAS DIFERENTES PROCESADAS EN SIMULTANEO POR CADA MUESTRA 50 A MAS TUBOS PRIMARIOS DE MUESTRAS CON CÓDIGO DE BARRAS 80 MUESTRAS A MAS, PUDIENDO SER EN CARGA CONTINUA O MUESTRAS A BORDO LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS PARA REACTIVOS Y TUBOS PRIMARIOS AUTONOMÍA DE TRABAJO CONTINUO DE 5 HORAS SIN ATENCIÓN DEL USUARIO, SE AMPLIARÁ EL REQUERIMIENTO DE SU CONSULTA, ACEPTANDO TAMBIÉN QUE PUEDE SER EN CARGA CONTINUA O MUESTRAS A BORDO. SENSOR DE COÁGULOS, BURBUJAS Y SENSOR DE NIVEL DE REACTIVOS DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS
MUESTRA	TUBO PRIMARIO CON CÓDIGO DE BARRAS CAPACIDAD PARA PROCESAR DIRECTAMENTE Y EN SIMULTANEO PLASMA, SUERO, ORINA Y OTRO LÍQUIDOS BIOLÓGICOS ÍNDICE DE INTERFERENCIA DE LA MUESTRA (LÍPEMICA, ICTÉRICA Y HEMOLIZADAS)
PROCESAMIENTO	INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE DEL EQUIPO, PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO (PROCESAMIENTO DE CALIBRADORES, CONTROLES Y RESULTADOS), IMPRESORA ADECUADA A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO. EXTERNO: DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL USUARIO. LA INFORMACIÓN DEBE ESTAR CENTRALIZADA EN UN SERVIDOR LOCALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CON CAPACIDAD DE ARCHIVO DE DATOS POR EL PERIODO DE COMPRA. CON COPIA DE SEGURIDAD (BACK UP. RESULTADOS TEMPORAL DIARIO Y CADA DOS MESES RESULTADOS HISTÓRICOS, CONTROL DE CALIDAD Y ESTADÍSTICA) HARDWARE: NECESARIO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SOFTWARE DE GESTIÓN DEL ÁREA DE BIOQUIMICA - Sistema Informático de Laboratorio (Lis): COMPUTADORA(S) , SERVIDOR Y CABLEADO DE ACUERDO A NECESIDAD DEL USUARIO. CON ENLACE A INTERNET, IMPRESORA MULTIFUNCIONAL DE TINTA CONTINUA METODOLOGÍA DE TRABAJO. PARA ACREDITAR PROPIEDAD DEL SOFTWARE: DECLARACIÓN JURADA DE REPRESENTACIÓN A LA FIRMA DE CONTRATO DE LAS LICENCIAS O PERMISOS CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD RESPECTO AL SOFTWARE.
ACCESORIOS DEL EQUIPO	FUENTE DE PODER DE EMERGENCIA (UPS) EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO EN EL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO SI ES QUE EL EQUIPO LO REQUIERA. EQUIPAMIENTO QUE BLOQUEE EXPOSICIÓN A LUZ SOLAR DE EQUIPO Y REACTIVO SI LO REQUIERA, SE AGILARA QUE EL EQUIPAMIENTO QUE BLOQUEE EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR SE REFIERE A UNAS PERSIANAS O CUALQUIER OTRO MEDIO EN LAS VENTANAS QUE NO PERMITA EL INGRESO DE LA LUZ SOLAR. EQUIPO DE TRATAMIENTO DE AGUA SI ES QUE EL EQUIPO LO REQUIERA.
CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS	EL USUARIO DEFINIRÁ LA FRECUENCIA MENSUAL DE PROCESAMIENTO PARA CADA PRUEBA A REALIZAR, A FIN DE CALCULAR LA CANTIDAD DE CONSUMIBLES A ENTREGAR. TODOS LOS CONSUMIBLES: CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMA PERIÓDICA (ACOMPAÑANDO A LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS), EN CANTIDAD SUFICIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE CADA METODOLOGÍA PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIÓN Y CONTROL PARA EL PERIODO DE COMPRA. EN CUALQUIER CASO, EN QUE FALTE ALGUNO DE ELLOS. EL PROVEEDOR PROCEDERÁ A SU ENTREGA COMO REPOSICIÓN INMEDIATA.

SOPORTE TÉCNICO	EL SOPORTE TÉCNICO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL EQUIPO ESTARÁ A CARGO DE UN PERSONAL DE INGENIERÍA (TÉCNICO O BACHILLER O INGENIERO), CON DOS AÑOS DE EXPERIENCIA CON ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN POR EL FABRICANTE. PARA TAL EFECTO SE ACREDITARÁ CON LA COPIA SIMPLE DE SU DIPLOMA SEGÚN CORRESPONDA Y COPIA DE LA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO POR EL FABRICANTE. DEBE CONTAR CON ATENCIÓN INMEDIATA (NO MAYOR DE 6 HORAS) DE LOS INGENIEROS O PERSONAL TÉCNICO ENCARGADO A CUALQUIER HORA DEL DÍA, INCLUSO DOMINGOS Y FERIADOS
ACCESORIOS	DISPLAY LCD TECLADO DE MEMBRANA O CONVENCIONAL CON TECLAS ALFA NUMÉRICAS O UNA (1) PC ASOCIADA AL LECTOR. REQUERIMIENTO ELÉCTRICO: 220 VOLTIOS INTERFASE RS 232 BIDIRECCIONAL. IMPRESORA: INTERNA O EXTERNA. TINTA Y PAPEL DESDE SU PROCESO HASTA LA IMPRESIÓN DE RESULTADOS CONDICIÓN DE OPERATIVIDAD: SE ACEPTARÁN VALORES COMPRENDIDOS EN UN RANGO DE TEMPERATURA AMBIENTE HASTA 37°C. MANUAL DEL OPERADOR EN ESPAÑOL Y GUÍA RÁPIDA DEL USUARIO.
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO: PRESENTAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN MANTENIMIENTO CORRECTIVO: COMPROMISO DE CORRECCIÓN DE FALLAS PRESENTADAS DENTRO DE LAS 6 PRIMERAS HORAS COMO MÁXIMO INMEDIATO A LA COMUNICACIÓN. ATENCIÓN DE NOTIFICACIONES DE FALLAS LAS 24 HORAS Y LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.
ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO	NUEVO O NO MÁS DE UN (2) AÑOS DE FABRICADO AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. LA ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO DEBE SER SUSTENTADA POR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN CONJUNTO: CERTIFICADO DE MANUFACTURA EMITIDO POR EL FABRICANTE, LA DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR Y/O LA DECLARACIÓN ÚNICA DE ADUANA (DUA) Y SE PRESENTARÁN CON LOS DOCUMENTOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS
PLAN DE CONTINGENCIA	PARA EL PLAN DE CONTINGENCIA SE PRESENTARÁ UNA (1) DECLARACIÓN JURADA DEL POSTOR, LA CUAL DEBERÁ SER PRESENTADA EN LA ETAPA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS, INDICANDO QUE CUENTA CON UN (1) EQUIPO DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES, SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS SOLICITADAS POR EL USUARIO. ESTE ANALIZADOR DEBERÁ SER INSTALADO Y PUESTO EN OPERATIVIDAD DENTRO DEL PLAZO DE 4 a 5 DÍAS DE RECIBIDA LA COMUNICACIÓN. SIN EMBARGO, ALTERNATIVAMENTE SE ACEPTARÁ QUE EN CASO DE INOPERATIVIDAD SIMULTÁNEA DE AMBOS ANALIZADORES (INCLUIDO EL DE PLAN DE CONTINGENCIA), EL CONTRATISTA DEBERÁ ASUMIR SIN COSTO PARA LA ENTIDAD, LA RESPONSABILIDAD DEL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS EN UN LABORATORIO CLÍNICO LOCAL DE RECONOCIDO PRESTIGIO Y GARANTÍA.

AREA DE HEMATOLOGIA

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS DE REACTIVO DE HEMOGRAMAS PARA EL ÁREA DE
HEMATOLOGIA DEL LABORATORIO CENTRAL (EQUIPO EN CESION DE USO) - 4 MESES**

1. Denominación de la contratación

Adquisición de reactivos para Hemogramas automatizado, para el Área de Hematología del (Laboratorio Central) del Departamento de Patología Clínica del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

2. Finalidad pública

Atención al personal del H.R.D.C.Q "DANIEL ALCIDES CARRION"

3. Antecedentes

En vista el déficit de pruebas como Hemogramas automatizados, siendo esta de alta relevancia en el diagnóstico laboratorio, del departamento de patología clínica.

4. Objetivos de la contratación

4.1. Objetivo General

- Adquirir reactivos a fin de brindar atención en análisis clínicos en el laboratorio de Hematología.

4.2. Objetivo Específico

- Brindar atención en análisis para la determinación de Hemograma.

5. Alcance y descripción de los bienes a contratar

1. HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

ITEM	
1. NOMBRE	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO DIFERENCIAL 5 ESTIRPES, RETICULOCITOS Y LIQUIDOS CORPORALES.
2. DETERMINACIÓN	10,000 Determinaciones, (PRUEBAS EFECTIVAS) reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Impedancia Eléctrica y/o Citometría de flujo por láser y/o Colorimetría y/o fluorescencia (mínimo 2 metodologías).</p> <p>ACCESORIOS: Calibrador, control, complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Guillotina, Papel bond, tinta líquida para impresora a color.</p> <p>MUESTRA BIOLOGÍA: Sangre total.</p> <p>USO: Equipo automatizado</p>

453

5.1. Características y condiciones del reactivo de Hemogramas

5.1.1. Características técnicas.

Analizador Hematológico Diferencial de 5 Estirpes	
1.- Tipo	Analizador hematológico, no menor o igual a 37 parámetros reportables (sin incluir parámetros de investigación o RUO) y diferencial de 5 estirpes.
2.- Metodología	Impedancia Eléctrica y/o Citometría de flujo por láser y/o Colorimetría y/o fluorescencia (mínimo 2 metodologías)
3.- Rendimiento	- 200 hemogramas por hora mayor o igual
4.- Características	<ul style="list-style-type: none"> - Procesamiento de hemogramas con 5 estirpes leucocitarias. - Capacidad de reporte de normoblastos (#, %) con corrección de leucocitos. - Capacidad de reporte de reticulocitos (#, %), fracción inmadura de reticulocitos y hemoglobina reticulocitaria. - Reporte de plaquetas ópticas. - Con alarma de anomalías hematológicas. - Auto cargador incorporado con capacidad de carga de 100 tubos de muestra. - Volumen de muestra en sangre completa: máximo 200ul. - Capacidad de almacenamiento: 100,000 resultados incluyendo información gráfica y numérica. - Procesamiento de líquidos corporales (LCR y serosos). - Reporte de glóbulos rojos infectados por plasmodium en valor absoluto y relativo. - No interferencias por: partículas lipídicas y cúmulos de plaquetas. - Linealidad de leucocitos: $500 \times 10^9/L$ como mínimo. - Linealidad de hemoglobina: 260g/L como mínimo. - Linealidad de plaquetas: $5000 \times 10^9/L$ como mínimo.
5.- Parámetros	<ul style="list-style-type: none"> o Recuento de glóbulos blancos. o Porcentaje de Linfocitos o Porcentaje de Monocitos o Porcentaje de Neutrófilos o Porcentaje de Basófilos o Porcentaje de Eosinófilos o Porcentaje de Granulocitos Inmaduros o Número de Linfocitos o Número de Monocitos o Número de neutrófilos o Número de Eosinófilos o Número de basófilos o Granulocito Inmaduro o Recuento de Glóbulos rojos o Concentración de hemoglobina o Hematocrito o Volumen corpuscular medio o Hemoglobina corpuscular media o Concentración media de Hemoglobina corpuscular o Ancho de distribución eritrocitos: coeficiente de variación o Ancho de distribución eritrocitos: desviación estándar o Recuento de eritrocitos nucleados

	<ul style="list-style-type: none"> o Porcentaje de eritrocitos nucleados o Recuento de Trombocitos o Volumen medio de Trombocitos o Ancho de Distribución de Trombocitos o Plaquetocrito o Tronbocitos: relación de células grandes o Recuento mayor de Trombocitos o Porcentaje de Reticulocitos o Número de Reticulocitos o Expresión Hemoglobina reticulocitos o Fracción de Reticulocitos inmaduros o Relación de Fluorescencia baja o Relación de Fluorescencia media o Relación de Fluorescencia alta o Fracción de Plaquetas inmaduras
6.- Muestra	- Sangre total con anticoagulante EDTA K3 y/o K2.
7.- Procesamiento de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Software y Hardware para el manejo de datos del equipo, procesamiento de calibraciones, controles y resultados. - Impresora: adecuada a la modalidad de trabajo del Laboratorio. - Software de interfase al sistema de información del laboratorio que cumpla con las siguientes características como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> o Trazabilidad de la muestra. o Doble validación de resultados. o Conexión con el sistema de gestión hospitalaria - (acreditado mediante constancia emitida por jefatura de laboratorio de un hospital de MINSA O ESSALUD). - Hardware: computadora terminal, punto de red con cableado hasta el concentrador del laboratorio, impresora y lector de código de barra, servidor.
8.- Accesorios del equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Fuente de poder de emergencia (UPS en línea). - Equipo de aire acondicionado
9.- Consumibles, calibradores, controles complementos y accesorios	- Todos los consumibles, calibradores, controles, complementos y accesorios deberán ser entregados en forma periódica (acompañando la entrega de los reactivos), en cantidad suficiente de acuerdo a los protocolos de cada metodología para permitir la realización completa de las Pruebas solicitadas, las Pruebas de Calibración y Control de calidad programadas para el periodo de compra. Desde su proceso hasta la impresión: tinta y papel.
10.- Soporte técnico	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento Preventivo: Programa de Mantenimiento Preventivo sugerido o recomendado por el fabricante. - Mantenimiento Correctivo: durante las 24 horas, incluido los domingos y feriados.
11.- Modo de Operación	- 220 V, 60 Hz.
12.- Antigüedad	- No mayor de 02 años
13.- Cantidad	10,000 determinaciones (pruebas efectivas) 500 reticulocitos (pruebas efectivas) 500 líquidos corporales (pruebas efectivas) NOTA: CON SESIÓN DE USO.

