

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS



“CREACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA MOVIL DE URGENCIA (SAMU) DEL PROGRAMA MI SALUD, EN LAS 13 PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO”

CÓDIGO ÚNICO DE INVERSIONES 2455185

AGOSTO – 2020



Edvin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINA DE PROYECTOS

L.I.C. ADM. EDUARDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

“CREACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA MOVIL DE URGENCIA (SAMU) DEL PROGRAMA MI SALUD, EN LAS 13 PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO”

1. DENOMINACION:

“Creación de los servicios de atención médica móvil de urgencia (SAMU) del programa mi salud, en las 13 provincias del departamento de Puno, departamento Puno de la unidad ejecutora 000902, Región Puno, sede central”

2. ÁREA BENEFICIARIA:

El área beneficiaria son los pacientes que se atienden en las 13 provincias del departamento de Puno:

| Provincias del Departamento de Puno | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------|
| Provincia | Población Censo 2017 (habitantes) | Superficie (km ²) | Densidad Provincial |
| <u>Provincia de San Román</u> | 307 417 | 2.277 | 105,7 |
| <u>Provincia de Puno</u> | 219 494 | 6.494 | 35,3 |
| <u>Provincia de Azángaro</u> | 110 392 | 4.970 | 27,5 |
| <u>Provincia de Chucuito</u> | 89 002 | 3.978 | 31,7 |
| <u>Provincia de Carabaya</u> | 73 322 | 12.266 | 6 |
| <u>Provincia de Melgar</u> | 67 138 | 6.446 | 11,6 |
| <u>Provincia de El Collao</u> | 63 878 | 5.600 | 14,5 |
| <u>Provincia de Huancané</u> | 57 651 | 2.805 | 24,8 |
| <u>Provincia de Sandía</u> | 50 742 | 11.862 | 5,2 |
| <u>Provincia de Lampa</u> | 40 856 | 5.791 | 8,3 |
| <u>Provincia de Yunguyo</u> | 36 929 | 290 | 163,3 |
| <u>Provincia de San Antonio de Putina</u> | 36 113 | 3.207 | 15,7 |
| <u>Provincia de Moho</u> | 19 753 | 1.005 | 27,7 |



Edvin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 00484

Fuente: Censo Peruano de 2017 INEI-PERU. ⁵ La densidad departamental está calculada de acuerdo a la población del censo

Cuadro N°01

3. FINALIDAD PÚBLICA

Mejorar la atención de los pacientes de la región Puno, con atenciones oportunas en el traslado de pacientes a los Hospitales Referenciales.

4. OBJETIVO

El objetivo es la de ambulancias equipadas para la atención de pacientes de la región Puno y en estado crítico para ser asistidos en las de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y demás servicios críticos de los Hospitales referenciales.

5. DESCRIPCION Y CANTIDAD DE LOS BIENES A ADQUIRIR

| UBICACIÓN DE AMBULANCIAS EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO | | |
|---|-----------------|----------|
| PROVINCIA | AMBULANCIA TIPO | CANTIDAD |
| <u>Provincia de San Román</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Puno</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Azángaro</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Chucuito</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Carabaya</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Melgar</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de El Collao</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Huancané</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Sandía</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Lampa</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Yunguyo</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de San Antonio de Putina</u> | Urbana III | 1 |
| <u>Provincia de Moho</u> | Urbana III | 1 |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuancra
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE DIRECTORES

ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

TOTAL : 13 AMBULANCIAS URBANAS III

Cuadro N°02

6. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS:

Se adjuntan en el ANEXO I, las CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS de cada uno de los bienes a adquirir.

Las especificaciones técnicas incluyen lo necesario para el funcionamiento completo de los vehículos y su equipamiento.

Deberán acreditar copia simple de Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario Vigente de los siguientes equipos

- Aspirador de Secreciones
- Oxímetro de pulso
- Monitor desfibrilador
- Bomba de Infusión
- Ventilador Pulmonar

b) El Certificado de calidad (donde indique la norma de fabricación del equipo) para los siguientes equipos medico:

- Aspirador de Secreciones
- Oxímetro de pulso
- Monitor desfibrilador
- Bomba de Infusión
- Ventilador Pulmonar

6.1 MICROLOCALIZACION DE LOS VEHICULOS

Se detalla en el Cuadro N°2

7. CONDICIONES GENERALES:

7.1 Los Vehículos, equipos, componentes y sus periféricos ofertados por los Proveedores deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características Técnicas proporcionadas por la Entidad. Los equipos propuestos no será un prototipo, ni tampoco será repotenciados (refurbished).

El año de modelo de los vehículos deberá ser del año 2020.

Para la formulación de la oferta, el postor deberá considerar la entrega, instalación, revisión del equipamiento ofertado y capacitación



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PRESUPUESTO

CLAD. 06484

7.2 El Proveedor será el único responsable ante la Entidad de cumplir con la entrega e instalación del equipo que le fue adjudicado, en las condiciones establecidas en las Bases Administrativas.

7.3 El equipo ofertado incluirá todos los costos; es decir, los gastos de importación, transporte interno, seguros, acondicionamiento, montaje o instalación, capacitación, manual de uso de los equipos, gastos de personal, movilidad, alojamiento, tributos, gastos administrativos y/o financieros, y otros que demande el cumplimiento del proceso de entrega.

7.4 El Proveedor deberá dejar el Equipo instalado y en funcionamiento, para ello suministrará todos los elementos, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el lugar donde el gobierno Regional designe para la entrega y capacitación.

7.5 El proveedor durante el periodo de garantía ofertado, deberá de brindar el mantenimiento preventivo al vehículo y brindar la garantía necesaria para el Equipamiento médico. La mano de obra calificada, proporcionando los insumos y accesorios necesarios para el mantenimiento vehículo ofertado y requerido.

Se precisa que, el Proveedor es responsable del correcto funcionamiento del equipo durante el periodo de garantía total ofertado, las fallas y/o paradas de inoperatividad del vehículo, será de responsabilidad del contratista y serán asumidos por éste, salvo que demuestre que la inoperatividad del equipo fuese causada por el usuario o un tercero

El contratista deberá elaborar y entregar a la entidad, dentro del plazo de quince (15) días calendarios antes del vencimiento del plazo de entrega de vehículo, el Programa de Mantenimiento Preventivo y el Formato de sus Procedimientos, de acuerdo a las condiciones de funcionamiento del equipo.

Así mismo, se precisa que el periodo del Programa de Mantenimiento Preventivo del vehículo deberá coincidir con Manual del fabricante del chasis.

Los mantenimientos preventivos se llevarán a cabo en el taller oficial del representante de la marca del vehículo dentro de la ciudad de Juliaca y/o Puno. Estos mantenimientos preventivos se llevarán a cabo previa coordinación con el postor adjudicado para lo cual se deberá adjuntar al momento de la entrega el detalle informativo de la ubicación del local y sus instalaciones.

7.6 La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte del establecimiento de salud por defectos o vicios ocultos, inadecuación en las especificaciones técnicas, sustento físico o documentario doloso u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción de los bienes, reservándose la Entidad el derecho de iniciar las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por el plazo que dure el periodo de garantía total ofertado contados a partir de la fecha de suscripción de la conformidad otorgada por el establecimiento de salud.



Alvaro Aragon Choquehuanca
Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

Edilberto Antonio Salas Valdivia
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

7.7 El contratista deberá colocar en el vehículo y en los siguientes equipos una placa metálica o sticker, donde irá grabado y en lugar visible lo siguiente:

- Aspirador de Secreciones
- Oxímetro de pulso
- Monitor desfibrilador
- Bomba de Infusión
- Ventilador Pulmonar

| | |
|--------------------------|--|
| LOGO DE LA ENTIDAD | Orden de Compra N°: |
| | Nombre del Equipo: |
| | Razón social del Contratista: |
| | Teléfono: |
| | Dirección: |
| | Fecha de instalación (mes, año): |
| | Fecha de inicio de la garantía: |
| | Tiempo de garantía: |

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

8. EMBALAJE Y ROTULADO:

El Proveedor deberá embalar los bienes y equipos para la entrega en el establecimiento de salud, con los materiales más adecuados para proteger dichos bienes durante el tránsito y almacenaje con el debido cuidado de conformidad con los más altos estándares de embalaje para la exportación de acuerdo al tipo y calidad del equipamiento.

La entrega de los vehículos se llevará a cabo por sus propios medios hasta el lugar de entrega (no se utilizara una cama baja o tráiler para llevar las ambulancias).