5.2. Condiciones de operación: no aplica.

5.3. Embalaje y rotulado

Embalaje primario:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Composición del contenido de acuerdo al inserto del fabricante
- Volumen del frasco del reactivo
- impresión en el frasco consignando al importador

Embalaje secundario: caja de cartón, consignándose en esta:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Numero de frascos del reactivo con su volumen respectivo
- impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

5.3.1. Reglamentos Técnicos, Normas Metrológicas y/o Sanitarias nacionales.

Empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N°010-097- SA y DS N°020-2001-SA-
Reglamento de Registro Sanitario

- **Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.** (copia simple) Vigente a la fecha de presentación de Ofertas; otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - ANM (DIGEMID). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el producto ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado. No se aceptará expedientes en trámite para la obtención del Registro Sanitario. Los datos expresados en la oferta presentada deben coincidir con los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado. En caso algún producto, "no requiera de Registro Sanitario" según la normatividad vigente, deberá adjuntar el documento emitido por la ANM en la cual acredite que no requiere dicho documento, cuya fecha de emisión no sea mayor de dos años contados a partir de la fecha de presentación de propuestas. La exigencia de la vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.

- **Certificado de Análisis del producto terminado (Protocolo de Análisis).** Es un informe técnico suscrito por el profesional responsable de control de calidad, en el que se señala los análisis realizados en todos sus componentes, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, de acuerdo a las exigencias contempladas en la farmacopea o metodología declarada por el interesado en su solicitud de Registro Sanitario, según lo señalado en el Anexo 01 del Glosario de Términos y Definiciones del Decreto Supremo No 016-2011-SA. Cuando se haga mención a protocolo de análisis se refiere a certificado de análisis. El certificado de análisis debe consignar cuando menos la siguiente información: nombre del producto, número de lote, fecha de vencimiento, fecha de análisis, las especificaciones técnicas, farmacopea(s) o especificaciones técnicas propias a la que se acoge el fabricante, firma del o los profesionales responsables del control de calidad y nombre del laboratorio que lo emite. La presentación de un Certificado o Protocolo de Análisis del producto que se oferte, es obligatoria, independientemente cuente o no con Registro Sanitario. En el caso de productos estériles, el certificado de análisis deberá indicar el método de esterilización, en caso éste no lo indique, deberá adjuntar el Certificado de Esterilidad del producto ofertado. Los certificados de análisis deben consignar la edición de la Farmacopea Oficial vigente u otras normas que sean reconocidas internacionalmente, vigentes a la fecha de fabricación del producto. En el caso de certificados de análisis que consignen Farmacopeas u otras normas no vigentes, se aceptará la propuesta siempre y cuando dichos certificados contengan las mismas pruebas y/o especificaciones técnicas que las Farmacopeas o normas vigentes (Última Edición). El Protocolo de Análisis por ser un documento técnico debe ser refrendado (nombre, firma y sello) por el Director Técnico de la empresa postora.
- **Metodología de Análisis según se indica en el Protocolo de Análisis.** Cuando la metodología de análisis a la que se acoge el fabricante se encuentra en Obras Oficiales, es facultad del postor adjuntar una fotocopia de dicha monografía para facilitar su evaluación técnica según se indica en su Protocolo de Análisis; en cambio cuando se trate de metodologías propias del fabricante, el postor está obligado a adjuntarlas.
- **Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.** Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM o la Autoridad Regional de Salud (ARS) de acuerdo a lo establecido en el artículo 17o del D.S. No 014-2011-SA y su Primera disposición Complementaria Transitoria. Todos los postores, que se presenten individualmente o en consorcio (con uno o más empresas), tienen la obligación de presentar la Constancia de Establecimiento Farmacéutico o Autorización Sanitaria de Funcionamiento como parte de su propuesta, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. Sin embargo, para el caso de empresas consorciadas con empresas domiciliadas establece que dicha Autorización Sanitaria el extranjero, se Funcionamiento o Constancia de Establecimiento Farmacéutico no será de

obligatoria presentación; es decir, solamente es de cumplimiento obligatorio para las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico.

- **Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).** En idioma castellano, original o copia simple. De no ser presentado en idioma castellano deberá adjuntar la correspondiente traducción oficial o sin valor oficial efectuada por traductor público juramentado o traducción certificada efectuada por colegiado certificado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 38 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura, (BPM) del fabricante nacional o extranjero, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, o documento que acredite el cumplimiento de normas de calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen. Deberá indicar el área para la fabricación del dispositivo médico y/o la familia del producto y/o en nombre del producto que oferta. En caso de producción por etapas, se debe presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de cada uno de los laboratorios que intervienen en la fabricación del Producto. Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consignen fecha de vigencia, éstos deben indicar una fecha de emisión no mayor de dos (2) años, contada a partir de la fecha de presentación de la propuesta técnica. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), **INCLUYE** al Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) en aplicación de los dispositivos que se encuentran vigentes en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigentes se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Manufactura, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).** (Copia simple) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (este último, en caso de la aplicación del Art. 11^o del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias). Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además de presentar la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, se deberá presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañando para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes por un periodo mínimo de tres (03) meses (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los Almacenes). Todas las Droguerías o Establecimientos Farmacéuticos que participen en "CONSORCIO" deberán presentar su Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a los Art. 70 y 110 del D.S. No 14-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, se aplica durante todo el

proceso de selección y ejecución contractual para medicamentos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Almacenamiento, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.

- **Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDТ) (Copia Simple)** otorgada al establecimiento farmacéutico, emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), del Ministerio de Salud (MINSA), de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 833 -2015/MINSA, modificado mediante Resolución Ministerial N° 1000-2016/MINSA.
- **Normas técnicas:** ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2008

5.3.2. Impacto ambiental: no aplica

5.3.3. Garantía comercial:

Vigencia de los reactivos de 12 meses a partir de su ingreso y/o adjuntar carta de canje. **SE SOLICITA PRUEBAS EFECTIVAS.**

5.3.4. Otros Requisitos obligatorios

- El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos, deberá presentar catálogos y/o folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallasen todas las características establecidas en las bases, podrá acompañarse de certificado o documento equivalente para el cumplimiento de estas últimas características.

5.3.5. Capacitación y/o entrenamiento: si

- Capacitación a personal usuario (8 horas) en temas de manejo de equipo, y asesoría técnica permanente, el proveedor presentará cronograma de capacitación, el mismo que será aprobado por el área usuaria.

5.3.6. Lugar y entrega

- Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo. Asimismo, además de la entrega de los Reactivos, se deberá entregar el inserto de los reactivos en idioma castellano; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.

5.3.7. Plazo de entrega:

- El plazo máximo para la entrega total de los reactivos es de 05 días calendarios, contados a partir del día siguiente de la suscripción del Contrato, en una sola entrega.

5.4. Conformidad de los Bienes:

La conformidad de cumplimiento de las especificaciones técnicas de los reactivos la emitirá el área usuaria.

5.5. Pruebas para la conformidad de los bienes:

5.5.1. Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes:

- Los ensayos o pruebas de los reactivos los realizará el área usuaria con el servicio post-venta de la empresa ganadora.

5.5.2. Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad de los bienes:

- El número de pruebas para evaluar la reproducibilidad de los resultados será de diez

5.6. Forma de pago

La Entidad se obliga a pagar al el Contratista en soles, en pagos periódicos luego de cada entrega realizada, y previa conformidad emitida por el Área Usuaria (Jefe del Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológico).

5.7. Capacidad Técnica y Profesional

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico (Personal de ingeniería, ingenieros Electrónicos y /o Especialistas de Aplicación-Tecnólogos Médicos): Experiencia no menor de 10 meses en mantenimiento y manipulación del Equipo que estará en sesión de uso.

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.

5.8. Experiencia del Postor

Facturación

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a dos (2) veces el valor referencial de la contratación o del ítem, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante un periodo no mayor a cinco (5) años a la fecha de la presentación de ofertas.

PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL: SI

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL EQUIPO DE HEMOGRAMA AUTOMATIZADO
DIFERENCIAL 5 ESTIRPES

TIPO	Analizador hematológico, no menor o igual a 37 parámetros reportables (sin incluir parámetros de investigación o RUO) y diferencial de 5 estirpes.
METODOLOGIA	Impedancia Eléctrica y/o Citometría de flujo por láser y/o Colorimetría y/o fluorescencia (mínimo 2 metodologías)
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Procesamiento de hemogramas con 5 estirpes leucocitarias. - Capacidad de reporte de normoblastos (#, %) con corrección de leucocitos. - Capacidad de reporte de reticulocitos (#, %), fracción inmadura de reticulocitos y hemoglobina reticulocitaria. - Reporte de plaquetas ópticas. - Con alarma de anomalías hematológicas. - Auto cargador incorporado con capacidad de carga de 100 tubos de muestra. - Volumen de muestra en sangre completa: máximo 200ul. - Capacidad de almacenamiento: 100,000 resultados incluyendo información gráfica y numérica. - Procesamiento de líquidos corporales (LCR y serosos). - Reporte de glóbulos rojos infectados por plasmodium en valor absoluto y relativo. - No interferencias por: partículas lipídicas y cúmulos de plaquetas. - Linealidad de leucocitos: $500 \times 10^9/L$ como mínimo. - Linealidad de hemoglobina: 260g/L como mínimo. - Linealidad de plaquetas: $5000 \times 10^9/L$ como mínimo.
PARÁMETROS	<ul style="list-style-type: none"> • Recuento de glóbulos blancos. • Porcentaje de Linfocitos • Porcentaje de Monocitos • Porcentaje de Neutrófilos • Porcentaje de Basófilos • Porcentaje de Eosinófilos • Porcentaje de Granulocitos Inmaduros • Número de Linfocitos • Número de Monocitos • Número de neutrófilos • Número de Eosinófilos • Número de basófilos • Granulocito Inmaduro • Recuento de Glóbulos rojos • Concentración de hemoglobina • Hematocrito • Volumen corpuscular medio • Hemoglobina corpuscular media • Concentración media de Hemoglobina corpuscular • Ancho de distribución eritrocitos: coeficiente de variación • Ancho de distribución eritrocitos: desviación estándar • Recuento de eritrocitos nucleados • Porcentaje de eritrocitos nucleados • Recuento de Trombocitos • Volumen medio de Trombocitos • Ancho de Distribución de Trombocitos • Plaquetocrito • Trombocitos: relación de células grandes

	<ul style="list-style-type: none"> • Recuento mayor de Trombocitos • Porcentaje de Reticulocitos • Número de Reticulocitos • Expresión Hemoglobina reticulocitos • Fracción de Reticulocitos Inmaduros • Relación de Fluorescencia baja • Relación de Fluorescencia media • Relación de Fluorescencia alta • Fracción de Plaquetas inmaduras <p>Reporte de parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de bandas • Granulocitos inmaduros • Linfocitos variables • Blastos • Plaquetocrito • Ancho de distribución de plaquetas • Reticulocitos. • Líquidos corporales. <p>"Para la presente consulta se considerará lo siguiente: Características: Reporte de parámetros adicionales</p> <p>*Presencia de bandas (REQUISITO) *Granulocitos inmaduros *Linfocitos variables (REQUISITO) *Blastos (REQUISITO) *Plaquetocrito *Ancho de distribución de plaquetas *Reticulocitos *Líquidos corporales</p>
CARACTERÍSTICAS ADICIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alarma por detección de parásitos causantes de malaria. ✓ Detección de malaria mediante reporte de hematíe infectados (valor absoluto y valor relativo) ✓ Lector interno y externo para códigos de barras para tubos primarios en modo cerrado y abierto, respectivamente. ✓ Carga de reactivos con código de barras que contenga la información de lote, fecha de expiración e identificación de la botella/caja, como mínimo, y que se registre automáticamente en el inventario del equipo. ✓ Autocargador continuo de muestras con sistema de mezcla por inversión. ✓ Visualización de Scattergram a color específico de cada la célula. (El equipo deberá de contar con diferenciación de las poblaciones de células mediante un color específico de cada población) ✓ Visualización del histograma a color con umbrales. ✓ Procesamiento de líquidos corporales: fluido peritoneal, fluido pleural, líquido sinovial. ✓ Linealidad de leucocitos mayor o igual a $0-500 \times 10^9/L$. ✓ Reporte de hemoglobina reticulocitario
MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangre anticoagulada con EDTA K2 o K3 en tubo primario con código de barra. ✓ Volumen de aspiración de Muestra no mayor a 150 ul en modo tubo abierto y no mayor a 230 ul en modo tubo cerrado.
RENDIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No menor a 200 hemogramas por hora.

CONSUMIBLES, CALIBRADORES CONTROLES.	Y	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Juego de controles de sangre a tres niveles, en cantidad suficiente para el periodo de atención y sustentada por las indicaciones del fabricante. Presentar cronograma anual de entregas de acuerdo a las indicaciones del fabricante. ✓ Programa de control de calidad interlaboratorial en línea que permite la comparación de datos del instrumento con otros del mismo modelo y mismo lote de control. ✓ Programas de control de calidad interno incorporado en el sistema: Resumen de estadísticas y gráficas de Levy-Jennings, Medias móviles (incluyendo el análisis X-B) y Reglas de Westgard. ✓ Controles internos comerciales validados por el fabricante del instrumento y reactivos. ✓ Calibradores, complementos, material de impresión y otros, que, de acuerdo a la metodología, permitan la realización completa de la prueba. ✓ Programa de control de calidad externo. ✓ En coordinación con el área usuaria, Se acoge su consulta, los controles y calibradores deberán ser facilitados por el fabricante de los reactivos y deberá presentarse insertos u otra documentación que lo sustente.
ACCESORIOS DE EQUIPO		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidad de Suministro de Energía (UPS) ✓ Impresora a color compatible con el software del equipo,
SOFTWARE		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2da PC Y monitor para gestor de datos, impresora a color multifuncional de tinta continua. ✓ Que pueda integrarse con el sistema de gestión del hospital.
SOPORTE TECNICO		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenimiento Preventivo y Correctivo: inmediato durante las 24 horas y los 7 días de la semana. ✓ Sistema de asistencia remota que permita la revisión del funcionamiento del instrumento y la solución de problemas.
CERTIFICACIÓN		FDA o CE

• CALIDAD

La calidad de los reactivos debe entenderse como la condición de estar aptos para su uso en el servicio de laboratorio que brinda a la institución no aceptará productos acondicionados, re envasados o re etiquetados por terceros.

Los Reactivos ofertados deben cumplir con las especificaciones técnicas, Estas denominaciones y características son las condiciones mínimas requeridas, pero no limitativas, pudiendo el postor indicar las características adicionales que considere oportunas. Asimismo, los Reactivos deben cumplir con estándares internacionales que aseguren un producto de óptima calidad, para lo cual el postor deberá presentar en su oferta la documentación sustentadora y la folletería correspondiente que considere pertinente.

- En atención a ello, para calibrar y controlar el equipo en cesión de uso, el postor debe proporcionar las preparaciones de referencia del mismo origen del insumo, y que estos deben estar validados por el fabricante del equipo ofertado acreditando esto último con documentación emitida por la casa matriz y folletería necesaria.
- Así mismo, el postor deberá presentar en su oferta, los equipos, accesorios y complementarios que entregará a la institución para que pueda brindar sus

servicios eficientes y eficazmente; así como, de manera ininterrumpida. Dichos equipos, accesorios y complementos deberán ser apropiados y adecuados al óptimo uso de dichos reactivos a solicitud de los usuarios.