9. NORMAS TÉCNICAS:

El proveedor de los bienes deberá presentar para los siguientes equipos médicos:

- Aspirador de Secreciones
- Oxímetro de pulso



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PAGOS

Edilberto Antonio Salas Valdivia
I.C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

- Monitor desfibrilador
- Bomba de Infusión
- Ventilador Pulmonar

• CERTIFICADO DE SEGURIDAD ELECTRICA: UL o AAMI o NFPA o IEC o EN o CSA o NTP o 60601-1-2010 u otra norma técnica similar.

Se acreditará con copia de los certificados

El postor deberá tener certificación internacional de calidad emitidos por una entidad certificadora como SGS o Bureau Beritas o similar

10. SISTEMA DE EJECUCIÓN.

Llave en mano

11. GARANTÍA DE LOS BIENES

Los vehículos, equipos, componentes, accesorios y periféricos de la prestación principal tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia de fabricación que pueda manifestarse durante su uso normal, durante el tiempo que dura la garantía de la prestación principal, en las condiciones imperantes en las instalaciones del Establecimiento de Salud de destino.

El vehículo y equipos tendrán una garantía según el ítem (de dos años 02) que se detalla en el ANEXO I: Garantía del Equipos y Cantidad de Mantenimientos Preventivos, CUATRO (04) mantenimientos que consistirá 5,000 km,10,000 km,15,000 km,20,000km, el inicio del cómputo del periodo de la garantía será contabilizado a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción e Instalación" pudiendo el postor ofrecer garantías adicionales

Los accesorios de los equipos, tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, en las condiciones imperantes en las instalaciones designados.

Los vehículos, equipos componentes o periféricos del bien principal, tendrán una garantía contra cualquier desperfecto o deficiencia que pueda manifestarse durante su uso normal, durante el tiempo que dure la garantía del bien principal, en las condiciones imperantes en las instalaciones designados.

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

Condiciones de la Garantía:

La reparación por el caso de la garantía de los vehículos y equipamiento, con sus componentes y accesorios durante el periodo de garantía, correrá por cuenta y riesgo del Contratista. El Contratista queda obligado a extender el plazo de vigencia de la garantía de los vehículos, bienes o equipos y sus componentes, cuantas veces sea necesario, por un plazo similar al que el equipo se encuentre inoperativo por causas atribuibles a él.


Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIR. N° 99224


DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484

Disponibilidad de suministro de insumos, repuestos y accesorios

El Contratista emitirá un documento de compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios por los próximos 5 años en el cual debe de expresar, tener la disponibilidad para el suministro a la entidad de los insumos, repuestos y accesorios originales o compatibles para el funcionamiento de los equipos ofertados. El plazo para reparación del vehículo será de 30 días dependiendo del stock de los repuestos

12. Mantenimiento Preventivo y/o Correctivo:

El mantenimiento preventivo a los vehículos se realizará durante el periodo establecido para la garantía, el mismo que se contabilizará a partir del día siguiente de la firma del "Acta de Conformidad de Recepción e Instalación otorgada por la Entidad. El mantenimiento preventivo estará considerado dentro de las prestaciones principal descritas en las presentes Especificaciones Técnicas.

El servicio de mantenimiento preventivo mínimo se llevará a cabo a través del plan de mantenimiento preventivo del fabricante del vehículo. El postor brindara los 4 primeros mantenimientos preventivos conforme al ítem 11.

El proveedor durante el periodo de garantía total deberá de brindar mantenimiento preventivo para los vehículos ofertados de acuerdo al anexo I, proporcionando la mano de obra calificada, los consumibles, los fungibles, los insumos y accesorios necesarios para mantener los equipos en condiciones de operatividad conforme indiquen sus manuales e información técnica del fabricante, según las condiciones establecidas en las presentes Especificaciones Técnicas.

Es responsabilidad del contratista el correcto funcionamiento de los vehículos bajo su cobertura durante la vigencia del periodo de garantía

12.1 Condiciones para el cumplimiento del Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Los mantenimientos deberán ser programados y coordinados con el contratista el cual suministrara la información en un plazo de 48 horas hábiles

El proveedor durante el periodo de garantía deberá de brindar el mantenimiento preventivo de acuerdo al anexo I, proporcionando la mano de obra calificada, los consumibles, los fungibles, los insumos, accesorios y herramientas necesarios para mantener los vehículos en condiciones de operatividad conforme indiquen sus manuales e información técnica del fabricante.

El mantenimiento correctivo correrá a cuenta de la entidad teniendo en consideración las condiciones siguientes:

a) Inicialmente el Proveedor tendrá el plazo de treinta (30) días calendario, dependiendo del stock, contados a partir de la notificación del área usuaria, para la reparación del vehículo. Con la finalidad de lograr una oportuna y efectiva solución a la avería presentada, la entidad trasladara para su reparación el vehículo o el componente averiado al taller de la marca del vehículo.

De requerir repuestos nuevos para la reparación de los vehículos, el contratista solicitará el retiro del repuesto o componente a ser reemplazado por garantía.



Edwin Alvaro Aragón Chacabanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

El proveedor entregara listado de precios referenciales para mantenimientos correctivos típicos a la entidad al momento de la entrega de la unidad

12.2 Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo

El acta de conformidad será firmada por la entidad y se le hará entrega de una copia en conjunto con los repuestos cambiados en las instalaciones del representante de la marca en Juliaca o Puno

13. SOPORTE TÉCNICO:

Los tipos de soportes técnicos a utilizar deberán ser:

- A distancia, por medio de canales de comunicación siguientes: correo electrónico, chat, faxes y/o teléfono.
- Presencial: Previa coordinación con el contratista

Perfil del Proveedor

El proveedor deberá proporcionar soporte con personal calificado

El personal encargado de realizar el servicio contara con las herramientas necesarias y los insumos de bioseguridad para protección del profesional de salud frente al Covid-19.

Personal Clave del contratista

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

14. CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO:

El proveedor deberá presentar un plan y cronograma de capacitación, Se precisa que la capacitación formará parte de la prestación principal.

Quince (15) días antes de la entrega de los equipos, el Contratista deberá presentar un programa, cronograma y contenido de la capacitación. La capacitación se llevará a cabo en el lugar centralizado que el Gobierno Regional designe y en la cual tendrán que asistir todos los Centros de salud

Luego de entregado el vehículo, el contratista realizará la capacitación dentro de los tres (03) días calendarios siguientes.

14.1.1 Capacitación del vehículo

El proveedor realizará la capacitación de manera presencial en sede principal de la Dirección Regional de Salud e Puno y/o sede principal del Gobierno Regional de Puno,

El Proveedor deberá proporcionar dos (02) juegos de video usuario de los siguientes equipos:

- Aspirador de Secreciones
- Oxímetro de pulso
- Monitor de desfibrilación
- Bomba de infusión



Edyán Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
C.I.P. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PRESUPUESTO
ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



- Ventilador de transporte

(I) Capacitación a usuario, en el correcto manejo, operación, funcionamiento,

Cuidado y conservación básica de los vehículos:

- El número de horas lectivas y módulos de capacitación de acuerdo a lo propuesto por el postor.
- La capacitación será de manera presencial, dirigido al personal de Salud y otros que se designe.
- El personal a capacitar será como mínimo dos (02) personas por ambulancia, designados por el gobierno regional.

14.1.1.2 Temario mínimo para la capacitación de usuario:

El temario será presentado por el postor y deberá incluir como mínimo el funcionamiento y operación del equipo:

- Principios de Funcionamiento
- Operación de los Bienes y Equipos.
- Explicación de los Componentes
- Presentación y orientación en el Manejo de las partes de los bienes y equipamiento
- Reconocimiento y empleo de los accesorios
- Practica dirigida del empleo de los bienes y equipos, con reconocimiento de todos los componentes.

14.1.1.3 Condiciones de Conformidad de la Capacitación.

Para obtener la conformidad de capacitación el postor deberá cumplir con lo siguiente:

- Cumplir con el programa de capacitación propuesto
- Entrega de videos usuario y manuales (Aspirador, oxímetro, desfibrilador, bomba de infusión, ventilador)
- Las constancias deben ser suscritas por el personal de la Diresa o gobierno Regional de acuerdo a lo que indique el personal

15. PLAZO DE ENTREGA:

15.1 Plazo de Entrega e Instalación de los bienes:

El plazo máximo de entrega de los vehículos y puesta en operación es de cuarenta y cinco (45) días calendarios, contados desde el día siguiente de la suscripción de contrato.