- Se solicitará un **Documento del Fabricante** en el cual certifique que el postor cuenta con la capacidad de disponer con los reactivos, controles, calibradores, repuestos y suministros del equipo ofertado. Documento solicitado para proteger a la Entidad y asegurar el funcionamiento del equipo por un periodo prolongado

El proveedor que oferte los Reactivos de Laboratorio, asume obligatoriamente el compromiso de proveer en condición de cesión en uso el o los equipos para procesar y realizar las pruebas totales necesarias para el periodo de compra.

El proveedor debe cumplir con entregar la totalidad de los reactivos en cantidad estipuladas en las bases del proceso de adquisición.

El proveedor repondrá los reactivos que se usen en control interno.

El proveedor debe facilitar toda la información disponible y actualizada de los productos ofertados.

La calidad y características técnicas de los reactivos, así como los controles de calidad y garantía documentaria de los productos que se requieren, son establecidas en las bases del proceso de adquisición.

El plazo máximo para la instalación y puesta en funcionamiento de los equipos, accesorios y complementos, no podrá exceder de los 10 (DIEZ) días calendarios, contados a partir de la recepción de la orden de compra.

El contratista deberá garantizar el funcionamiento permanente de los equipos, accesorios y complementos. En caso de fallas (menores o irreparables) u otras situaciones o eventos que pongan en peligro la continua prestación de los servicios y operatividad de los equipos, accesorios y complementos, el contratista deberá sustituirlo(s) en un plazo no mayor de 48 horas de comunicada la ocurrencia, el contratista deberá reponer la pérdida de Reactivo que se produzcan por razones inherentes al funcionamiento defectuoso y/o mantenimiento del equipo.

Los equipos, accesorios y complementos, deberán estar debidamente identificados.

- **Requerimiento de Consumibles, Controles y Accesorios.**

Cada cronograma de entrega de reactivos debe entregarse con la cantidad correspondiente de calibradores y controles, hojas bon, cortadora, tinta para la impresora a usarse. Si estos (consumibles, controles y/o accesorios) almacén no recepcionará los productos. Al respecto de

los controles internos, el fabricante del equipo deberá otorgar al proveedor el cronograma de producción por lotes y este cronograma se solicitará como documento obligatorio para que el usuario tenga conocimiento de las fechas en que el proveedor deberá entregar los controles sin estar comprometidos a una orden de compra; y en cantidad suficiente para cumplir como mínimo 3 controles por cada turno.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS COAGULOMETRIA (EQUIPO EN CESION DE USO) – 4

MESES

1. Denominación de la contratación

Adquisición de Reactivos para el área de Emergencia del Departamento de Patología Clínica y Anatomía del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo

2. Finalidad pública

Atención de usuarios particulares y sin seguro, usuarios del seguro integral de salud (SIS), y convenios (SOAT, FOSPOLI).

3. Objetivos de la contratación

General

Adquirir reactivos a fin de brindar atención en análisis clínicos de laboratorio.

Específicos

Brindar atención en análisis para la determinación de:

- DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA
- DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA
- DOSAJE DE DIMERO D

4. Alcance y descripción de los bienes a contratar

ITEM	CANTIDAD (X DET)	NOMBRE DEL BIEN
COAGULOMÉTRICO DETECCIÓN POR VISCOSIDAD Y/O MECÁNICA, CROMOGÉNICO E INMUNOTURBIDIMÉTRICO	2,500	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA
	1,500	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA
	370	DOSAJE DE DIMERO D

5. Características técnicas

I. DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA

ITEM	
1. NOMBRE	DOSAJE DE TIEMPO DE PROTROMBINA
2. DETERMINACIÓN	Kit de 10 a más determinaciones, reactivo para ser usado.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Coagulométrico detección por viscosidad y/o mecánica, cromogénico e inmuturbidimétrico. ACCESORIOS: Calibrador, control (no menor a 6 meses), complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Papel bond, tinta líquida para impresora a color. Muestra biología: Plasma.

II. DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA

ITEM	
4. NOMBRE	DOSAJE DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA
5. DETERMINACIÓN	Kit de 10 a más determinaciones, reactivo para ser usado
6. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Coagulométrico detección por viscosidad y/o mecánica, cromogénico e inmunoturbidimétrico. ACCESORIOS: Calibrador, control (no menor a 6 meses), complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Papel bond, tinta líquida y/o cartucho para impresora a color. Muestra biología: Plasma.

III. DOSAJE DE DIMERO D

ITEM	
7. NOMBRE	DOSAJE DE DIMERO D
8. DETERMINACIÓN	Kit de 10 a más determinaciones, reactivo para ser usado
9. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Coagulométrico detección por viscosidad y/o mecánica, cromogénico e inmunoturbidimétrico. ACCESORIOS: Calibrador, control (no menor a 6 meses), complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Papel bond, tinta líquida y/o cartucho para impresora a color. Muestra biología: Plasma.

NOTA: TODOS LOS REACTIVOS SOLICITADOS CON UN EQUIPO EN SESION DE USO

5.2 Condiciones de operación: no aplica.

5.3 Embalaje y rotulado

Embalaje primario:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Composición del contenido de acuerdo al inserto del fabricante
- Volumen del frasco del reactivo
- impresión en el frasco consignando al importador

Embalaje secundario: caja de cartón, consignándose en esta:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Numero de frascos del reactivo con su volumen respectivo

- impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

5.3.1 Reglamentos Técnicos, Normas Metrológicas y/o Sanitarias nacionales.

Empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N°010-097- SA y DS N°020-2001-SA-
Reglamento de Registro Sanitario

- **Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.** (copia simple) Vigente a la fecha de presentación de Ofertas; otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - ANM (DIGEMID). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el producto ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado. No se aceptará expedientes en trámite para la obtención del Registro Sanitario. Los datos expresados en la oferta presentada deben coincidir con los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado. En caso algún producto, "no requiera de Registro Sanitario" según la normatividad vigente, deberá adjuntar el documento emitido por la ANM en la cual acredite que no requiere dicho documento, cuya fecha de emisión no sea mayor de dos años contados a partir de la fecha de presentación de propuestas.
La exigencia de la vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.
- **Certificado de Análisis del producto terminado (Protocolo de Análisis).** Es un informe técnico suscrito por el profesional responsable de control de calidad, en el que se señala los análisis realizados en todos sus componentes, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, de acuerdo a las exigencias contempladas en la farmacopea o metodología declarada por el interesado en su solicitud de Registro Sanitario, según lo señalado en el Anexo 01 del Glosario de Términos y Definiciones del Decreto Supremo No 016-2011-SA. Cuando se haga mención a protocolo de análisis se refiere a certificado de análisis. El certificado de análisis debe consignar cuando menos la siguiente información: nombre del producto, número de lote, fecha de vencimiento, fecha de análisis, las especificaciones técnicas, farmacopea(s) o especificaciones técnicas propias a la que se acoge el fabricante, firma del o los profesionales responsables del control de calidad y nombre del laboratorio que lo emite. La presentación de un Certificado o Protocolo de Análisis del producto que se oferte, es obligatoria, independientemente cuente o no con Registro Sanitario. En el caso de productos estériles, el certificado de análisis deberá indicar el método de esterilización, en caso éste no lo indique, deberá adjuntar el Certificado de Esterilidad del producto ofertado. Los certificados de análisis deben consignar la edición de la Farmacopea Oficial vigente u otras normas que sean reconocidas internacionalmente, vigentes a la fecha de fabricación del producto. En el caso de certificados de análisis que consignen Farmacopeas u otras normas no vigentes, se aceptará la propuesta siempre y cuando dichos certificados contengan las mismas pruebas y/o especificaciones técnicas que las Farmacopeas o normas vigentes 1Última Edición). El Protocolo de Análisis por ser un documento técnico debe ser refrendado (nombre, firma y sello) por el Director Técnico de la

empresa postora, se aceptarán los Protocolos y/o Certificado de Análisis emitidos en el formato de cada fabricante.

- **Metodología de Análisis según se indica en el Protocolo de Análisis.** Cuando la metodología de análisis a la que se acoge el fabricante se encuentra en Obras Oficiales, es facultad del postor adjuntar una fotocopia de dicha monografía para facilitar su evaluación técnica según se indica en su Protocolo de Análisis; en cambio cuando se trate de metodologías propias del fabricante, el postor está obligado a adjuntarlas.
- **Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.** Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM o la Autoridad Regional de Salud (ARS) de acuerdo a lo establecido en el artículo 17o del D.S. No 014-2011-SA y su Primera disposición Complementaria Transitoria. Todos los postores, que se presenten individualmente o en consorcio (con uno o más empresas), tienen la obligación de presentar la Constancia de Establecimiento Farmacéutico o Autorización Sanitaria de Funcionamiento como parte de su propuesta, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. Sin embargo, para el caso de empresas consorciadas con empresas domiciliadas establece que dicha Autorización Sanitaria el extranjero, se Funcionamiento o Constancia de Establecimiento Farmacéutico no será de obligatoria presentación; es decir, solamente es de cumplimiento obligatorio para las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).** En idioma castellano, original o copia simple. De no ser presentado en idioma castellano deberá adjuntar la correspondiente traducción oficial o sin valor oficial efectuada por traductor público juramentado o traducción certificada efectuada por colegiado certificado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 38 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura, (BPM) del fabricante nacional o extranjero, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, o documento que acredite el cumplimiento de normas de calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen. Deberá indicar el área para la fabricación del dispositivo médico y lo la familia del producto y/o en nombre del producto que oferta. En caso de producción por etapas, se debe presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de cada uno de los laboratorios que intervienen en la fabricación del Producto. Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consignen fecha de vigencia, éstos deben indicar una fecha de emisión no mayor de dos (2) años, contada a partir de la fecha de presentación de la propuesta técnica. El Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), INCLUYE al Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) en aplicación de los dispositivos que se encuentran

vigentes en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigentes se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Manufactura, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario.

- **Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).** (Copia simple) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del postor, emitido por la ANM o ARM (este último, en caso de la aplicación del Art. 11º del Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias). Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además de presentar la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, se deberá presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañando para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes por un periodo mínimo de tres (03) meses (Documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los Almacenes). Todas las Droguerías o Establecimientos Farmacéuticos que participen en "CONSORCIO" deberán presentar su Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), de acuerdo a los Art. 70 y 110 del D.S. No 14-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente, se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para medicamentos nacionales e importados. Es obligatoria la presentación de los certificados de Buenas Prácticas de Almacenamiento, cuando el producto ofertado no requiera de Registro Sanitario, para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además de presentar la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento vigente a nombre del postor, se deberá presentar, acompañado para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes por un periodo mínimo de tres (03) meses (Documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los Almacenes)
- **Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD)** (Copia Simple) otorgada al establecimiento farmacéutico, emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), del Ministerio de Salud (MINSA), de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 833 -2015/MINSA, modificado mediante Resolución Ministerial N° 1000-2016/MINSA.
- **Normas técnicas:** ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2008
 - 5.3.2 **Impacto ambiental:** no aplica
 - 5.3.3 **Garantía comercial:**
Vigencia de reactivos mínimo de 08 meses y/o adjuntar carta de canje. **SE SOLICITA PRUEBAS EFECTIVAS.**
 - 5.3.4 **Otros Requisitos obligatorios**

- El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos, deberá presentar catálogos y/o folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallasen todas las características establecidas en las bases, podrá acompañarse de certificado o documento equivalente para el cumplimiento de estas últimas características.

5.3.4 Capacitación y/o entrenamiento: si

- Capacitación al personal usuario (8 horas) en temas de manejo de equipo, mantenimiento diario y resolución de problemas.

5.3.5 Lugar y entrega

- Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo. Asimismo, además de la entrega de los Reactivos, se deberá entregar el inserto de los reactivos en idioma castellano; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.

5.3.6 Plazo de entrega:

- El plazo máximo para la entrega total de los reactivos es de 05 días calendarios de emitido la orden de compra y/o suscrito el contrato, en una sola entrega.

5.4 Conformidad de los Bienes:

La conformidad de cumplimiento de las especificaciones técnicas de los reactivos la emitirá el área usuaria.

5.5 Pruebas para la conformidad de los bienes:

5.5.1 Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes:

- Los ensayos o pruebas de los reactivos los realizará el área usuaria con el servicio post-venta de la empresa ganadora.

5.5.2 Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad de los bienes:

- El número de pruebas para evaluar la reproducibilidad de los resultados será de diez

5.6 Forma de pago

La Entidad se obliga a pagar al el Contratista en soles, en pagos periódicos luego de cada entrega realizada, y previa conformidad emitida por el Área Usuaria (Jefe del Departamento de Patología Clínica y Análisis Patológico).

5.7 Capacidad Técnica y Profesional

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico (Profesional Titulado en Ingeniería Biomédica y/o Ingeniería Electrónica y/o Especialistas de Aplicación (Tecnólogos Médicos): Experiencia no menor de 07 meses en mantenimiento y manipulación del Equipo que estará en sesión de uso

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.

5.8 Experiencia del Postor

Facturación

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a dos (2) veces el valor referencial de la contratación o del ítem, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante un periodo no mayor a cinco (5) años a la fecha de la presentación de ofertas.

PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL: SI

• **CALIDAD**

La calidad de los reactivos debe entenderse como la condición de estar aptos para su uso en el servicio de laboratorio que brinda a la institución no aceptará productos acondicionados, re envasados o re etiquetados por terceros.

Los Reactivos ofertados deben cumplir con las especificaciones técnicas, Estas denominaciones y características son las condiciones mínimas requeridas, pero no limitativas, pudiendo el postor indicar las características adicionales que considere oportunas. Asimismo, los Reactivos deben cumplir con estándares internacionales que aseguren un producto de óptima calidad, para lo cual el postor deberá presentar en su oferta la documentación sustentadora y la folletería correspondiente que considere pertinente.

- En atención a ello, para calibrar y controlar el equipo en cesión de uso, el postor debe proporcionar las preparaciones de referencia del mismo origen del insumo, y que estos deben estar validados por el fabricante del equipo ofertado acreditando esto último con documentación emitida por la casa matriz y folletería necesaria.
- Así mismo, el postor deberá presentar en su oferta, los equipos, accesorios y complementarios que entregará a la institución para que pueda brindar sus servicios eficientes y eficazmente; así como, de manera ininterrumpida. Dichos equipos, accesorios y complementos deberán ser apropiados y adecuados al óptimo uso de dichos reactivos a solicitud de los usuarios.
- Se solicitará un Documento del Fabricante en el cual certifique que el postor cuenta con la capacidad de disponer con los reactivos, controles, calibradores, repuestos y suministros del equipo ofertado. Documento solicitado para proteger a la Entidad y asegurar el funcionamiento del equipo por un periodo prolongado

El proveedor que oferte los Reactivos de Laboratorio, asume obligatoriamente el compromiso de proveer en condición de cesión en uso el o los equipos para procesar y realizar las pruebas totales necesarias para el periodo de compra.

El proveedor debe cumplir con entregar la totalidad de los reactivos en cantidad estipuladas en las bases del proceso de adquisición.

El proveedor repondrá los reactivos que se usen en control interno y pruebas de mantenimiento del equipo.

El proveedor debe facilitar toda la información disponible y actualizada de los productos ofertados.

La calidad y características técnicas de los reactivos, así como los controles de calidad y garantía documentarla de los productos que se requieren, son establecidas en las bases del proceso de adquisición.

El plazo máximo para la instalación y puesta en funcionamiento de los equipos, accesorios y complementos, no podrá exceder de los 10 (DIEZ) días calendarios, contados a partir de la recepción de la orden de compra.

El contratista deberá garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo las 24 horas los 7 días de la semana como se requiere para el nivel de hospital que se ingresa, manteniendo un personal de mantenimiento en la zona de Huancayo para solucionar los problemas.

El contratista deberá garantizar el funcionamiento permanente de los equipos, accesorios y complementos. En caso de fallas (menores o irreparables) u otras situaciones o eventos que pongan en peligro la continua prestación de los servicios y operatividad de los equipos, accesorios y complementos, el contratista deberá sustituirlo(s) en un plazo no mayor de 12 horas de comunicada la ocurrencia, el contratista deberá reponer la pérdida de Reactivo que se produzcan por razones inherentes al funcionamiento defectuoso y/o mantenimiento del equipo.

Los equipos, accesorios y complementos, deberán estar debidamente identificados.

- **Requerimiento de Consumibles, Controles y Accesorios.**

Cada entrega de reactivos debe entregarse con la cantidad correspondiente de calibradores y controles hojas bon, tinte para impresora a usarse.

Si estos (consumibles, controles y/o accesorios) almacén no recepcionará los productos. Al respecto de los controles internos, el fabricante del equipo deberá otorgar al proveedor el cronograma de producción por lotes y este cronograma se solicitará como documento obligatorio para que el usuario tenga conocimiento de las fechas en que el proveedor deberá entregar los controles sin estar comprometidos a una orden de compra; y en cantidad suficiente para cumplir como mínimo 2 controles por cada turno.

Además, el postor deberá presentar una declaración jurada indicando el número de juegos (normal y patológico) a entregar por cada lote, la fecha de entrega y la fecha de vencimiento según el cronograma de producción y a la estabilidad de los mismos.

el postor entregue en la propuesta el cronograma de producción y la declaración jurada de entregas como documento obligatorio para que el usuario tenga conocimiento de las fechas de entrega de los 02 niveles de controles sin estar comprometidos a una orden de compra.

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPO COAGULÓMETRO (ANALIZADOR DE
ACCESO CONTINUO)

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	COAGULÓMETRO (ANALIZADOR DE ACCESO CONTINUO)
TIPO	COAGULÓMETRO ANALIZADOR DE ACCESO CONTINUO AUTOMATIZADO CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A CUATRO (04) AÑOS.
METODOLOGÍA	COAGULOMÉTRICO DETECCIÓN POR VISCOSIDAD Y/O MECÁNICA Y/O CROMOGENICO E INML NOTURBIDIMÉTRICO.
PERFORMANCE	>50 PRUEBAS POR HORA
CARACTERÍSTICAS	80 A MAS TUBOS PRIMARIOS DE MUESTRAS CON CÓDIGO DE BARRAS LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS PARA REACTIVOS Y TUBOS PRIMARIOS AUTONOMÍA DE TRABAJO CONTINUO DE 5 HORAS (opcional) SIN ATENCIÓN DEL USUARIO, SENSOR DE COÁGULOS Y BURBUJAS (opcional).
MUESTRA	TUBO PRIMARIO CON CÓDIGO DE BARRAS PLASMA CITRATADO
PROCESAMIENTO DE DATOS	INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE, PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO (PROCESAMIENTO DE CALIBRADORES, CONTROLES Y RESULTADOS). EXTERNO: - IMPRESORA A COLOR ADECUADA A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO. - CON CAPACIDAD DE ARCHIVO DE DATOS DE 30 DÍAS O MÁS. IMPRESORA A COLOR ADECUADA A LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL LABORATORIO. - SOFTWARE CON INTERFAZ E INTERCONEXIÓN OPERATIVA AL SISTEMA DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL TANTO PARA LA RECEPCION DE SOLICITUDES Y ENVIO DE RESULTADOS CON CAPACIDAD DE MANEJAR TODA LA INFORMACION DEL LABORATORIO POR EL PERIODO DE DURACIÓN DEL SERVICIO. (SOLICITUDES, RESULTADOS, RESULTADOS HISTORICOS, CONTROL DE CALIDAD, ESTADISTICA, ENTRE OTROS), CON COPIA DE SEGURIDAD (BACK UP: RESULTADOS TEMPORAL DIARIO Y CADA DOS MESES. RESULTADOS HISTÓRICOS, CONTROL DE CALIDAD Y ESTADÍSTICA) HARDWARE DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DEL USUARIO FINAL (COMPUTADORAS, SERVIDOR, CABLEADO DE ACUERDO A NECESIDAD DEL USUARIO CON ENLACE A INTERNET). - PARA ACREDITAR PROPIEDAD DEL SOFTWARE: DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN A LA FIRMA DE CONTRATO DE LAS LICENCIAS O PERMISOS CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD RESPECTO AL SOFTWARE, SEGÚN LO ESTABLECIDO POR INDECOPI.
ACCESORIOS DEL EQUIPO	FUENTE DE PODER DE EMERGENCIA (UPS). EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO SI EL MANUAL DEL EQUIPO LO REQUIERE.
CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS	-EL USUARIO DEFINIRÁ LA FRECUENCIA MENSUAL DE PROCESAMIENTO PARA CADA PRUEBA A REALIZAR, A FIN DE CALCULAR LA CANTIDAD DE CONSUMIBLES A ENTREGAR. -TODOS LOS CONSUMIBLES: CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMA PERIÓDICA (ACOMPAÑANDO A LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS), EN CANTIDAD SUFICIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE CADA METODOLOGÍA PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIÓN Y CONTROL PARA EL PERIODO DE COMPRA. EN CUALQUIER CASO, EN QUE FALTE ALGUNO DE ELLOS. EL PROVEEDOR PROCEDERÁ A SU ENTREGA COMO

	REPOSICIÓN INMEDIATA. -PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD INTERLABORATORIALQUE PERMITE LA COMPARACION DE DATOS DEL INSTRUMENTO CON OTROS DEL MISMO MODELO. -PROGRAMA DE CONTROL EXTERNO.
SOPORTE TÉCNICO	EL SOPORTE TÉCNICO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL EQUIPO ESTARÁ A CARGO DEL PERSONAL CLAVE DEFINIDO COMO "SOPORTE TÉCNICO".
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO. PRESENTAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN, EL MISMO QUE DEBERÁ DE SER PRESENTADO CONJUNTAMENTE CON LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS. MANTENIMIENTO CORRECTIVO: COMPROMISO DE CORRECCIÓN DE FALLAS PRESENTADAS DENTRO DE LAS 2 PRIMERAS HORAS COMO MÁXIMO INMEDIATO A LA COMUNICACIÓN. ATENCIÓN DE NOTIFICACIONES DE FALLAS LAS 24 HORAS Y LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.

AREA DE INMUNOLOGIA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS DEL ÁREA DE INMUNOLOGÍA

1. Denominación de la contratación:

Adquisición de Reactivos con equipos en cesión de uso, para el área de Inmunología del servicio de patología clínica (laboratorio central), del Departamento de Patología Clínica y Anatomía del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancayo.

2. Finalidad pública

Atención en pruebas inmunológicas de laboratorio, de usuarios del seguro integral de salud (SIS), Particulares, hospitalizados, consultorios externos, y referencias.

3. Objetivos:

General:

Adquirir reactivos de inmunología para la atención gratuita de PACIENTES SIS, atención de pacientes particulares con pago en caja, pacientes hospitalizados, de consulta externa y/o referencias, Y ESTRATEGIAS.

Específicos:

Adquirir reactivos de TSH, T4 LIBRE, T3 LIBRE, PSA, HBCORE total, HVC, HBSAG, ANTI-HBSAG, PARATHORMONA, PROCALCITONINA, VITAMINA B12, RUBEOBLA IGG, RUBEOBLA IGM, TOXOPLASMA-IGG, TOXOPLASMA IGM, CMV IGG, CMV IGM, HERPES I IGG, HERPES I IGM, HERPES II IGG, HERPES II IGM, TROPONINA, AFP, CEA, CA19.9, ACIDO FOLICO, HTLV I-II, VIH, TRANSFERINA, ENA, ARCA, ANA, PCR, MICROALBUMINURIA, FACTOR REUMATOIDE LATEX, SRP, CARBÓN, ASD, ANTIGENO FEBRIL TÍFICO "H", ANTIGENO FEBRIL TÍFICO "O", ANTIGENO FEBRIL PARATÍFICO "A", ANTIGENO FEBRIL PARATÍFICO "B", ANTIGENO BRUCELLA EN PLACA, a fin de brindar atención en análisis clínicos de laboratorio de inmunología, a pacientes SIS, particulares, de consultorios externos, referencias y hospitalizados.

4. Alcance y descripción de los bienes:

N°	METODOLOGÍA ITEM 01	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD POR DETERMINACIÓN	NOMBRE DEL BIEN
1	CMIA	determinación	1500	TSH
2	CMIA	determinación	1000	T4 LIBRE
3	CMIA	determinación	500	T3 LIBRE
N°	METODOLOGÍA ITEM 02	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD POR DETERMINACIÓN	NOMBRE DEL BIEN
1	CMIA	determinación	500	PSA
2	CMIA	determinación	700	HBCORE
3	CMIA	determinación	700	HVC
4	CMIA	determinación	700	HBSAG
5	CMIA	determinación	200	ANTI-HBSAG
6	CMIA	determinación	200	PARATHORMONA

6	CMIA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD POR DETERMINACIÓN	PROCALCITONINA
N°	METODOLOGÍA ITEM 03	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD POR DETERMINACIÓN	NOMBRE DEL BIEN
1	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	RUBEOBLA IGG
2	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	RUBEOBLA IGM
3	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	TOXOPLASMA IGG
4	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	TOXOPLASMA IGM
5	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	CMV IGG
6	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	CMV IGM
7	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HERPES I IGG
8	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HERPES I IGM
9	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HERPES II IGG
10	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HERPES II IGM
11	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	AFP
12	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	CEA
13	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	CA19.9
14	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	ACIDO FOLICO
15	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HTLV I-II
16	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	VIH Ag/AC
17	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	TROPONINA
18	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	VITAMINA B12
19	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	INSULINA
20	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	ANTIGENO E- HEPATITIS B
21	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	ANTICORE IGM- HEPATITIS E
22	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HEPATITIS DELTA (IGM - TOTAL)
23	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HELICOBACTER PYLORI - Igg
24	CMIA O ELFA MONOTEST	determinación	100	HELICOBACTER PYLORI - IGM

ITEM 01 - CMIA

1.1. HORMONA TIROIDEA ESTIMULANTE (TSH)

ITEM 1	
1. NOMBRE	Hormona Estimulante de Tiroides (TSH)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas, para la cuantificación de Hormona Tiroides Estimulante (TSH)</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición las pruebas usadas como controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.</p>

1.2. HORMONA TIROXINA LIBRE (FT4)

ITEM 1	
1. NOMBRE	Hormona Tiroxina Libre (FT4)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

METODOLOGÍA	N°	Unidad de Medida	Cantidad (x DET)	Nombre del Bien
ITEM 4 IFI	1	determinación	176	ENA
IFI	2	determinación	200	ANCA
IFI	3	determinación	300	ANA
IFI	4	determinación	300	ANTI-dsDNA

ITEM 5	N°	Unidad de Medida	Cantidad (x DET)	Nombre del Bien
TURBIDIMETRÍA Y OTROS	1	determinación	8640	PCR (Proteína C Reactiva)
TURBIDIMETRÍA	2	determinación	800	FACTOR REUMATOIDE QUANTITATIVO
TURBIDIMETRÍA	3	determinación	400	MICROALBUMINURIA
TURBIDIMETRÍA	4	determinación	300	TRANSFERRINA
TURBIDIMETRÍA	5	determinación	200	C3 complemento
TURBIDIMETRÍA	6	determinación	200	C4 complemento
ITEM 6	N°	Unidad de Medida	Cantidad (x DET)	Nombre del Bien
CARBÓN	1	determinación	9000	RPR-CARBÓN
AGLUTINACIÓN	2	determinación	100	ASO
AGLUTINACIÓN	3	Determinación	3000	KID DE ANTIGENOS FEBRILES PARATIFICO (A,B), TÍPICO (H,O) Y BRUCELLA

5. Alcance y descripción de los bienes a contratar:

5.1. Características y condiciones de los reactivos:

5.1.1. Características técnicas:

ITEM 01: METODOLOGÍA QUIMIOLUMINISCENCIA (CMIA)

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas para la detección de hormona tiroxina libre (T4L) libre. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición los reactivos, calibradores, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.
-----------------------------	--

ITEM 02

2.1. ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) TOTAL

ITEM 1	
1. NOMBRE	Antígeno Prostático Total (PSA total)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas para la cuantificación de hormona tiroxina libre (T4L) libre. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición los reactivos, calibradores, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.
-----------------------------	---

1.3. HORMONA TIROXINA LIBRE (T4L)

ITEM 1	
1. NOMBRE	Hormona Tiroxina Libre (T4L)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que contenga antígenos recombinantes del core de la hepatitis B. Sensibilidad no menor a 95%; especificidad no menor a 99%.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folio (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

2.3. ANTI HEPATITIS C (HCV)

ITEM 2	
1. NOMBRE	Anti-Hepatitis Viral C (Anti-HCV)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas, para la cuantificación de PSA Total.</p> <p>Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	--

2.2. HEPATITIS B ANTICUERPO ANTI CORE TOTAL (HBcAb)

ITEM 2	
1. NOMBRE	Hepatitis B Anti Core Total (HBcAb Total)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimoluminiscente de micropartículas que contenga anticuerpos monoclonales altamente específicos y de alta sensibilidad. Sensibilidad no menor a 95.5%; especificidad no menor a 99.5%</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	--

2.5. ANTICUERPOS CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (ANTI-HBsAg)

ITEM 2	
1. NOMBRE	ANTICUERPOS CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (ANTI-HBsAg)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimoluminiscente de micropartículas que contenga antígenos recombinantes y/o polipeptidos de la región estructural y no estructural del virus de la hepatitis C (al menos uno de cada región). Sensibilidad no menor a 95%; especificidad no menor a 99%.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	--

2.4. HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBsAg)

ITEM 2	
1. NOMBRE	Hepatitis B Antígeno de Superficie (HBsAg)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

METODOLOGÍA: Inmunoensayos quimioluminiscente de micropartículas para la determinación cuantificable de la Hormona Paratiroidea.	
Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.	
ACCESORIOS: Calibradores listos para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma. Desable en tejidos y/o líquidos. Uso: equipo automatizado	
NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.	