Edwin Alvaro Aragón Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINA DE DIRECTOS
ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

Luego de la recepción e instalación de los vehículos, se firmará un "Acta de Conformidad de la Recepción de la especificación técnicas ofertas

16. LUGAR DE ENTREGA

Los bienes se entregarán en el almacén de la Diresa de Puno ubicado en el JR. Jose Antonio Encinaas N° 145- PUNO PUNO PUNO.

17. RECEPCION Y CONFORMIDAD:

17.1 Condiciones de Entrega y Recepción de los bienes.

La conformidad estará sujeto a lo siguiente:

- 1) Cumplimento de las Características Técnicas
- 2) Verificación de la integridad física, estado de conservación óptimo y de la correcta instalación de los vehículos.
- 3) Verificación del cumplimiento del año de modelo del vehículo, no menor al 2020
- 4) Verificación del funcionamiento de los vehículos
- 5) Entrega del Programa de Mantenimiento Preventivo
- 6) Entrega del Programa de Capacitación básica del Usuario en el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del vehículo
- 7) Entrega del "Certificado de Garantía" con la vigencia estipulada en la propuesta técnica del ganador de la Buena Pro
- 8) Entrega de manuales originales y/ o copia
- 9) Los vehículos llegaran con la placa de metal o stickers instalada
- 10) Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID, de ser el caso de los siguientes equipos:
 - Aspirador de secreciones
 - Oxímetro de pulso
 - Monitor desfibrilador
 - Bomba de infusión
 - Ventilador de transporte.

17.2 Del Área que brindará la conformidad de recepción de los bienes

La conformidad será suscrita por los responsables del proyecto y la comisión de recepción de la entidad.

El contratista entregara las ambulancias en el plazo ofertado y el comité de recepción y el área usuaria verificara el cumplimiento de las especificaciones técnicas.



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDELBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 03484



La recepción de las unidades se realizarán de acuerdo a los formatos incorporados en el expediente anexo 02 y en coordinación con el comité de recepción, se considerarán como subsanables los formatos que demanden mayor tiempo de entrega para su regularización

La conformidad de recepción de los vehículos no invalida el reclamo posterior por parte de la entidad, por defectos o vicios ocultos, inadecuación en la atención de las especificaciones técnicas u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en la recepción e instalación de los bienes y equipamiento que conlleven a la paralización, daño o deterioro del equipamiento.

18. FORMA DE PAGO:

El pago se realizará en Pago Único conforme al Artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, a la firma del acta de conformidad y habiendo cumplido con la entrega de los bienes y capacitación adjuntando los documentos indicados en el numeral 17. Recepción y Conformidad del presente documento.

Documentos para el pago:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén Central del Gobierno Regional Puno.
- Acta de Conformidad de Recepción e instalación
- Comprobante de pago
- Cuenta Interbancaria

20. PENALIDADES APLICABLES:

20.1 Penalidades por mora.

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo con lo señalado en el Art. 162º del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado vigente.

21. CONFIDENCIALIDAD:

La información, detalles y contenidos en los documentos contractuales, así como los datos, detalles, pormenores y conocimiento del Equipamiento que el Contratista obtenga directamente de la Entidad o a través de los estudios, indagaciones o trabajos relacionados con el presente Equipamiento, son de carácter confidencial.

El Contratista no podrá dar a conocer ni sacar a publicidad ningún tipo de información a terceros, sin autorización expresa y por escrito de la Entidad.

23. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS:

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados por un plazo no menor de dos (02) años e igual al periodo de la garantía total, contados a partir del día siguiente de la conformidad otorgada por el Hospital/Centro de Salud de acuerdo con lo establecido en el Artículo 173 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.



Edwin Alvaro Aragón Choquebuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO PRESUPUESTO
OFICINA DE DIRECTOR

LIC. ADM. FERLBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484

Anexo 01

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS REQUERIDAS

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : AMBULANCIA URBANA TIPO III | |
| CODIGO: V-3 | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | AÑO DE FABRICACIÓN: 2019 COMO MÍNIMO. |
| A02 | CONDICIÓN: NUEVA. |
| A03 | CARROCERÍA DE VEHÍCULO: ORIGINAL DE FÁBRICA TIPO PANEL. Y/O MINIBUS Y/O PASAJEROS. Y/O ASEMSAMBLADA EN FORMA CONJUNTA CON EL CHASIS O CARROCERÍA DEL TIPO COMPACTA. |
| A04 | MOTOR: TURBO COMPRESOR - INTERCOOLER O SIMILAR. |
| A05 | POTENCIA: MÍNIMO 120 HP O MAYOR. |
| A06 | CILINDRADA: MÍNIMO 2,140 CC O MAYOR. |
| A07 | SISTEMA DE DIRECCIÓN: INDICAR. |
| A08 | TRACCIÓN: 4X2 TRACCIÓN, DELANTERA O TRASERA. |
| A09 | TRANSMISIÓN: MECÁNICA, 6 VELOCIDADES COMO MÍNIMO. |
| A10 | SISTEMA DE FRENOS: <ul style="list-style-type: none"> • FRENOS DELANTEROS: DISCOS VENTILADOS. • FRENOS POSTERIORES: DISCOS O TAMBORES. • FRENO DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA |
| A11 | SISTEMA DE SUSPENSIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • SUSPENSIÓN DELANTERA: INDICAR • SUSPENSIÓN POSTERIOR: INDICAR • AMORTIGUADORES DELANTEROS: HIDRÁULICOS. • AMORTIGUADORES POSTERIORES: HIDRÁULICOS. |
| A12 | RUEDAS Y NEUMÁTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • DIÁMETRO DEL ARO: DE ACERO NO MENOR DE 16 PULGADAS. • TIPO DE NEUMÁTICOS: RADIALES DE TAMAÑO NO MENOR QUE ARO 16. • LLANTA DE REPUESTO: • LLANTA CON ARO CON IGUALES CARACTERÍSTICAS A LAS SOLICITADAS. |
| A13 | SISTEMA ELÉCTRICO: <ul style="list-style-type: none"> • BATERÍAS: 12 V, 90 AMP-HR COMO MÍNIMO. • LUCES DELANTERAS: HALÓGENAS O XENÓN. • SISTEMA DE CARGA: ALTERNADOR DE MÍNIMO 100 AMPERIOS O CAPACIDAD QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS QUE SERÁN INSTALADOS EN LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. |
| A14 | SISTEMA DE MONITOREO SATELITAL (GPS) CON SERVICIO CUBIERTO POR DOCE (12) MESES. EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO, DEBERÁ PRESENTAR CON LA ENTREGA DE LAS UNIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE MONITOREO • COPIA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL MTC • COPIA DE QUE EL PROVEEDOR DE EQUIPOS (GPS) Y SERVICIOS ES UN PRESTADOR INSCRITO EN EL MTC DE ACUERDO A LA NORMATIVA DEL TUO DE LA LEY DEL MTC. |
| B | CABINA DE CONDUCCION |
| B01 | DISEÑO: COMPARTIMIENTO SEPARADO CON LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. |