METODOLOGÍA: Inmunoensayos quimioluminiscente de micropartículas que cuantifique los anticuerpos generados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B.	
Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.	
ACCESORIOS: Calibradores listos para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado	
NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.	

2.7. PROCALCITONINA - PCT

ITEM 2	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

2.6. PARATHORMONA

ITEM 2	
1. NOMBRE	PARATHORMONA
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoradiación quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de RUBECOLLA IGG</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

3.2. RUBECOLLA IGM

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE RUBECOLLA IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoradiación quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de procalcitonina.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

ITEM 03- MONOTEST

3.1. RUBECOLLA IGG

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE RUBECOLLA IGG
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de TOXOPLASMA IGG
	<p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biología: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.4. TOXOPLASMA IGM

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE TOXOPLASMA IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de RUBEOLA IGM
	<p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biología: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.3. TOXOPLASMA IGG

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE TOXOPLASMA IGG
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de CITOMEGALOVIRUS IGG</p> <p>Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS: Cajillador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o foliato (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

3.6.- CITOMEGALOVIRUS IGM

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de TOXOPLASMA IGM</p> <p>Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS: Cajillador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o foliato (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	--

3.5. CITOMEGALOVIRUS IGG

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS IGG
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoenálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HERPES 1 - IGG
	<p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.8.- HERPES 1 IGM

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE HERPES 1 - IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoenálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de CITOMEGALOVIRUS IGM
	<p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.7.- HERPES 1 IGE

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE HERPES 1 - IGE
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HERPES 2 - IGG
	Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.
	ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.
	Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).
	Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado
	NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

3.10.- HERPES 2 IGM

ITEM 1	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE HERPES 2 - IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HERPES 1 - IGM
	Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.
	ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.
	Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).
	Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado
	NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

3.9.- HERPES 2- IGG

ITEM 1	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE HERPES 2 - IGG
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HERPES 2 - IgM</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (S) y/o folio (S).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición: controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

3.11.- ALFA FETO PROTEÍNA (AFP)

1. NOMBRE	ITEM 3 Alfa Feto Proteína (AFP)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) para la determinación cuantitativa de AFP, Alpha1-fetoproteína.</p> <p>ACCESORIOS: calibrador y control Líquidos listos para su uso; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero, plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente</p>

3.12.- CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO)

1. NOMBRE	ITEM 3 CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO)
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) automatizado, para la detección cuantitativa de antígeno carcinoembriionario (CEA).</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente</p>

3.13.- Antígeno Carcinígeno 19.9 (Ca19.9), marcador tumoral

1. NOMBRE	ITEM 3 Antígeno Carcinígeno 19.9 (Ca19.9), marcador tumoral
-----------	--

2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) automatizado, para la determinación cuantitativa de concentración de antígeno de carbohidrato 19-9.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir Inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.14. ÁCIDO FÓLICO O FOLATO

ITEM 3	
1. NOMBRE	ÁCIDO FÓLICO O FOLATO
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas para la determinación cuantitativa de folato.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Calibrador(es) listo para su uso.</p> <p>Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma (opcional en sangre total)</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	--

3.15. ANTICUERPO ANTI VIRUS LINFOTRÓFICO DE CÉLULAS T HUMANAS HTLV I/II

ITEM 3	
1. NOMBRE	Anti Virus Linfotrófico De Células T Humanas HTLV I/II
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) para la determinación de HTLV I/II.</p> <p>ACCESORIOS: calibrador, control líquidos listos para su uso, complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.16.- VIH (AG/AB)

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimoluminiscente de micropartículas para la cuantificación de Troponina-I, en suero o plasma.
	<p>Características de los reactivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. <p>ACCESORIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.18.- VITAMINA B12

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE VITAMINA B12
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA LA DETERMINACIÓN DE VIH Ag/AC
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimoluminiscente de micropartículas que contienen antígenos recombinantes y/o péptidos sintéticos de VIH 1, 2 y grupo O. Anticuerpos monoclonales para la detección de antígeno p24, de la misma marca del reactivo.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. <p>ACCESORIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo. Controles positivos individuales para determinar el Ag-24 y antisueros del HIV 1-2. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

3.17.- TROPONINA I (TROPONIN I)

ITEM 3	
1. NOMBRE	Troponina I (TROPONIN I).
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de INSULINA
	Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.
	ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).
	Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado
	NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de VITAMINA B12
	Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.
	ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso.
	Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).
	Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado
	NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

ITEM 3	
1. NOMBRE	ANTIGENO E-HEPATITIS B
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de ANTIGENO E, de la hepatitis B. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso.
	ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).
	Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado
	NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

ITEM 3	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE INSULINA
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

ITEM 3	
1. NOMBRE	ANTICORE IGM DE LA HEPATITIS B
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de ANTICORE IGM, de la hepatitis B. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

3.2.2. HEPATITIS DELTA

ITEM 3	
1. NOMBRE	HEPATITIS DELTA
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HEPATITIS DELTA. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

ITEM 4	
1. NOMBRE	HELCOBACTER PYLORI IGG
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HELCOBACTER PYLORI IGG, y/o inmunoensayo cromatográfico. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado En caso de prueba rápida: SENSIBILIDAD: > 92% ESPECIFICIDAD: > 92% NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

4.2. HELCOBACTER PYLORI IGM

ITEM 4	
1. NOMBRE	HELCOBACTER PYLORI IGM
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: Inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas que sirven para la cuantificación de HELCOBACTER PYLORI IGM, y/o inmunoensayo cromatográfico. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibrador(es) listo para su uso. Control negativo y positivo líquidos listos para su uso. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado

	SENSIBILIDAD: > 92% ESPECIFICIDAD: > 92% NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.
--	--

ITEM 05 - IFI (INMUNOFLOURESCENCIA) E INMUNOBLOT

5.1.- ENA

ITEM 4	
1. NOMBRE	ANTICUERPO Y ANTIGENOS NUCLEARES EXTRAIBLES (ENA)- INMUNOBLOT
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 16 determinaciones (tras) listos para usar (ver características)
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Ensayo por inmunoblot, para de determinación de anticuerpos antihumanos de inmunoglobulinas de tipo IgG, cada tira debe contener para nIFP, Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, Scl-70, PM-Scl, Jo-1, CENP B, PCNA, dsDNA, nucleosomas, histonas, ribosomal P-protein, and AMA M2 en suero o plasma. (Antigenc nuclear extraible - ENA- INMUNOBLOT)</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos: hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Controles y soluciones de lavado listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: Lector y Scanner</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>

5.2.- ANCA

ITEM 4	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE ANCA - Anticuerpos anti-neutrófilos
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 50 determinaciones listos para usar. Láminas conteniendo cada una 5 x 2 BIOCLIPS, recubiertos con granulocitos (EOH), y granulocitos (HCHO).
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Ensayo por inmunofluorescencia indirecta, para la determinación de anticuerpos anti neutrófilo, se usa como sustrato mosaico con células fijadas en etanol y formol en el mismo campo (IFA).</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos: hasta la fecha de caducidad</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Controles y soluciones de lavado listos para su uso, complementos y accesorios que permitan la realización completa de a prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa de sus reactivos, esto en coordinación con el área correspondiente.</p>

5.3.- ANA

ITEM 4	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE ANA (ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN SANGRE)

2. PRESENTACIÓN	<p>KIT menor o igual a 50 determinaciones, listos para usar.</p> <p>Láminas conteniendo cada una 5 x 2 BIOCHIPS, recubiertos con células HEP-2 e Hígado de primate.</p>
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Ensayo por inmunofluorescencia INDIRECTA para la determinación de anticuerpos antinucleares en plasma o suero humano. Láminas conteniendo cada una 5 x 2 BIOCHIPS, recubiertos con células HEP-20-10 e Hígado de mono.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Controles y soluciones de lavado listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa de reactivos, y en coordinación con el área correspondiente.</p>

5.4.- ANTI-δDNA

ITEM 4	
1. NOMBRE	REACTIVO PARA DETERMINACIÓN DE ANTI-δDNA
2. PRESENTACIÓN	<p>KIT menor o igual a 30 determinaciones, listos para usar.</p> <p>Láminas conteniendo cada una 3 x 2 BIOCHIPS, recubiertos con Crithidia luciliae.</p>

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Ensayo por inmunofluorescencia INDIRECTA para la determinación de anticuerpos antinucleares en plasma o suero humano. Láminas conteniendo cada una 3 x 2 BIOCHIPS, recubiertos con Crithidia luciliae.</p> <p>Características de los reactivos:</p> <p>Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad.</p> <p>Reactivos listos para su uso.</p> <p>ACCESORIOS:</p> <p>Controles y soluciones de lavado listos para su uso.</p> <p>Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s).</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa de reactivos, y en coordinación con el área correspondiente.</p>
-----------------------------	---

ITEM 06 - TURBIDIMETRÍA Y OTROS

6.1.- PROTEÍNA C REACTIVA CUANTITATIVA

ITEM 6	
1. NOMBRE	Proteína C reactiva cuantitativa
2. PRESENTACIÓN	KIT no menor de 100 determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: para cuantificación in vitro de PCR (proteína C reactiva) por ensayo turbidimétrico.</p> <p>ACCESORIOS: calibrador, control, complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado.</p> <p>Otros: se solicita pruebas efectivas las cuales no deben ser consideradas los controles y calibración; siendo el caso estas deben estar en calidad de reposición (y/o devolución) por la casa proveedora en coordinación con su representante.</p>

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: para cuantificación in vitro de TRANSFERRINA por ensayo turbidimétrico. ACCESORIOS: calibrador y control Líquidos listos para su uso; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas fallidas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.
-----------------------------	---

6.5.- COMPLEMENTO C3

ITEM 5	
1. NOMBRE	Transferrina
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: para cuantificación in vitro de COMPLEMENTO C3 por ensayo turbidimétrico. ACCESORIOS: calibrador y control Líquidos listos para su uso; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas fallidas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

6.6.- COMPLEMENTO C4

ITEM 5	
1. NOMBRE	Transferrina
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: para cuantificación in vitro de COMPLEMENTO C4 por ensayo turbidimétrico. ACCESORIOS: calibrador y control Líquidos listos para su uso; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.

6.2.- FACTOR REUMATOIDE CUANTITATIVO

ITEM 5	
1. NOMBRE	Factor Reumatoide Cuantitativo
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: inmunoenálisis quimoluminiscente por partículas paramagnéticas para la determinación cuantitativa de factor reumatoide (FR), en suero y plasma humano. Características de los reactivos: Estabilidad de reactivos hasta la fecha de caducidad. Reactivos listos para su uso. ACCESORIOS: Calibradores listos para su uso. Control negativo y positivo. Los complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba, esto debe incluir inserto (s) y/o folleto (s). Muestra biológica: suero y/o plasma Uso: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas fallidas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.

6.3.- MICROALBUMINURIA

ITEM 5	
1. NOMBRE	MICROALBUMINURIA
2. PRESENTACIÓN	KIT no menor de 100 determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	METODOLOGÍA: para cuantificación in vitro de microalbuminuria en orina por ensayo turbidimétrico. ACCESORIOS: calibrador, control, complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba Muestra biológica: orina Uso: equipo automatizado Otros: se solicita pruebas efectivas las cuales no deben ser consideradas los controles y calibración; siendo el caso estas deben estar en calidad de reposición (y/o devolución) por la casa proveedora en coordinación con su representante.

6.4.- TRANSFERRINA

ITEM 5	
1. NOMBRE	Transferrina
2. PRESENTACIÓN	KIT menor o igual a 100 determinaciones, reactivos listos para usar

<p>Muestra biológica: suero y/o plasma Use: equipo automatizado NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles, calibradores y pruebas falladas a causa del equipo o sus reactivos usados, en coordinación con el área correspondiente.</p>	
---	--

ITEM 07 –OTROS
7.1.- RPR CARBON- SIFILIS

ITEM 7	
1. NOMBRE	RPR CARBÓN – SÍFILIS
2. PRESENTACIÓN	Kit no mayor a 300 determinaciones
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Prueba rápida para reagentes plasmáticos (RPR). Suspensión de antígeno de cardiolipina, lecitina y colesterol, adsorbidos sobre micropartículas de carbón especialmente tratado en buffer fosfatos con cloruro de colina. (FLOCCULACIÓN) Reactivo látex de RPR. El reactivo debe prever la cantidad necesaria para la determinación de pruebas efectivas.</p> <p>ACCESORIOS: Placa plástica o tarjeta de Reacción Gotero metálico para dispensar reactivo. Goteros plásticos descartables para dispensar y distribuir las muestras</p> <p>Control Líquidos listos para su uso; complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba. Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: manual</p> <p>NOTA: El requerimiento es por pruebas efectivas. El proveedor debe traer en reposición controles y calibradores, usados en coordinación con el área correspondiente.</p>

7.2.- ASO (ANTIESTREPTOLISINA O) CUALITATIVO

ITEM 7	
1. NOMBRE	ASO (ANTIESTREPTOLISINA O)
2. PRESENTACIÓN	KIT no menor de 100 determinaciones, reactivos listos para usar.
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: aglutinación en porta para la detección cualitativa y semicuantitativa de anti-estreptolisina O (ASO) en suero humano.</p> <p>ACCESORIOS: calibrador, control, complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: equipo automatizado.</p> <p>Otros: se solicita pruebas efectivas las cuales no deben ser consideradas los controles y calibración; siendo el caso estas deben estar en calidad de reposición (y/o devolución) por la casa proveedora en coordinación con su representante</p>

7.3.- KIT DE ANTIGENOS FEBRILES PARATÍFICO (A, B), TÍFICO (H,O) Y BRUCELLA

ITEM 7	
1. NOMBRE	KID DE ANTIGENOS FEBRILES PARATÍFICO (A,B), TÍFICO (H,O) Y BRUCELLA
2. PRESENTACIÓN	Kit igual a 100 determinaciones
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>METODOLOGÍA: Aglutinación en lamina, con suspensión de bacterias para investigación de Anticuerpos contra Antígeno Paratífico A, paratífico B, Antígeno Tífico H, O y Concentración de Antígeno de 4,5% ó Escala de McFarland. El Kit también debe incluir el antígeno de Brucella. Concentración Celular del 10 al 12%.</p> <p>ACCESORIOS: complementos, accesorios y otros que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>Muestra biológica: suero y/o plasma</p> <p>Uso: Manual</p>

5.1.2 Embalaje y rotulado:

Embalaje primario: frasco de plástico de color que evite el contacto con la luz solar, cuyo rotulado debe presentar lo siguiente:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote

10

5.2.4 Sistema de Gestión: Instalación de software de gestión para toda el área de inmunología con todos los procedimientos realizados, interfazados con el sistema del hospital (galeno).

5.2.5 Gestión de Calidad: brindar controles inter-laboratoriales y de tercera opinión, y asesoría técnica permanente.

5.2.6 Complementos: Instalación de aire acondicionado, equipo desinfectador de agua y los complementos necesarios (ejemplo: equipos de cómputo e impresoras), para el buen funcionamiento del equipo y de las pruebas a realizar, teniendo en cuenta el trabajo con un buen control de calidad.

5.3. Lugar de entrega: Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancayo, ubicado en Av. Daniel Alcides Carrion N° 1556, del Distrito y Provincia de Huancayo, Región Junín.

Adicionalmente, : "en caso de la entrega de reactivos con equipos en cesión de uso, se deberá entregar el ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2015, inserto de los reactivos; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.

5.4. Plazo de entrega: El plazo de entrega de los reactivos será en una sola entrega, a los 05 días de emitido la orden de compra y/o suscrito el contrato.

De acuerdo a los protocolos de control de calidad, el postor ganador de la buena pro deberá realizar la reposición de las pruebas utilizadas en la calibración, controladores y mantenimiento de los equipos en cesión de uso en concordancia con la NTS N° 072-MINSA/GCSP-V.01.

El cronograma de entrega puede sufrir variaciones por la actual situación de pandemia por la infección por COVID 19, por lo que se deberá coordinar con el área usuaria.

5.5 Otras obligaciones: no aplica

5.7 Subcontratación: no aplica

5.8 Confidencialidad: no aplica

5.9 Conformidad de los Bienes: la conformidad de cumplimiento de las especificaciones técnicas de los reactivos la emitirá el área usuaria.

5.10. Pruebas o ensayos para la conformidad de los bienes: los ensayos o pruebas de los reactivos los realizará el área usuaria con el servicio post-venta de la empresa ganadora.

5.11. Pruebas de puesta en funcionamiento para la conformidad de los bienes: el número de pruebas para evaluar la reproducibilidad de los resultados será de diez, coordinando con el área usuaria (jefe del departamento de patología)

De acuerdo a los protocolos de control de calidad, el postor ganador de la buena pro deberá realizar la reposición de las pruebas utilizadas en la calibración, controladores y mantenimiento de los equipos en sesión de uso. En concordancia con la NTS N° 072-MINSA/GCSP-V.01.

5.11 Forma de pago: La Entidad se obliga a pagar al el Contratista en soles, en pagos periódicos luego de cada entrega realizada, y previa conformidad emitida por el Área Usuaria (jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica).

5.12 Capacidad Técnica y Profesional:

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico (Personal de Ingenieros Electricos y/o Especialistas de Aplicación-Tecnólogos Médicos): Experiencia no menor de 2 años, en mantenimiento y manipulación del Equipo similares o iguales a lo solicitado, capacitado por el fabricante, para tal efecto se acreditará con la copia simple de su diploma según corresponda y copia de la capacitación y entrenamiento.

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.

Condiciones de conservación

Nombre del fabricante

Composición del contenido de acuerdo al inserto del fabricante

Volumen del frasco del reactivo

Impresión en el frasco consignando al importador

Embalaje secundario: caja de cartón, consignándose en esta:

Nombre del producto

Fecha de vencimiento

Código de lote

Condiciones de conservación

Nombre del fabricante

Número de frascos del reactivo con su volumen respectivo

Impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

5.1.3 Reglamentos Técnicos, Normas Metrologías y/o Sanitarias nacionales

Empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N° 010-097-SA y DS N° 020-2001-SA-Reglamento de Registro Sanitario.

Registro sanitario o certificado de registro sanitario, certificado de análisis del producto terminado, resolución de autorización sanitaria de funcionamiento de establecimiento farmacéutico. Certificado de buenas prácticas de manufactura.

5.1.4 Normas técnicas: ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2008

5.1.5 Acondicionamiento, montaje o instalación: si, en el plazo de hasta 05 días luego de la suscripción del contrato.

5.1.6 Garantía comercial: La vigencia del reactivo debe ser mayor a 12 meses a partir de su ingreso al almacén o adjuntar carta de compromiso de canje a la hora de la entrega. La vigencia de la garantía estará hasta el término de los reactivos.

5.1.7 Disponibilidad de servicios y repuestos: estará a cargo del proveedor.

5.1.8 Otros requisitos obligatorios

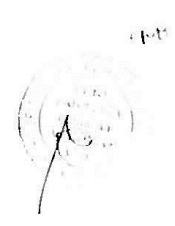
El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos y el equipo, deberá presentar catálogos y/o folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallan todas las características establecidas en las bases, podrá acompañarse de certificado o documento equivalente para el cumplimiento de estas últimas características.

5.2 Prestaciones accesorias a la prestación principal: si habrá prestaciones accesorias, los cuales son:

5.2.1 Mantenimiento preventivo: Dotación de Equipo en cesión de uso, de acuerdo a las especificaciones técnicas. El proveedor presentará cronograma de mantenimiento, el mismo que será aprobado por la Oficina de Mantenimiento y el área usuaria.

5.2.2 Soporte técnico: 24 horas 7 días de la semana, de los 365 días del año o hasta la finalización del periodo de contrato.

5.2.3 Capacitación y/o entrenamiento: Capacitación al personal, el proveedor presentará cronograma de capacitación, el mismo que será aprobado por el área usuaria.



5.13 Experiencia del Postor:

Facturación

Requisitos: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a DOS (2) VEZ EL VALOR REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante un periodo NO MAYOR A OCHO (8) AÑOS a la fecha de la presentación de ofertas. Se considerarán bienes similares a los siguientes reactivos de Laboratorio Inmunología.

Acreditación: Copia simple de contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad por la venta o suministro efectuados, o comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documentalmente y fehacientemente, con VOUCHER DE DEPÓSITO, REPORTE DE ESTADO DE CUENTA, CANCELACIÓN EN EL DOCUMENTO), 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 la contrato, 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° 7 referido a la Experiencia del Postor. 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.

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 cellirá 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 consigné el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

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 publicada 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.

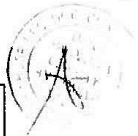
Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 7 referido a la Experiencia del Postor.

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPO PARA QUIMIOLUMINISCENCIA (ITEM 01 Y 02)

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	01 ANALIZADOR AUTOMÁTICO DE INMUNOENSAYO POR QUIMIOLUMINISCENCIA
TIPO	ANALIZADOR DE QUIMIOLUMINISCENCIA DE ACCESO CONTINUO AUTOMATIZADO CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A (03) AÑOS DE FECHA DE FABRICACIÓN
METODOLOGÍA	QUIMIOLUMINISCENCIA
PERFORMANCE	NO MENOR A 200 PRUEBAS POR HORA

CARGA CONTINUA DE MUESTRAS, REACTIVOS Y CONSUMIBLES SIN INTERRUPTOR.	POSICIONES DE MUESTRAS CON STAT
24 O MÁS REACTIVOS REFRIGERADOS A BORDO E IDENTIFICADOS POR CÓDIGOS DE BARRAS	24 O MÁS PRUEBAS DIFERENTES PROCESADAS EN SIMULTANEO POR CADA MUESTRA.
80 O MÁS TUBOS PRIMARIOS DE MUESTRAS CON CÓDIGO DE BARRAS (>= 100 POSICIONES DE MUESTRAS CON ACCESO ALEATORIO)	CARGA Y DESCARGA CONTINUAS DE LAS MUESTRAS CON RACKS
30 O MÁS MUESTRA SIMULTÁNEAS PROCESADAS	LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS PARA REACTIVOS Y TUBOS PRIMARIOS
AUTONOMÍA DE TRABAJO CONTINUO DE 5 HORAS SIN ATENCIÓN DEL USUARIO	DETECTOR DE COÁGULOS Y BURBUJAS
SOPORTE DE AUTO EJECUCIÓN, AUTODILUCIÓN.	COMPARTIMIENTO DE MUESTRAS Y REACTIVOS REFRIGERADOS. (2°C - 8°C)
SISTEMA DE LAVADO INTERNO Y EXTERNO DE LA PIPETA.	SONDA DE MUESTRA Y REACTIVOS: Sonda de acero, detección del nivel de líquido, detección de coágulos, y protección de colisión horizontal y vertical.
DETECCIÓN DE CUBETAS (SISTEMA QUE NO PERMITA EL ATASCAMIENTO DE CUBETAS)	DETECCIÓN DE NIVEL DE LÍQUIDOS
ESCANEO DE REACTIVOS: ESCANEADO DE REACTIVOS EN LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS.	TUBO PRIMARIO CON CÓDIGO DE BARRAS
	CAPACIDAD PARA PROCESAR DIRECTAMENTE Y EN SIMULTANEO PLASMA, SUERO Y ORINA.

MUESTRA



SOPORTE TÉCNICO	EL SOPORTE TÉCNICO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL EQUIPO ESTARÁ A CARGO DE UN PERSONAL DE INGENIERÍA (TÉCNICO O BACHILLER O INGENIERO), CON DOS AÑOS DE EXPERIENCIA CON ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN POR EL FABRICANTE, PARA TAL EFECTO SE ACREDITARÁ CON LA COPIA SIMPLE DE SU DIPLOMA SEGUN CORRESPONDA Y COPIA DE LA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO POR EL FABRICANTE.
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO: PRESENTAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN MANTENIMIENTO CORRECTIVO: COMPROMISO DE CORRECCIÓN DE FALLAS PRESENTADAS DENTRO DE LAS 2 PRIMERAS HORAS COMO MÁXIMO INMEDIATO A LA COMUNICACIÓN. ATENCIÓN DE NOTIFICACIONES DE FALLAS LAS 24 HORAS Y LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPO MONOTEST EN METODOLOGÍA DE ELFA O CLIA (ITEM 03)

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	01 ANALIZADOR AUTOMÁTICO DE INMUNOENSAYO POR ELFA O CLIA EN MONOTEST
TIPO	ANALIZADOR AUTOMATIZADO DE INMUNOENSAYO POR QUIMIOLUMINISCENCIA O ELFA, CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A (09) AÑOS DE FECHA DE FABRICACIÓN
METODOLOGÍA	QUIMIOLUMINISCENCIA O ELFA
PERFORMANCE	NO MENOR A 40 PRUEBAS EN 2 HORAS

PROCESAMIENTO SOFTWARE DE GESTIÓN	INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE, PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO (PROCESAMIENTO DE CALIBRADORES, CONTROLES Y RESULTADOS), IMPRESORA ADECUADA A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO. EXTERNO: SOFTWARE DE INTERFASE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO PARA EL ÁREA DE INMUNOLOGÍA CON LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, INTERFAZADOS CON EL GALEO; HARDWARE: COMPUTADORA TERMINAL Y PUNTO DE RED CON CABLEADO HASTA EL CONCENTRADOR DEL LABORATORIO. SOFTWARE DE GESTIÓN: COMPUTADORAS, SERVIDOR Y CABLEADO CON TODAS LAS ÁREAS DE ACUERDO A NECESIDAD DEL USUARIO, CON ENLACE A INTERNET. ESTO DEBE INCLUIR LO NECESARIO PARA EL USO DEL SOFTWARE, IMPRESORA TÉRMICA PARA EL PAPEL PARA EL CÓDIGO DE BARRAS DE LOS TUBOS, ETIQUETAS, Y LO NECESARIO PARA SU IMPLEMENTACIÓN. PARA ACREDITAR PROPIEDAD DEL SOFTWARE: DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN A LA FIRMA DE CONTRATO DE LAS LICENCIAS O PERMISOS CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD RESPECTO AL SOFTWARE, SEGÚN LO ESTABLECIDO POR INDECOPI.
ACCESORIOS DEL EQUIPO	FUENTE DE PODER DE EMERGENCIA (UPS) EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO EN ÁREA DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DESIONIZADOR DE AGUA, CON CAUDAL DE AGUA DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA QUE USA
CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS	EL USUARIO DEFINIRÁ LA FRECUENCIA MENSUAL DE PROCESAMIENTO PARA CADA PRUEBA A REALIZAR, A FIN DE CALCULAR LA CANTIDAD DE CONSUMIBLES A ENTREGAR. TODOS LOS CONSUMIBLES: CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMA PERIÓDICA (ACOMPANANDO A LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS), EN CANTIDAD SUFICIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE CADA METODOLOGÍA PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIÓN Y CONTROL PARA EL PERIODO DE COMPRA, EN CUALQUIER CASO, EN QUE FALTE ALGUNO DE ELLOS. EL PROVEEDOR PROCEDERÁ A SU ENTREGA COMO REPOSICIÓN INMEDIATA.