Alvaro Aragón Moquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|-----|--|
| B02 | ASIENTOS: DELANTEROS 02, PILOTO SEPARADO DE ASIENTO DE LOS PASAJEROS, ERGONÓMICOS ORIGINALES DE FÁBRICA, CON APROBACIÓN SEGÚN DESCRIPCIÓN DE LA TARJETA DE PROPIEDAD. MÍNIMO TIPO BUTACA PARA EL CONDUCTOR. |
| B03 | CINTURONES DE SEGURIDAD: DE TRES PUNTOS. |
| B04 | EQUIPO DE SONIDO: MÍNIMO RADIO AM/FM CON DOS PARLANTES. |
| B05 | SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO FRIO/CALOR, CON RENOVACIÓN DE AIRE CON CAPACIDAD DE 6,000 BTU/H, QUE GARANTICE EL ADECUADO ABASTECIMIENTO DE AIRE FRESCO PARA LA CABINA DE CONDUCCIÓN. |
| B06 | INSTRUMENTOS MÍNIMOS <ul style="list-style-type: none"> •VELOCÍMETRO CON ODÓMETRO EN KM. •TACÓMETRO •EQUIPO DE COMUNICACIÓN: VHF (DETALLE DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS AL FINAL) |
| C | CABINA MÉDICA |
| C01 | LA CABINA MEDICA DEBERÁ CONTAR CON ADECUADA CALIDAD EN SUS ACABADOS, CON ESPACIO PARA ALOJAR MÍNIMO A UN (01) PACIENTE EN CAMILLA Y TRES (03) PERSONAS SENTADAS O PARA UN (01) SEGUNDO PACIENTE ECHADO Y UN (01) PARAMÉDICO O PERSONAL ASISTENCIAL CON LA SUFICIENTE LIBERTAD PARA REALIZAR MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE. |
| C02 | LAS DIMENSIONES INTERNAS: <ul style="list-style-type: none"> •PROFUNDIDAD: INDICAR: •ANCHO: INDICAR: •ALTURA: INDICAR: |
| C03 | ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES: EL DISEÑO DEBERÁ RESPETAR EL PERFIL AERODINÁMICO DEL VEHÍCULO, CENTRO DE GRAVEDAD Y EQUILIBRIO. LA SUSPENSIÓN DEBERÁ ESTAR GARANTIZADA Y ACORDE A LAS DIMENSIONES Y PESO DE LA CABINA SANITARIA; DEBIENDO CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES Y ACREDITACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD INTERNACIONAL Y/O NACIONAL. EL PESO MÁXIMO DEL CARROZADO, INCLUYENDO PLAZAS OCUPADAS, NUNCA PODRÁ SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO PERMITIDO POR EL FABRICANTE DEL VEHÍCULO EMPLEADO. INDICAR EL TIPO DE MATERIAL, CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ACUERDO A CADA FABRICANTE DE VEHICULO COMO OPCIONAL FABRICADA CON MATERIAL POLÍMERO REFORZADO FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O POLÍMERO ABS TERMO FORMADO O ABS TERMO CONFORMADO ANTIBACTERIANA O MATERIAL SINTÉTICO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS QUE NO PERMITAN ACTIVIDAD BACTERIANA (SE ACREDITARÁ MEDIANTE COPIA SIMPLE DE CERTIFICACIONES EMITIDOS POR CERTIFICADORA DEL MTC O INFORMES DE ENSAYO EMITIDOS POR EL SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL MINSO O UNIVERSIDADES PERUANAS O EMPRESA CERTIFICADORA PRIVADA). EL POSTOR DEBERÁ PRESENTAR PLANOS DE LA CABINA MÉDICA (MUEBLE MÉDICO INTERIOR) FIRMADO POR INGENIERO MECÁNICO TITULADO, COLEGIADO Y HABILITADO (PRESENTARÁ COPIA SIMPLE DE COLEGIATURA Y HABILITACIÓN. |
| C04 | PARED INTERNA: DEBE ESTAR RECUBIERTO CON MATERIAL SINTETICO. Y/O POLÍMERO REFORZADO FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O POLÍMERO ABS TERMO FORMADO O ABS TERMO CONFORMADO ANTIBACTERIANO O MATERIAL SINTÉTICO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS QUE NO PERMITAN ACTIVIDAD BACTERIANA (SE ACREDITARA MEDIANTE COPIA SIMPLE DE CERTIFICACIONES O INFORMES DE ENSAYO, EMITIDOS POR EL SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL MINSO Y/O UNIVERSIDADES PERUANAS O EMPRESA CERTIFICADORA AUTORIZADA). Y/O MATERIAL |



| | |
|-----|--|
| | SINTETICO CON SUS PROPIAS CARACTERISTICAS, CON UN RETARDO AL FUEGO DE 100MM/MIN, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, IMPERMEABLE, LAVABLE, UNIFORMES Y CONTINUAS DE COLOR CLARO |
| C05 | PUERTAS DE ACCESO: LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS VERTICALES DE CIERRE HERMÉTICO O (01) PUERTA LATERAL DERECHA. Y/O VERTICAL DE CIERRE HERMÉTICO Y/O, YUNA (01) PUERTA LATERAL LATERAL IZQUIERDO VERTICAL DE C06, COMO OPCIONAL SE PODRA TENER ACCESO POR DESDE EL EXTERIOR AL BALÓN DE OXIGENO. INDICAR CRISTALES FIJOS EN PUERTAS TRASERAS Y VENTANA CORREDERA EN PUERTA LATERAL DERECHA |
| C06 | SUPERFICIE INTERIOR: NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES, RECUBIERTO CON MATERIAL SINTETICO. Y/O POLÍMERO REFORZADO FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O POLÍMERO ABS TERMO FORMADO O ABS TERMO CONFORMADO ANTIBACTERIANA O MATERIAL SINTÉTICO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS QUE NO PERMITAN ACTIVIDAD BACTERIANA (SE ACREDITARA MEDIANTE COPIA SIMPLE DE CERTIFICACIONES O INFORMES DE ENSAYO, EMITIDOS POR EL SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL MINSA Y/O UNIVERSIDADES PERUANAS O EMPRESA CERTIFICADORA AUTORIZADA). LAVABLES, RETARDANTES DEL FUEGO, ANTIPARASITARIO, ANTIHONGOS Y QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL. |
| C07 | PISO: DEBE HACERSE USO DE UNA SUPERFICIE SUPLETORIA A BASE DE PERFILES DE ALUMINIO ENCASTRADOS ENTRE SÍ FORMANDO UNA SOLA PIEZA, Y ADHESIVADOS AL CHASIS DEL VEHÍCULO ORIGINAL, QUE SIRVA DE ANCLAJE A LA BUTACA DEL PARAMÉDICO, AL PORTA CAMILLAS Y MOBILIARIO. EL PISO DEBE SER POSIBLE DE LIMPIAR, HIGIENIZAR Y SU COLOR Y DECORACIÓN INTERIOR DEBE SER ARMÓNICO CON EL HABITÁCULO DEL PACIENTE. INDICAR EL RECUBRIMIENTO DEL PISO. EL MATERIAL DEL PISO DEBE CUBRIR A LO LARGO Y LO ANCHO TODA EL ÁREA DE TRABAJO DEL COMPARTIMIENTO. EL RECUBRIMIENTO DE LAS JUNTAS (ESQUINAS ETC.) DONDE LAS PAREDES Y EL RECUBRIMIENTO SE JUNTAN, DEBEN SER SELLADAS Y BORDEADAS CON UN PERFIL DE MATERIAL DE SIMILARES PROPIEDADES RESISTENTE A LA CORROSIÓN Y LÍQUIDOS. |
| C08 | CAMILLA INSTALADA SOBRE EL PISO DEL VEHÍCULO EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS. CON DOBLE SISTEMA DE FIJACIÓN: UNO DIRECTAMENTE AL PISO Y OTRO VERTICAL DE TOMA LATERAL A LA CAMILLA O SOLO CON SISTEMA DE FIJACIÓN CENTRAL, SU DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS SIN SISTEMA DE RIELES, INDICAR ESPACIO LIBRE NO ENTRE LA CAMILLA Y EL LUGAR DONDE SE SIENTA EL PERSONAL ASISTENCIAL. |
| C09 | EQUIPOS. INSTALADOS DE MANERA SEGURA Y CON DISPOSITIVOS ANTI VIBRATORIOS Y DE FÁCIL ACCESO Y MANIPULACIÓN; PERMITIENDO ADEMÁS SER RETIRADOS DEL VEHÍCULO EN CASO DE NECESIDAD DE USO FUERA DE ÉL. LOS SOPORTES UTILIZADOS DEBEN GARANTIZAR LA ESTABILIDAD DE LOS EQUIPOS MÉDICOS. |
| C10 | SISTEMA ELÉCTRICO: TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DE CICLO PROFUNDO DEDICADA CONECTADA AL SISTEMA DE CARGA DE LA UNIDAD MÓVIL. TABLERO DE FUSIBLES DE FÁCIL ACCESO. CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTEMENTE. Y/O TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN, O MEDIANTE EL EMPLEO DE SISTEMA CANBUS PARA CONTROL DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS, TALES COMO ILUMINACIÓN EXTERIOR, INTERIOR, CONTROL ELÉCTRICO, ETCÉTERA. CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12VDC, CANALIZADO, PROTEGIDO Y CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA, RESISTENTE A LA IGNICIÓN. |