CARACTERÍSTICAS	PRUEBAS QUE SE EJECUTAN SIMULTANEAMENTE, CON PIPETEO PRECISO TANTO DE LAS MUESTRAS COMO DE LOS REACTIVOS POSICIONES DE MUESTRAS CON STAT IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS Y TIRAS MONOTEST POR CÓDIGO DE BARRAS CARGA CONTINUA Y ACCESO ALEATORIO FORMATO FLEXIBLE Y SOFTWARE AMIGABLE UN TECTOR DE COAGULOS Y BUBUJAS
MUESTRA	CAPACIDAD PARA PROCESAR DIRECTAMENTE Y EN SIMULTANEO PLASMA, SUERO Y ORINA, SEGUN LA PRUEBA A REALIZAR.
PROCESAMIENTO SOFTWARE DE GESTIÓN	INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE, PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO (PROCESAMIENTO DE CALIBRADORES, CONTROLES Y RESULTADOS), IMPRESORA ADECUADA A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO. EXTERNO: SOFTWARE DE INTERFASE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO PARA EL ÁREA DE INMUNOLOGÍA CON LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, INTERFAZADOS CON EL GALENO, HARDWARE: COMPUTADORA TERMINAL Y PUNTO DE RED CON CABLEADO HASTA EL CONCENTRADOR DEL LABORATORIO. SOFTWARE DE GESTIÓN: COMPUTADORAS, SERVIDOR Y CABLEADO CON TODAS LAS ÁREAS DE ACUERDO A NECESIDAD DEL USUARIO, CON ENLACE A INTERNET. ESTO DEBE INCLUIR LO NECESARIO PARA EL USO DEL SOFTWARE, IMPRESORA TÉRMICA PARA EL PAPEL PARA EL CÓDIGO DE BARRAS DE LOS TUBOS, ETIQUETAS, Y LO NECESARIO PARA SU IMPLEMENTACIÓN. PARA ACREDITAR PROPIEDAD DEL SOFTWARE: DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN A LA FIRMA DE CONTRATO DE LAS LICENCIAS O PERMISOS CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD RESPECTO AL SOFTWARE, SEGÚN LO ESTABLECIDO POR INDECOPI.
ACCESORIOS DEL EQUIPO	FUENTE DE PODER DE EMERGENCIA (UPS) DESIONIZADOR DE AGUA, CON CAUDAL DE AGUA DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA QUE USA

CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS	EL USUARIO DEFINIRÁ LA FRECUENCIA MENSUAL DE PROCESAMIENTO PARA CADA PRUEBA A REALIZAR, A FIN DE CALCULAR LA CANTIDAD DE CONSUMIBLES A ENTREGAR. TODOS LOS CONSUMIBLES: CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMA PERIÓDICA (ACOMPAÑANDO A LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS), EN CANTIDAD SUFICIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE CADA METODOLOGÍA PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIÓN Y CONTROL PARA EL PERÍODO DE COMPRA. EN CUALQUIER CASO, EN QUE FALTE ALGUNO DE ELLOS, EL PROVEEDOR PROCEDERÁ A SU ENTREGA COMO REPOSICIÓN INMEDIATA.
SOPORTE TÉCNICO	EL SOPORTE TÉCNICO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DEL EQUIPO ESTARÁ A CARGO DE UN PERSONAL DE INGENIERÍA TÉCNICA O BACHILLER O INGENIERO, CON DOS AÑOS DE EXPERIENCIA CON ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN POR EL FABRICANTE PARA TALENTO SE ACREDITARÁ CON LA COPIA SIMPLE DE SU DIPLOMA, SEGÚN CORRESPONDA Y COPIA DE LA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO POR EL FABRICANTE.
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO: PRESENTAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y SU RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN MANTENIMIENTO CORRECTIVO: COMPROMISO DE CORRECCIÓN DE FALLAS PRESENTADAS DENTRO DE LAS 2 PRIMERAS HORAS COMO MÁXIMO INMEDIATO A LA COMUNICACIÓN. ATENCIÓN DE NOTIFICACIONES DE FALLAS LAS 24 HORAS Y LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.

ITEM 1, 2 Y 3 USO	
CARACTERÍSTICAS DEL SOFTWARE DE GESTIÓN PARA INMUNOLOGÍA A SUMINISTRAR CON EL EQUIPO EN CESIÓN EN	
Software integrado con base de datos centralizada compatible con ambiente Windows con las siguientes características (el postor ganador deberá coordinar y adecuarse a lo dispuesto por la Oficina de Informática del Hospital):	
Idioma: Español	X
Código de identificación para cada paciente	X
Registro de datos médicos (peso, talla, resultado de pruebas y opción de observación para algún detalle encontrado en la encuesta)	X
Registro del profesional que realice el procedimiento, incluyendo identificación mediante clave de acceso.	X



METODOLOGÍA	ESPECTROFOTOMETRÍA CONVENCIONAL O VARIANTE. TURBIDIMETRÍA ISE INCORPORADO
PERFORMANCE	NO MENOR DE 200 TEST/HORA
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> TIPO DE SISTEMA: Discreto, Abierto, automatizado, Con stat para emergente. BANDEJA NO MENOR A 20 POSICIONES PARA REACTIVOS REFRIGERADA POR EFECTO PELTIER HASTA 12°C DEBAJO DE LA TEMPERATURA AMBIENTE. RECIPIENTES PARA FRASCOS Y/O CUBETAS Y TUBOS PRIMARIOS VOLUMEN DE MUESTRA: MAYOR O IGUAL 3 - 30 µl. CAPACIDAD DE DILUCIÓN AUTOMÁTICA LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS OPCIÓN PARA MANEJARLO MANUAL LONGITUD DE ONDA: 32 DIFERENCIADOS LAMPARA HALOGENA, DETECTORES DE FOTODIÓDOS DE SILICONA O SIMILAR INCUBACIÓN POR AIRE PRE CALENTADO [30°C Y 37°C] CONTROL DE CALIDAD: CONTENGA GRÁFICOS LJ Y REGLAS DE WESTGARD
MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> SUMINISTRO DE MUESTRAS EN TUBO PRIMARIO IDENTIFICADO POR CÓDIGO DE BARRAS O ASIGNACIÓN MANUAL. CAPACIDAD PARA PROCESAR DIRECTAMENTE Y EN SIMULTANEO, DENTRO DE UN MISMO CORRIDO, PLASMA, SUERO, ORINA Y OTROS FLUIDOS BIOLÓGICOS. MÍNIMO 30 POSICIONES, PARA MUESTRAS, CONTROLES Y ESTÁNDARES, STAT E ISE.

Generación de etiquetas con código de barras para cada paciente y productos usados	X
Registro del personal responsable de las actividades realizadas	X
Registro de pruebas de realizadas.	X
Rastreo de registro de corrección de errores y sus mecanismos de seguridad	X
Salvaguarda y rescate de la información en forma periódica y cuando termine el proceso de contratación.	X
Software capaz de reconocer origen del paciente (servicio, referencia, ambulatorio u hospitalizado)	X
Software capaz de sacar estadísticas por servicio del paciente, referencia, si es de sus convenio o particular, si las pruebas son inmunológicas, serológicas o de HIV, que a la vez identifique códigos CPT de galeno (SIGSALEN).	X
Plan de mantenimiento preventivo de Software según periodicidad determinada y mantenimiento correctivo durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los cronogramas de mantenimiento entregados en físico.	X
Capacitación de personal por un periodo de 6 días	X
EL HARDWARE (MÍNIMO)	
01 (un) servidor con Windows Server tipo torre y/o rackable	X
02 (un) lector de código de barras.	X
03 (tres) computadores Core i7 Duo o superior	X
03 (tres) Impresoras Laser	X
02 (dos) Impresoras de código de barras térmicas o con tinta	X
Sistema de cableado estructurado caté para toda red física de toda el área de inmunología	X
CONSUMIBLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS OPORTUNO Y PERIÓDICO	
Etiquetas para impresión de código de barras (rollos) en cantidad suficiente para atender la demanda	X
Papel bond A4 para impresora en cantidad suficiente para impresión de resultados	X
Tinta (tónér) para impresora suministrada en cesión en uso	X

ITEM 06

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPO PARA TURBIDIMETRÍA (ITEM 05)

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	01 ANALIZADOR TURBIDIMÉTRICO
TIPO	ANALIZADOR TURBIDIMÉTRICO DE ACCESO DISCRETO COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A 03 AÑOS DE FECHA DE FABRICACIÓN.

CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS ACCESORIOS	Y	<ul style="list-style-type: none"> EL USUARIO DEFINIRÁ LA FRECUENCIA MENSUAL DEL PROCESAMIENTO PARA CADA PRUEBA A REALIZAR, A FIN DE CALCULAR LA CANTIDAD DE CONSUMIBLES A ENTREGAR. TODOS LOS CONSUMIBLES, CALIBRADORES, CONTROLES, COMPLEMENTOS Y ACCESORIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMA PERIÓDICA (ACOMPÑADOS A LA ENTREGA DE REACTIVOS), EN CANTIDAD SUFICIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE CADA METODOLOGÍA PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS EFECTIVAS MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIÓN Y CONTROL PARA EL PERÍODO DE COMPRA. EN EL CASO QUE FALTE ALGUNO DE ELLOS, EL PROVEEDOR PROCEDERÁ A SU ENTREGA COMO REPOSICIÓN INMEDIATA. CALIBRADORES: PROPORCIONAR MATERIAL DE CALIBRACIÓN PARA TODO EL PERÍODO DE COMPRA, EN CANTIDAD SUFICIENTE QUE PERMITA LA REALIZACIÓN TOTAL DE LAS PRUEBAS DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE LA METODOLOGÍA ANALÍTICA. CONTROLES INTERNOS: PROPORCIONAR MATERIAL DE CONTROL DE ÚNICO LOTE EN DOS NIVELES COMO MÍNIMO PARA TODO EL PERÍODO DE COMPRA, EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE CADA METODOLOGÍA (DESCRITA EN INSERTOS O FOLLETERÍA PRESENTADA). SOLUCIONES, COMPLEMENTOS DE LIMPIEZA Y OTROS: EN CANTIDAD SUFICIENTE QUE PERMITA LA REALIZACIÓN TOTAL DE LAS PRUEBAS EFECTIVAS SOLICITADAS, MÁS LAS PRUEBAS DE CALIBRACIONES Y CONTROL DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO.
SOPORTE TÉCNICO		PERSONAL DE INGENIERÍA CERTIFICADO POR EL FABRICANTE, CON EXPERIENCIA NO MENOR DE 5 MESES EN EL EQUIPO.
MANTENIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> MANTENIMIENTO PREVENTIVO: PRESENTAR PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL MANUAL DEL EQUIPO PROPORCIONADO POR LA EMPRESA FABRICANTE Y SU RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN, EL CUAL DEBE SER SUPERVISADO POR EL JEFE O RESPONSABLE DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN EN COORDINACIÓN CON EL JEFE DEL ÁREA USUARIA. MANTENIMIENTO CORRECTIVO: COMPROMISO DE CORRECCIÓN DE FALLAS PRESENTADAS DENTRO DE LAS 24 PRIMERAS HORAS, ATENCIÓN DE NOTIFICACIONES DE FALLAS DURANTE LAS 24 HORAS Y LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.

PROCESAMIENTO	<p>INTERNO: SOFTWARE Y HARDWARE (PROPIO DEL ANALIZADOR) PARA EL MANEJO DE DATOS DEL EQUIPO.</p> <ul style="list-style-type: none"> PROCESAMIENTO DE CALIBRACIONES Y CONTROLES (SI LA METODOLOGÍA LO REQUIERE) RESULTADOS CON CAPACIDAD DE ARCHIVO DE DATOS DE 30 DÍAS, MÁS, IMPRESORA ADECUADA A LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL LABORATORIO <p>EXTERNO: SOFTWARE CON INTERFAZ E INTERCONEXIÓN OPERATIVA AL SISTEMA DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL, TANTO PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES Y ENVÍO DE RESULTADOS CON CAPACIDAD DE MANEJAR TODA LA INFORMACIÓN DEL LABORATORIO POR EL PERÍODO DE DURACIÓN DEL SERVICIO (SOLICITUDES, RESULTADOS HISTÓRICOS, CONTROL DE CALIDAD, ESTADÍSTICA ENTRE OTROS)</p> <p>HARDWARE DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DEL USUARIO FINAL (COMPUTADORAS, SERVIDOR Y CABLEADO)</p>
ACCESORIOS DEL EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> FUENTE DE PODER DE EMERGENCIA (UPS) EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO SI EL MANUAL DEL EQUIPO LO INDICA. EQUIPO PROCESADOR DE AGUA SI EL EQUIPO LO REQUIERE. MESA O MÓDULO DE TRABAJO, SI EL EQUIPO LO REQUIERE.

AREA DE EMERGENCIA

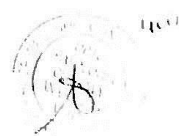
HOSPITAL R.D.C.Q. DANIEL ALCIDES CARRION

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS DE REACTIVOS PARA EL AREA DE LABORATORIO DE EMERGENCIA

ITEM N° 1			
ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
REACTIVOS DE AGA Y ELECTROLITOS CON EQUIPO EN SESION DE USO			
3.1.-	REACTIVO PARA GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	DETERMINACIONES	13,000

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS DE PARA EQUIPO DE GASES ARTERIALES (EQUIPO EN SESION DE USO)

Nombre del equipo	EQUIPO ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES
Cantidad	01
Metodología	Dispersión de luz, cromógeno e inmunológico
Performance	Capacidad para 25 muestras a mas simultaneo y las muestras urgentes.
Características	Sistema de homogenizado de muestras automático. Las pruebas solicitadas son pruebas efectivas, no incluyen control de calidad y calibraciones. Deben realizar pruebas de coximetría. Con sistema de gestión, los resultados se transmiten automáticamente donde se necesiten y se puedan adaptar al sistema de información de hospital y laboratorio
Condiciones	Que realice el dosaje de glucosa y lactato sin afectación de sustancias comunes, con una linealidad mayor a 1000 mg/dl. Los reactivos e insumos deben tener una fecha de vencimiento mínimo de 18 meses, en caso contrario se servirán adjuntar cartas de canje por fecha próxima de caducidad.
Accesorios del equipo, consumibles, controles y calibradores	Todos los consumibles, calibradores, controles internos, complementos y accesorios deben ser entregados en forma periódica (acompañado de la entrega de los reactivos), en cantidad suficiente de acuerdo a los protocolos de cada metodología para permitir la realización completa de las pruebas efectivas.
Complementos	Análisis diario de control de calidad interna y control de calidad externo periódicamente. Fuente de poder de emergencia (UPS), estabilizador de corriente.
Soporte Técnico	Personal profesional disponible (Ingenieros Electrónicos y Especialista de Aplicación-Tecnológica Médicos), durante las 24 horas y los 7 días de la semana. Certificado por el fabricante, con experiencia no menos de 10 meses en el equipo.
Mantenimiento	Con mantenimiento preventivo y correctivo indicado por el fabricante y cronograma de ejecución
Capacitación	Capacitación en servicio al personal del área, no menos de 8 horas en manejo del equipo,



	mantenimiento diario y resolución de problemas sencillos.
Modo de operación	220V, 60Hz
Antigüedad del equipo	No mayor a 1 años, sustentado con Certifica de manufactura.



SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA – 4 MESES

1. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de insumos, materiales y reactivos para el desarrollo del trabajo rutinario en el Servicio de Anatomía Patológica; que se encarga del procesamiento de muestras tisulares, celulares y líquidos biológicos; así como la implementación de pruebas de inmunohistoquímica para el Servicio de Anatomía Patológica, del Departamento de Anatomía Patológica y Patología Clínica del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" – Huancayo.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

Atención de usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS), convenios (SOAT, SALUDPOL, otros), usuarios particulares y sin seguro, casos referidos de otras instituciones para estudio anatomopatológico.

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

Objetivo General

Adquirir los insumos y materiales necesarios para realizar el procesamiento de muestras biológicas (tisulares y citológicas) que requieren estudio anatomopatológico, reactivos necesarios para realizar tinciones histoquímicas básicas y marcadores de inmunohistoquímica, en las muestras que amerite, con la finalidad de emitir un diagnóstico anatomopatológico completo y confiable que permita al clínico el manejo adecuado y específico de nuestros usuarios.

Objetivos Específicos

- Contar con los insumos y materiales necesarios para realizar el estudio de inmunohistoquímica.

ÍTEM 1	DENOMINACIÓN DEL BIEN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
INMUNOHISTOQUÍMICA	Kit de inmunohistoquímica X 500 DET	unidad	1
	Anticuerpo monoclonal Ki67 clona: MIB-1, x7ml	Fco	1
	Anticuerpo monoclonal TTF1 x 7ml	Fco	1
	Anticuerpo monoclonal GPAF x7ml	Fco	1
	Lamina con carga para inmunohistoquímica	unidad	700

4.- INMUNOHISTOQUÍMICA:

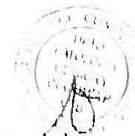
PRODUCTOS PARA INMUNOHISTOQUÍMICA	
1. NOMBRE	KIT DE INMUNOHISTOQUÍMICA X 500 DETERMINACIONES
2. PRESENTACIÓN	Unidad por 500 determinaciones
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>DESCRIPCIÓN: Herméticamente sellado, no reenvasado. Tiempo de Expiración no menor de 1 año a partir de la fecha de entrega.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bloqueador de peroxidasa 2x 25 ml - Bloqueador de proteínas 2 x 25 ml - Post primario 2 x 25ml - Polímero HRP 2 x 25ml

	<p>- DAB cromógeno 1 x 3ml - Buffer substrato, 2x 30ml - Hematoxilina 2 x 25ml - AR9590 Buffer lavado x 1 - AR9640 Solución recuperado x 2 Presentación: x 1.00 Muestra biología: Tejidos. Uso: Inmunoquímica. VIGENCIA: No menor de 18 Meses.</p>
--	---

PRODUCTOS PARA INMUNOHISQUÍMICA	
1. NOMBRE	ANTICUERPO MONOCLONAL Ki67, CLONA MIB-1
2. PRESENTACIÓN	Frasco de 7ml, reactivo listo para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>DESCRIPCIÓN: útil para evaluar la proliferación celular en la leucemia aguda, en los trastornos linfoproliferativos y en el cáncer de mama Muestra biología: tejidos Uso: Inmunoquímica VIGENCIA: No menor de 18 Meses.</p>
PRODUCTOS PARA INMUNOHISQUÍMICA	
1. NOMBRE	ANTICUERPO MONOCLONAL TTF1
2.	
3. PRESENTACIÓN	Frasco de 7ml, reactivo listo para usar
4. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>DESCRIPCIÓN: Marcador nuclear con expresión preferencial en estructuras tiroideas, pulmonares y cerebrales de origen diencefálico. Muestra biología: tejidos Uso: Inmunoquímica VIGENCIA: No menor de 18 Meses.</p>

PRODUCTOS PARA INMUNOHISQUÍMICA	
1. NOMBRE	ANTICUERPO MONOCLONAL GFAP
2. PRESENTACIÓN	Frasco de 7ml, reactivo listo para usar
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>DESCRIPCIÓN: Filamento intermedio para astrocitos (normal, reactivo, neoplásico). Muestra biología: tejidos Uso: Inmunoquímica VIGENCIA: No menor de 18 Meses.</p>

NOMBRE	LAMINA DE VIDRIO PORTAOBJETOS DE 25 X 75mm PAVONADA
PRESENTACIÓN	Caja por 70- 72 unidades (láminas).
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL: Especificación: Borde esmerilado. CARACTERÍSTICAS: Espesor 1.0 / 1.2 mm, Borde liso 90°, ángulos de 45°, escarchadas, con carga positiva para mayor adhesión de tejidos. Empaque: Etiqueta y calificación: Correctamente limpio y correcta ubicación. MUESTRA BIOLÓGICA: Tejidos y Líquidos biológicos. USO: Microscopía.</p>



5.4. EMBALAJE Y ROTULADO:

Embalaje primario: Frasco original de plástico o vidrio de color que evite el contacto con la luz solar (si requiere), o bolsa original según corresponda, cuyo rotulado debe presentar lo siguiente:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Registro sanitario
- Nombre del fabricante
- Composición del contenido de acuerdo al inserto del fabricante
- Volumen del frasco del reactivo
- Impresión en el frasco consignando al importador

Embalaje secundario: Caja de cartón, consignándose en esta:

- Nombre del producto
- Fecha de vencimiento
- Código de lote
- Condiciones de conservación
- Nombre del fabricante
- Numero de frascos del reactivo con su volumen respectivo
- Impresión en la caja consignando al importador y el registro sanitario.

5.5. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS NACIONALES

Empaque y/o rotulado de acuerdo a lo normado en el DS N°010-097-SA y DS N°020-2001-SA-Reglamento de Registro Sanitario

5.6. NORMAS TÉCNICAS: ISO 13485:2016 y/o ISO 9001:2008.

5.7. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN: si

5.8. GARANTÍA COMERCIAL: La vigencia del reactivo debe ser no menor de un año a partir de su ingreso al almacén, y/o acompañado de carta de compromiso de canje por vencimiento.

5.9. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS: si

5.10. OTROS REQUISITOS OBLIGATORIOS

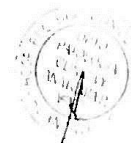
El postor a efectos de acreditar los requerimientos técnicos mínimos de los productos, deberá presentar catálogos y/o folletos y/o documentos técnicos emitidos por el fabricante. Sin embargo, si los documentos antes mencionados no detallasen todas las características establecidas en las Bases, podrá acompañarse una declaración jurada del postor del cumplimiento de estas últimas características.

5.11. PRESTACIONES ACCESORIAS A LA PRESTACIÓN PRINCIPAL: si habrá prestaciones accesorias, los cuales son (si aplica):

- **Mantenimiento preventivo:** si
- **Soporte técnico:** si
- **Capacitación y/o entrenamiento:** Capacitación al personal usuario 3 días como mínimo, en sus determinadas metodologías y asesoría técnica permanente.

5.12. LUGAR DE ENTREGA: Almacén del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion Huancaayo, ubicado en Av. Daniel Alcides Carrion N° 1556, del Distrito y Provincia de Huancaayo, Region Junín.

Asimismo, además de la entrega, se deberá entregar el ISO 13485:2016 y/o ISO 9001:2008, inserto de los reactivos en idioma castellano; y que los accesorios serán entregados con guía de remisión.



- 5.13. **PLAZO DE ENTREGA:** Una sola entrega de los reactivos a partir de la notificación de la orden de compra y/o suscrito el contrato.
- 5.14. **FORMA DE PAGO:** La Entidad se obliga a pagar al el Contratista en soles, el 100% del monto contractual a la culminación de la entrega total de los reactivos.

5.15. **ADELANTOS:** No habrá adelanto.

5.15. RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD:

La recepción de los bienes estará a cargo de la Oficina de Almacén del HRDCQ – DAC – HYO y del Área Usuaría.

La conformidad de la recepción de los bienes será emitida por el Área Usuaría (Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica).

6. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

6.4. CAPACIDAD LEGAL:

Requisitos:

Documento de Representación: Documento que acredita fehacientemente la representación de quien suscribe a oferta.

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.

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.

Importante

De conformidad con el artículo 28 del Reglamento, en caso que el área usuaria haya establecido un número máximo de consorciados y/o el porcentaje mínimo de participación en la ejecución del contrato para el integrante que acredite mayor experiencia, consignar el o los párrafo: siguientes:

De conformidad con el artículo 28 del Reglamento, el número máximo de consorciados es de (02) integrantes.

La promesa de consorcio debe ser suscrita por cada uno de sus integrantes.

El representante común del consorcio se encuentra facultado para actuar en nombre y representación del mismo en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato, con amplias y suficientes facultades.

Acreditación:

Tratándose de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto, expedido por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha de emisión.

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, expedido por registros públicos con una antigüedad no mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha de emisión.

Promesa de consorcio con firmas legalizadas.

6.5. HABILITACIÓN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD:

Requisitos:

Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, (vigente) otorgado por la ANM (DIGEMID). Además, las Resoluciones de modificación o autorización en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la DIGEMID y el producto presentado.

Constancia de Registro de Establecimiento Farmacéuticos o Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM (DIGEMID) o la Autoridad Regional de Salud (ARS) de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. N° 014-2011-SA y su Primera Disposición Transitoria.

Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) a nombre del fabricante y vigente a la fecha de presentación de la propuesta, este documento de acuerdo al origen del producto y en el marco de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 028-2010-SA o el Artículo 110° del D.S. N° 014-2011-SA y su Tercera Disposición Complementaria Final, según corresponda. Se aceptará como documento equivalente a un "Certificado de Producto Farmacéutico", "Certificado de Producto - Comunidad Europea", "Certificado de Producto -OMS" o "Certificado de Libre Venta en el País de Origen"; también, el Certificado ISO 13485, en aplicación al D.S. N° 016-2011-SA, modificado por D.S. N° 001-2012-SA, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la autoridad o entidad competente de país de origen, donde se acredite el cumplimiento de las BPM del laboratorio fabricante. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), vigente se aplica durante todo el Procedimiento de Selección y ejecución contractual del suministro del medicamento.

Certificado Buenas Prácticas de Almacenamiento

(BPA), solo para los postores que son Droguerías, deben estar a su nombre y será emitido por la ANM (DIGEMID) o ARM (este último, en caso de la aplicación del Art N° 111°), del Decreto Supremo N° 014-2011-SA). El postor que es fabricante, no está obligado a presentar este documento. El producto que se oferta debe estar en concordancia con lo que ha autorizado DIGEMID de acuerdo a su temperatura de almacenamiento, caso contrario la propuesta será desestimada. La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución, para el caso de consorcios deberá de registrarse a lo establecido en el Art. 71° del D.S. 14-2011-SA y su Primera Disposición Transitoria.

Certificado o Protocolo de Análisis, debe ser emitido por el fabricante o quien encarga su fabricación siempre que cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura y debe estar suscrito por el analista o profesionales responsables, según lo dispuesto en el Anexo 01 del Glosario de Términos y Definiciones del D.S. 016-2011-SA, debiendo señalarse los análisis o pruebas realizados indicados en la Farmacopea oficial vigente a la que se acoge o si corresponde a una técnica analítica propia.

ISO 13485:2013 y/o ISO 9001:2008.

Acreditación:

Copia del **Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario**, (vigente) otorgado por la ANM (DIGEMID).



Copia de la Constancia de Registro de Establecimientos Farmacéuticos o Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM (DIGEMID), o la Autoridad Regional de salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17° del D.S. N° 014-2011-SA, y su Primera Disposición Transitoria.

Copia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), o su equivalente, a nombre del fabricante y vigente a la fecha de presentación de la propuesta.

Copia del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), solo para los postores que son Droguerías deben estar a su nombre y será emitido por la ANG (DIGEMID), o ARM (éste último en caso de la aplicación del Artículo 111° del D.S. N° 014-2011-SA).

Copia simple del Certificado o Protocolo de Análisis, debe ser emitido por el fabricante o quien encarga su fabricación, siempre que cumpla con las Buenas Prácticas de Manufactura y debe estar suscrito por el analista o profesionales responsables según lo dispuesto en el Anexo N° 01 del Glosario de Términos y Definiciones del D.S. N° 016-2011-SA.

Copia simple del ISO 13485:2003 y/o ISO 9001:2008.

Importante

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.

6.6. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL:

Experiencia del Personal Clave:

Requisitos:

Soporte Técnico - Personal de Ingeniería (Técnico y/o Bachiller y/o Ingeniero): Experiencia no menor de 2 años en mantenimiento de Equipos similares.

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.

6.7. EXPERIENCIA DEL POSTOR:

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a **UNA (1) VEZ EL VALOR REFERENCIAL DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM**, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante un periodo **NO MAYOR A OCHO (8) AÑOS** a la fecha de la presentación de ofertas.

Acreditación:

Copia simple de contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad por la venta o



suministro efectuados; o comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con [VOUCHER DE DEPÓSITO, REPORTE DE ESTADO DE CUENTA, CANCELACIÓN EN EL DOCUMENTO], 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 referido a la Experiencia del Postor.

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.

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.

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 publicada 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.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Conste por el presente documento, del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico – Daniel Alcides Carrión - Huancayo, que celebra de una parte el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico – Daniel Alcides Carrión - Huancayo, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20185665322, con domicilio legal en Je. Daniel Alcides Carrión N° 1556 – distrito de Huancayo – provincia de Huancayo, Región Junín, representada por el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración,, 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 de 2023, el órgano encargado de las contrataciones, adjudicó la buena pro de la **CONTRATACION DIRECTA N°011-2023-HRDCQ-DAC-HYO** para la, 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 la adquisición de, en los siguientes términos:

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

El monto total del presente contrato asciende a S/. (..... Soles), que incluye todos los impuestos de Ley.

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

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO⁵

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Soles, en pago único, 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 diez (10) días de producida la recepción.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello.

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

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE ENTREGA

El plazo de ejecución del presente contrato es de hasta días calendarios, de acuerdo a lo establecido en el requerimiento.

⁵ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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.

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.

CLÁUSULA NOVENA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACION.

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].

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 diez (10) días, dependiendo de la complejidad o sofisticación de la contratación. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumple 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 DÉCIMA: 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 UNDÉCIMA: 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 DUODÉCIMA: 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 TERCERA: 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 CUARTA: 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 QUINTA: 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: 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 SEPTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS⁶

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 OCTAVA: 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 DECIMA NOVENA: 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

⁶ 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 contratos cuyo monto contractual original sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR
FECHA].

"LA ENTIDAD"

"EL CONTRATISTA"





ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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) :			
MYPE ⁷		Sí		No	
Correo electrónico :					

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] 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. Citación para la aplicación del criterio de desempate.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios⁸

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

⁷ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el artículo 149 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

HOSPITAL R.D.C.Q. DANIEL ALCIDES CARRION

⁸ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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) :			
MYPE ⁹		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁰		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹¹		Sí	No	
Correo electrónico :				

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] 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.

⁹ En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el artículo 149 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

¹⁰ Ibídem.

¹¹ Ibídem.

2. Citación para la aplicación del criterio de desempate.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios¹²

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 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.



¹² Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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. Que mi información (en caso que el postor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- v. 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.
- vi. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vii. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- viii. 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

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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 los términos de referencia, 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 PRESTACION DEL SERVICIO

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO
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 **CONTRATACION DIRECTA N° 001-2023-HRDCQ-DAC-HYO** [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] [%]¹³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]¹⁴

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%¹⁵

¹³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁴ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁵ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
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

**ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
CONTRATACION DIRECTA N° 011-2023-HRDCQ-DAC-HYO**

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
TOTAL	

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 la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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