ING. MECANICO ELÉCTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDUARDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 09484



| | |
|-----|---|
| | Y/O LIBRE DE HALÓGENOS. UN CONVERTIDOR 12VDC/220VAC, POTENCIA NO MENOR DE 1500 WATTS, PARA CONECTAR Y CARGAR LOS EQUIPOS MÉDICOS CUANDO LA UNIDAD MÓVIL SE ENCUENTRE DETENIDA, EN MOVIMIENTO Y/O CON EL MOTOR APAGADO. TOMACORRIENTES DE 12VDC Y 220VAC EN NÚMEROS SUFICIENTE PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS, LOS TOMACORRIENTES DE DIFERENTES TENSIONES NO DEBEN SER INTERCAMBIABLES. UN TOMACORRIENTE ESPECIAL A PRUEBA DE INTEMPERIE CON CONEXIÓN EXTERNA QUE PERMITA LA CARGA DE LOS EQUIPOS Y DEL CONVERTIDOR DESDE UNA FUENTE DOMICILIARIA CON TOMA A TIERRA (220VAC). LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS. CABLE VULCANIZADO DE 20MTS COMO MÍNIMO, CON SUS CONECTORES ADAPTADOS Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO. |
| C11 | EXTERIORES: COLORES, DISEÑADOS, DISTINTIVOS, ACORDE A NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 Y A LOS SOLICITADOS POR LA INSTITUCIÓN (EL DISEÑO SERÁ PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD OPORTUNAMENTE AL POSTOR ADJUDICADO) |
| C12 | SISTEMA DE OXIGENO MEDICINAL: TRES (3) TOMAS EMPOTRADAS MÍNIMO, UNA (1) DE ENTRADA PARA EL CIRCUITO Y DOS (02) CERCANAS DE LA CABECERA DEL PACIENTE, MÍNIMO Y OTRA DE EMERGENCIA, CON UN COMPARTIMIENTO ADAPTADO, CON PROTECTOR BATERIA, CON SISTEMA DE FIJACIÓN, PARA ALOJAR UN (01) BALÓN DE OXÍGENO 6.0 M3 APROX DE FORMA HORIZONTAL SIN PÉRDIDA DE SUMINISTRO CON SUS ACCESORIOS (MANIFOLD, REGULADOR, FLUXÓMETROS, VÁLVULAS, CONECTORES Y MANGUERAS) DEBIDAMENTE NORMALIZADOS. INCLUYE BOTELLA DE OXÍGENO. LA INSTALACIÓN DE GASES NO DEBE SER COMPARTIDA CON LA ELÉCTRICA. LAS TOMAS NO DEBEN ESTAR A MENOS DE 30CM DEL TOMACORRIENTE, APROXIMADAMENTE. |
| C13 | A NIVEL DEL TECHO, TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y 01 DISPOSITIVO PORTA SUERO |
| C14 | ILUMINACIÓN INTERIOR DE LUZ BLANCA, INDEPENDIENTE, MÍNIMO 04 (CUATRO) LÁMPARAS, PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX. 01 LÁMPARA DE ACCIONAMIENTO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR LA PUERTA LATERAL DERECHA DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA |
| C15 | VENTANAS: DE VIDRIOS TEMPLADOS Y PAVONADOS. |
| C16 | RUIDO INTERNO: HASTA UN MÁXIMO DE 65 DECIBELES EN CABINA DE ATENCIÓN EN TODO MOMENTO (R.M. N° 830-2012/MINSA) |
| C17 | COMO MEJORA PODRÁ TENER SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN INTERIOR (PRESIÓN NEGATIVA). AIRE ACONDICIONADO INSTALADO EN TECHO EXTERIOR, CON SALIDAS DEL AIRE ACONDICIONADO HACIA EL INTERIOR DE LA CELULA SANITARIA, CALEFACCIÓN INDEPENDIENTE DE LA CABINA CONDUCCIÓN POR MEDIO DE CIRCUITO CERRADO DE AGUA CALIENTE. |
| D | MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA MÉDICA |
| D01 | UN (01) GABINETE EMPOTRADO Y SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADA DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD CON ESTANTERÍA FABRICADA EN MATERIAL SINTÉTICO. Y/O POLÍMERO REFORZADO FIBRA DE VIDRIO (PRFV) O POLÍMERO ABS TERMO FORMADO O ABS TERMO CONFORMADO ANTIBACTERIANA O MATERIAL SINTÉTICO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS QUE NO PERMITAN ACTIVIDAD BACTERIANA (SE ACREDITARÁ MEDIANTE COPIA SIMPLE DE CERTIFICACIONES O INFORMES DE ENSAYO, EMITIDOS POR EL SERVICIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL MINSA O UNIVERSIDADES PERUANAS O EMPRESA CERTIFICADORA AUTORIZADA O MATERIAL SINTÉTICO DE ACUERDO A CADA FABRICANTE DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, DE 0.30 A 0.40M DE ANCHO, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS. CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES. |



Ing. Alvaro Aragon Chequhuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99274

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|------|--|
| D02 | CON CAPACIDAD PARA TRES (03) O MAS ASIENTOS REPARTIDOS ENTRE TIPO BUTACA MINIMO Y/O BANCA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR TRES (03) PERSONAS SENTADAS O UN (01) PACIENTE ACOSTADO, UBICADOS AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA (LADO DERECHO) CON RESPALDAR ACOLCHADO, CON CINTURONES DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, TAPIZ IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN. |
| D03 | ASIENTO GIRATORIO, TIPO AUTOMOTRIZ, PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01), UBICADO EN LA CABECERA DE LA CAMILLA. CON CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA, ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO. |
| D04 | UNA (01) LÁMPARA MÍNIMA DE LUZ HALÓGENA PARA EXAMEN DEL PACIENTE. |
| E | ACCESORIOS: |
| E01 | UNA (01) BARRA DE LUCES DE TECHO DE LUZ LEDS. AMPLIFICADOR DE SIRENA DE 100W, TRITONO Y UN (1) MICROFONO EXTENSIBLE. ALTAVOZ DE 100W DE POTENCIA, INSTALADO BAJO EL CAPOT. |
| E02 | SEIS (06) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES. INDICAR MEJORAS OPCIONALES COMO: ALERÓN TRASERO SUPERIOR FABRICADO EN ABS TERMOCONFORMADO, CON BARRA DIRECCIONAL DE OCHO (8) MÓDULOS DE LED LUZ ÁMBAR INSTALADOS SOBRE ALERÓN Y DOS MICROLED ÁMBAR DOS EN ESQUINAS TRASERA Y DOS EN LATERAL DERECHO E IZQUIERDO. DOS (2) DISPOSITIVOS MICROLED COLOR ÁMBAR INSTALADOS EN PARRILLA DELANTERA DEL VEHÍCULO. |
| E03 | D02 (02) FAROS DE LUZ HALOGENA O LED CON UN NIVEL DE ILUMINACION EQUIVALENTE O SUPERIOR. INDICAR TIPO |
| E04 | DOS (02) FAROS ANTINEBLA DELANTEROS: INDICAR CARACTERISTICA TECNICA |
| E05 | DOS (02) FAROS ANTINEBLA POSTERIOR: INDICAR CARACTERISTICA TECNICA |
| E06 | UN (01) JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO. |
| E07 | DOS (02) EXTINTORES RECARGABLES DE USO AUTOMOTRIZ CON SISTEMA DE ANCLAJE, PARA VEHÍCULO Y PARA EQUIPOS BIOMÉDICOS ELÉCTRICOS |
| E08 | MICAS ANTI-IMPACTO PARA VENTANAS LATERALES ANTERIORES Y POSTERIORES CON ESPESOR NO MENOR DE 12 MICRAS. |
| F | HERRAMIENTAS BASICAS |
| F01 | UNA GATA HIDRÁULICA DE 2 TN. COMO MÍNIMO |
| F02 | UN CABLE DE REMOLQUE TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS Y GROSOR QUE GARANTICE EL ADECUADO REMOLQUE DEL VEHÍCULO OFERTADO. |
| F03 | UN CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA. |
| F04 | UN FARO DE LUZ PORTATIL |
| F05 | LLAVE DE RUEDAS EN CRUZ. |
| F06 | DESARMADOR PLANO 10 PULGADAS |
| F074 | DESARMADOR ESTRELLA 10 PULGADAS |
| F08 | UN JUEGO DE LLAVES MIXTAS PARA MECÁNICA DE 8 MM A 19 MM. SEIS PIEZAS MÍNIMO |
| F09 | UN JUEGO DE LLAVES DE DADOS PARA MECÁNICA CON PALANCA, MILIMÉTRICAS DE 8MM A 19 MM. SEIS PIEZAS MÍNIMO. |
| F10 | DOS LLAVES FRANCESAS DE 8 Y 12". |
| F11 | DOS ALICATES: UNO DE PRESIÓN Y UNO DE CORTE DE 08" |
| F12 | MEDIDOR DE PRESIÓN DE LLANTAS. |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuancas
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



EQUIPAMIENTO MÉDICO BÁSICO PARA LA AMBULANCIA URBANA TIPO III

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02.01 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : ASPIRADOR DE SECRECIONES | |
| CODIGO: | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | EQUIPO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE SOBREMESA, CON PRESIÓN REGULABLE DE 80 A 500 MMHG. O RANGO MÁS AMPLIO, FRASCO DE POLICARBONATO O POLIPROPILENO CON ESCALA DE MEDIDA DE 1 LT. APROX., RECIPIENTE CON TAPA, FUNCIONAMIENTO A BATERÍA. |
| A02 | CON FILTRO ANTIBACTERIANO |
| A03 | CAPACIDAD DE SUCCIÓN CONTINUA DE 24 LPM Ó MÁS |
| A04 | CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CONTRA REBOSE O SOBRE FLUJO |
| A05 | VACUÓMETRO CON REGULADOR DE POTENCIA DE SUCCIÓN |
| A06 | DE ESTRUCTURA EN ABS ANTIGOLPES |
| A07 | LA PRE-INSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE. |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | 01 FRASCO RECOLECTOR DE REPUESTO CON ESCALA GRADUADA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS |
| B02 | DIEZ CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTOS |
| B03 | DIEZ CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS |
| B04 | DIEZ CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL |
| B05 | DIEZ FILTROS ANTIBACTERIANO |
| B06 | TUBO DE SILICONA FLEXIBLE |
| B07 | COMO MEJORA: BOLSA DE TRANSPORTE PARA EL EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES Y SUS ACCESORIOS. |
| B08 | CON SOPORTE BASE PARA EL EQUIPO, CON SISTEMA DE LIBERACIÓN RÁPIDA QUE PERMITA UN BLOQUEO Y DESBLOQUEO INMEDIATO DEL EQUIPO, DE PREFERENCIA ESPECÍFICAMENTE DISEÑADA PARA EL EQUIPO. |
| C | REQUERIMIENTO DE ENERGIA |
| C01 | SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DE LA AMBULANCIA. |
| C02 | CON BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 45 MINUTOS. |
| C03 | APTO PARA FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ |

| | |
|---|---|
| ITEM : 01.02.02 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : BALON DE OXIGENO FIJO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 3450 LITROS DE OXÍGENO INDICAR: BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA. |
| A02 | MATERIAL DE ALUMINIO TIPO M. |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484



| | |
|-----|---|
| A03 | PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA |
| B | COMPONENTES |
| B01 | CON VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-540) |
| B02 | CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA TIPO GRIFO. |
| B03 | CON MANÓMETRO DE OXÍGENO DE 0 A 2500 PSI Ó APROX, CON SALIDA REGULADA A 50 APROX. PSI PARA LA ALIMENTACIÓN DE LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA. |
| B04 | DOS FLUJOMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA. |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | DOS (02) HUMIDIFICADORES REUSABLES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE. |
| C02 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX. |
| C03 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX. |
| C04 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE LIBRE DE LÁTEX. |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.03 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : BALON DE OXIGENO PORTATIL | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 425 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE. BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA. |
| A02 | MATERIAL DE ALUMINIO TIPO D. |
| A03 | PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | CON VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-870) |
| B02 | REGULADOR CON MANÓMETRO DE OXÍGENO. C03 FLUJOMETRO DE 0 A 15 LPM |
| B03 | CON VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-870) |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | UN (01) HUMIDIFICADORES REUSABLES. INDICAR TIPO: |
| C02 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO. INDICAR MATERIAL: |
| C03 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO. INDICAR MATERIAL: |
| C04 | DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE. INDICAR MATERIAL: |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.04 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : CAMILLA TELESCÓPICA | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | SISTEMA DE FIJACIÓN AL VEHICULO. Y/O CON GANCHO LATERAL Y TOPE FRONTAL (SEGÚN NTS N°051-MINSA/OGDN-V0.1) |



Edvin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99274

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL Y PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|-----|---|
| A02 | SISTEMA DE FRENO POR LO MENOS EN DOS (02) RUEDAS. |
| A03 | SISTEMA PORTA BALÓN DE OXÍGENO CON CORREAS DE SEGURIDAD PESO MÁXIMO. INDICAR: |
| A04 | PESO MÁXIMO 45KG |
| A05 | CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 160 KILOS |
| A06 | RESPALDAR PLANO |
| A07 | COLCHONETA IMPERMEABLE, INDICAR: MARCA DE LA CAMILLA. |
| A08 | ADOPTAR POSICIÓN DE TRENDELEMBURG |
| A09 | ADOPTAR POSICIÓN DE FOWLER. |
| A10 | CONSTRUIDO DE ALUMINIO. |
| A11 | AJUSTABLE EN ALTURA MULTINIVEL U OTRO MECANIZMO |
| A12 | RUEDAS DE 15 cm DE DIÁMETRO Y 5 cm DE ANCHO. O SIMILAR |
| A13 | ARTICULACIÓN EN RODILLA Y RESPALDAR |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | DOS ASAS DE PROTECCIÓN LATERAL RETRÁCTIL |
| B02 | GANCHO DE SEGURIDAD PARA DESCENSO DE CAMILLA O SIMILAR |
| B03 | PORTA SUERO PLEGABLE DE MATERIAL RESISTENTE A GOLPES |
| B04 | CORREAS DE SUJECCIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN, TÓRAX Y HOMBROS, CON CLIP METÁLICO. |
| B05 | LONA PARA TRANSFER CON ASAS (TRANSFER FLAT) O SIMILAR |

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02.05 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : CHALECO DE EXTRICACION | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | QUE PERMITA USO SIMULTÁNEO DE COLLARÍN CERVICAL. |
| A02 | CAPACIDAD DE INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL.. |
| A03 | REFORZADO CON VARILLAS. |
| A04 | TRANSPARENTE A LOS RAYOS X. |
| A05 | MATERIAL POLIVINILO LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE |
| A06 | USO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y EMBARAZADAS. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | ALMOHADA PARA LA NUCA. |
| B02 | BANDA PARA LA NUCA Y BARBILLA |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | BOLSA DE TRASLADO CON ASA |
| C02 | CORREAS CODIFICADAS POR COLOR CON CLIP DE SEGURIDAD. |

| | |
|---|---------------------------|
| ITEM : 01.02.06 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : ESTETOSCOPIO ADULTO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |



Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|-----|--|
| A01 | CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE |
| A02 | DE DOBLE CAMPANA. |
| A03 | CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES ADULTOS |
| A04 | BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE |
| A05 | DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA) CAPACIDAD DE REGISTRAR FRECUENCIAS DE 20 HZ A 1500 HZ. |
| A06 | TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS |
| A07 | OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR |
| B | COMPONENTES |
| B01 | EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA. |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.07 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE |
| A02 | DE DOBLE CAMPANA. |
| A03 | CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS |
| A04 | BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE |
| A05 | DIAFRAGMA QUE PERMITA LA DETECCIÓN DE AMPLIO RANGO DE FRECUENCIAS (SONIDOS DE ALTA Y BAJA FRECUENCIA) CAPACIDAD DE REGISTRAR FRECUENCIAS DE 20 HZ A 1500 HZ. |
| A06 | TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS |
| A07 | OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR |
| B | COMPONENTES |
| B01 | EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA. |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.08 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : SET OTO-OFTALMOSCOPIO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | SET CONTENIENDO OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO. OFTALMOSCOPIO |
| A02 | CON RUEDA DE DIAFRAGMA. |
| A03 | CON FILTROS: LIBRE DE ROJO (FILTRO VERDE), FILTRO DE POLARIZACIÓN. |
| A04 | SISTEMA DE ILUMINACIÓN POR LÁMPARA XENÓN O LED. |
| A05 | CON ÓPTICAS DE OBSERVACIÓN: CON LENTES DE -10 A +25 DIOPTRÍAS COMO MÍNIMO. |



Edwin Arango Arango Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484



| | |
|-----|--|
| | OTOSCOPIO |
| A06 | APTO PARA TRABAJO CON ESPÉCULOS DE TAMAÑOS DIFERENTES. |
| A07 | CON LUPA PARA VISUALIZACIÓN TIMPÁNICA. |
| A08 | SISTEMA DE ILUMINACIÓN POR LÁMPARA XENÓN O LED. |
| | MANGO PARA OTOSCOPIO / OFTALMOSCOPIO |
| A09 | UN (01) MANGO PARA FUNCIONAMIENTO CON PILAS O BATERÍAS RECARGABLES COMPATIBLE PARA OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO O INDIVIDUAL PARA CADA UNO. |
| A10 | CONTROL DE ILUMINACIÓN. |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | ESTUCHE A PRUEBA DE IMPACTOS QUE CONTENGA EL SET COMPLETO. |
| B02 | SET DE CUATRO (04) ESPÉCULOS AURICULARES REUTILIZABLES DE DISTINTO TAMAÑO. |
| B03 | SET DE TRES (03) ESPÉCULOS DESECHABLES DE DISTINTO TAMAÑO. |
| B04 | UN (01) CARGADOR DE PILAS O BATERÍAS DE FUNCIONAMIENTO A 220 VAC. |
| B05 | DOS DOS (02) LÁMPARAS DE REPUESTO: UNO (01) PARA EL OFTALMOSCOPIO Y UNO (01) PARA EL RETINOSCOPIO. |
| C | REQUERIMIENTO DE ENERGIA |
| C01 | CON PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS |

| | |
|-----------------------------------|---|
| ITEM : 01.02.09 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : FÉRULAS | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | RÍGIDA CON ALMA FLEXIBLE DE ALEACIÓN DE ALUMINIO. Y/O SIMILAR |
| A02 | DE MATERIAL LAVABLE, NO ABSORBENTE A FLUIDOS Y SECRECIONES |
| A03 | SISTEMA DE FIJACIÓN O SUJECIÓN POR VELCRO |
| A04 | NO DEBE TENER VÁLVULAS, BOMBAS |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | UN JUEGO DE FÉRULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, COMPRENDE: <ul style="list-style-type: none"> • FÉRULA PARA INMOVILIZAR MUÑECA • FÉRULA PARA INMOVILIZAR ANTEBRAZOS DE ADULTOS O PIERNAS DE NIÑOS. • FÉRULA PARA INMOVILIZAR TOBILLO O CODO • FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS SUPERIORES DE ADULTOS O INFERIORES DE NIÑOS. • FÉRULA PARA INMOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES DE ADULTOS |
| B02 | CON BOLSA DE TRANSPORTE. |

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02.10 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : LINTERNA PARA EXAMEN | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | LINTERNA PARA EXAMEN LED (LUZ BLANCA). |
| A02 | CON CLIP TIPO LAPICERO |



Ing. Mecánico Electricista
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

Ing. ADM. Edilberto Antonio Salas Valdivia
C.I.D. 09484



| | |
|-----|--|
| A03 | PARA USO MÉDICO. |
| A04 | MANGO A PILAS |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | UN JUEGO DE BATERÍAS DE REPUESTO |
| B02 | UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO |
| B03 | UN CARGADOR PARA BATERÍAS |
| C | REQUERIMIENTO DE ENERGIA |
| C01 | CON PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS |

| | |
|--|---|
| ITEM : 01.02.11 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : SET DE COLLARINES CERVICALES | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | TRES (03) TAMAÑOS COMO MÍNIMO, ADULTO ESTÁNDAR, PEDIÁTRICO, E INFANTE ESTÁNDAR. |
| A02 | RADIO COMPATIBLE CON RX, TAC Y MRI. |
| A03 | CON ORIFICIO PARA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA. |
| A04 | RÍGIDO CON CUBIERTA PLÁSTICA PARCIAL. |
| A05 | TIRA DE VELCRO O CIERRE REGULABLE. |

| | |
|---|---|
| ITEM : 01.02.12 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : MALETIN DE MEDICAMENTOS | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | MALETÍN DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO |
| A02 | PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES Y CAÍDAS, DE USO CONSTANTE Y DURABLE. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | DEBE ALBERGAR COMO MÍNIMO LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES INDICADOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD N°051-MINSA/OGDN-V0.1. (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES). |

| | |
|---|---------------------------|
| ITEM : 01.02.13 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |



Luis Alvaro Aragon Choquehuanc
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO PRESUPUESTO
ORIGINAL DE PRODUCTO

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484



| | |
|-----|--|
| A01 | MALETÍN DISEÑADO PARA EMERGENCIAS, COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONTENER LA TOTALIDAD DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO. |
| A02 | PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES, CAÍDAS Y USO CONSTANTE, DURABLE. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS: <ul style="list-style-type: none"> •BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR DE 1200 CC. •DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES ADULTOS DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE. •VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA PEEP REGULABLE Y ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE. •BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC. |
| B02 | RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO: <ul style="list-style-type: none"> •BOLSA DE SILICONA ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE Y CON CAPACIDAD MAYOR A 450 CC Y MENOR A 1000 CC. •DOS MASCARILLAS PARA PACIENTES DE DIFERENTES TAMAÑOS CON BORDES ACOJINADOS, ANATÓMICOS, TRANSPARENTES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE. •VÁLVULA DE PACIENTE Y VÁLVULA DE SEGURIDAD DE SOBRE PRESIÓN (RELIEF) ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE. •BOLSA DE RESERVORIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC. |
| B03 | LARINGOSCOPIO <ul style="list-style-type: none"> •CON SISTEMA DE ILUMINACIÓN DE FIBRA ÓPTICA, LÁMPARA DE XENÓN O LED, CON TRES HOJAS DE ACERO INOXIDABLE. •DE DIFERENTES TAMAÑOS, REUSABLES Y AUTOCLAVABLES, PARA PACIENTES ADULTOS TIPO MACINTOSH; UNA HOJA PARA PACIENTES. •PEDIÁTRICOS TIPO MACINTOSH REUSABLE Y AUTOCLAVABLES; TRES HOJAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS TIPO MILLER REUSABLE. •UN MANGO PARA PILAS. |
| B04 | SET DE TUBOS OROFARÍNGEOS <ul style="list-style-type: none"> •TIPO MAYO DE DIFERENTES TAMAÑOS: N° 00, N°0, N°1, N°2, N°3, N°4, N°5 Y N°6. Y/O INDICAR |
| B05 | SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (OROTRAQUEAL CON CUFF) <ul style="list-style-type: none"> •DOCE (12) PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS, DE DIFERENTES TAMAÑOS: N°2.5, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8 Y N°9. Y/O EQUIVALENTE •DOS (02) GUÍAS REUSABLES. |
| B06 | SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (NASOTRAQUEAL SIN CUFF) <ul style="list-style-type: none"> • DOCE (12) PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS, DE DIFERENTES TAMAÑOS: N°2.5, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8 Y N°9. Y/O EQUIVALENTE |
| B07 | SET DE TUBOS NASOFARÍNGEOS PREFORMADOS <ul style="list-style-type: none"> •DE DIFERENTES TAMAÑOS: N°2.5, N°3, N°4, N°5 Y N°6. Y/O EQUIVALENTE |
| B08 | MÁSCARAS LARÍNGEAS DESCARTABLES <ul style="list-style-type: none"> •CINCO (05) DE DIFERENTES TAMAÑOS: N°1.5, N°2, N°2.5, N°3, N°4, N°5. Y/O EQUIVALENTE |
| B09 | 01 PINZA TIPO MAGILL DE 17 CM. APROX |
| B10 | 01 PINZA TIPO MAGILL DE 25 CM. APROX |
| B11 | 01 BOTELLA DE ALUMINIO PARA OXÍGENO PORTÁTIL CON REGULADOR Y FLUJÓMETRO TIPO M-9, PARA SER TRANSPORTADO DENTRO DEL MALETÍN. BOTELLA LLENA A PRESIÓN MÁXIMA |
| B12 | ABREBOCA |
| B13 | DEPRESOR LINGUAL SE CONSIDERARA MEJORA EN BUCHWALD DE ACERO QUIRÚRGICO |



Edyia Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

M.C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|--|--|
| TEM : 01.02.14 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : TABLA RÍGIDA | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | MATERIAL DE POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD O SIMILAR |
| A02 | TRASLÚCIDO A LOS RAYOS X. |
| A03 | PESO LIVIANO MENOR A 8 KG. |
| A04 | TABLA PARA PACIENTE ADULTO. |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | INMOVILIZADOR DE CABEZA, REUSABLE, IMPERMEABLE, CON FIJACIÓN PARA FRENTE Y MANDÍBULA |
| B02 | TRES (03) SUJETADORES PARA PIERNA, CINTURA Y TÓRAX |
| B03 | CON CORREA TIPO "ARAÑA" (SPIDER STRAP). |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.15 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG. CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO. |
| A02 | PIEZAS RECAMBIABLES. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 MM HG. |
| B02 | CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI- IMPACTO. |
| B03 | PERILLA DE GOMA |
| B04 | VÁLVULA DE AJUSTE FINO. |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA GRANDE • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA ESTÁNDAR |
| C02 | ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN |

| | |
|---|--|
| ITEM : 01.02.16 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN MMHG. CON EXACTITUD DE 5 MM HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO. |



Edvin Alvaro Aragon Chonchebianca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL DE PROYECTOS

ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05424



| | |
|-----|---|
| A02 | PIEZAS RECAMBIABLES. |
| B | COMPONENTES |
| B01 | MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 MM HG. |
| B02 | CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI- IMPACTO. |
| B03 | PERILLA DE GOMA |
| B04 | VÁLVULA DE AJUSTE FINO. |
| C | ACCESORIOS |
| C01 | DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: • UNO (01) PARA PACIENTE PEDIÁTRICO • UNO (01) PARA PACIENTE INFANTE |
| C02 | ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN |

| | |
|---------------------------------|---|
| ITEM : 01.02.17 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : HANDY | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | DOS (02) HANDY EN FRECUENCIA VHF DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN MÓVIL |
| A02 | POTENCIA DE SALIDA MÍNIMA 5.0 WATTS. |
| A03 | COBERTURA EN FRECUENCIA DE 136 A 174 MHZ |
| A04 | EL EQUIPO ESTARÁ PRESINTONIZADO CON LAS FRECUENCIAS RADIALES DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX: 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625 MHZ. UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZ Y TX 171.930 MHZ |
| A05 | SCANER DE CANALES |
| A06 | DISPLAY LCD, ALFANUMÉRICO CON BACKLIGHT |
| A07 | CON CODIFICADOR DE DTMF |
| A08 | 20 CANALES DE MEMORIA COMO MÍNIMO |
| A09 | FUNCIÓN DE APAGADO AUTOMÁTICO PROGRAMABLE |
| A10 | PERMITE PROGRAMACIÓN MANUAL O POR PC |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | CARGADOR DE BATERÍA DE MESA. |
| B02 | CARGADOR DE BATERÍA DE VEHÍCULO |
| B03 | MICRÓFONO CON CLIP |
| B04 | BATERÍA DE REPUESTO. |
| C | ENERGIA |
| C01 | BATERÍA RECARGABLE |

| | |
|---|---------------------------|
| ITEM : 01.02.18 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION MOVIL | |
| CODIGO: S/C | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |



Edmundo Aragon Choquebancha
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL Y PROTECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484



| | |
|-----|---|
| A01 | EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA SER UTILIZADO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EQUIPO ITINERANTE. |
| A02 | EQUIPO DE USO COMERCIAL EN EL RANGO DE 136-174 MHZ. |
| A03 | EL EQUIPO ESTARÁ PRESINTONIZADO CON LAS FRECUENCIAS RADIALES DEL MINISTERIO DE SALUD TX/RX: 166.930 MHZ, 170.610 MHZ, 171.930 MHZ, 160.625 MHZ. UNA FRECUENCIA DE RX 166.930 MHZ Y TX 171.930 MHZ. |
| A04 | NÚMERO DE CANALES: MÍNIMO 20 PROGRAMABLES. PASOS DE SINTONÍA ENTRE: 10/12.5/15/20/25 KHZ BOTONES PROGRAMABLES. |
| A05 | SCANNER. EXPLORADOR DE CANALES BLOQUEO DE CANAL OCUPADO. |
| A06 | ESTÁNDAR MILITAR (REFERIDO A POLVO, RUIDO Y HUMEDAD EN SISTEMAS DE RADIOCOMUNICACIÓN) |
| A07 | LLAMADA SELECTIVA |
| A08 | PASSWORD DE SEGURIDAD. |
| A09 | IDENTIFICADOR DE LLAMADAS POR PTT-ID |
| A10 | PROGRAMABLE Y AJUSTABLE POR PC (SOFTWARE Y CABLE RESPECTIVO) |
| A11 | EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PRIVADA CON CERTIFICACIÓN DE HOMOLOGACIÓN OTORGADO POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DEL PERÚ |
| B | COMPONENTES |
| B01 | TRANSMISOR POTENCIA DE SALIDA 45 WATTS COMO MÍNIMO |
| B02 | RECEPTOR POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: MAYOR DE 2 WATTS |
| B03 | ANTENA MÓVIL ANTENA MÓVIL TIPO VHF/FM, SINTONIZADA A LA FRECUENCIA DE OPERACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD, GANANCIA DE 3.4 DB O MAYOR, DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIO, O MARCA EQUIVALENTE ADAPTABLE AL EQUIPO. |
| B04 | IMPEDANCIA DE ANTENA: 50 OHMIOS APROX |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | CLIP COLGADOR DE MICRÓFONO |
| B02 | KIT DE MONTAJE PARA SER INSTALADA EN LA CABINA DEL CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA: CABLES DE ALIMENTACIÓN Y FUSIBLES DE REPUESTO |
| C | ENERGIA |
| C01 | SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ADAPTABLE AL VEHÍCULO |

| | |
|---------------------------------|---|
| ITEM | : 01.02.19 |
| DENOMINACION DEL EQUIPO | : MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL |
| CODIGO: | S/C |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | PORTÁTIL, PESO APROX A 7 KG. INCLUIDA LA BATERÍA Y PALETAS. B02 FORMA DE ONDA: BIFÁSICA O SIMILAR |
| A02 | TIEMPO DE CARGA MENOR A 7 SEGUNDOS A CARGA COMPLETA DE LA BATERÍA. |
| A03 | SELECTOR DE CARGA EN EL PANEL DEL EQUIPO CON CAPACIDAD HASTA 200 JOULES. Y/O (CON 10 Ó MÁS VALORES DE SELECCIÓN). |
| A04 | CONTROL DE INICIO DE CARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS, Y DESCARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO. |
| A05 | INDICADOR DE CARGA COMPLETA AUDIBLE Y GRÁFICA. |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuana
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL DE PROYECTO

ING. ADM. EDILBERDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 06484



| | |
|-----|---|
| A06 | CON UN PAR DE PALETAS EXTERNAS ADULTO Y PEDIÁTRICO, ESTAS ÚLTIMAS DESLIZABLES O MONTABLES SOBRE LAS PALETAS DE ADULTO, CON ALOJAMIENTO DE PALETAS EXTERNAS A LOS LADOS LATERALES DEL EQUIPO O EN LA PARTE FRONTAL DEL MISMO NO EN LA PARTE SUPERIOR DEL EQUIPO. |
| A07 | SINCRONISMO PARA CARDIOVERSIÓN Y/O MODO SINCRONIZADO. |
| A08 | INDICADOR DE ESTADO DE BATERÍA. |
| A09 | CON SISTEMA DE PROTECCIÓN DE ENTRADA DEL ECG ANTE LA DESFIBRILACIÓN. |
| A11 | CON PROTOCOLOS DE RCP, PRE CONFIGURADOS Y CONFIGURABLES POR EL USUARIO |
| B | COMPONENTES |
| | PANTALLA |
| B01 | TAMAÑO APROX DE 4.5" DIAGONAL Ó MÁS, EN COLOR |
| B02 | GRÁFICA DE ONDA ECG Y DISPLAY DIGITAL DEL VALOR MEDIDO EN PANTALLA |
| B03 | VISUALIZACIÓN DE VALOR NUMÉRICO DE LA ENERGÍA SELECCIONADA Y LIBERADA |
| B04 | COMO MÍNIMO TRES DERIVACIONES DE ECG: I, II, III |
| B05 | FRECUENCIA CARDIACA DE 0 A 250 BPM. O RANGO MÁS AMPLIO. |
| B06 | ALARMA PARA FRECUENCIA CARDIACA. |
| | REGISTRADOR |
| B07 | REGISTRADOR INTEGRADO AL EQUIPO, CON REGISTRO TIPO TÉRMICO. |
| B08 | MODO DE IMPRESIÓN MANUAL Y/O AUTOMÁTICO |
| B09 | CAPACIDAD PARA PAPEL DE 35 APROX. MM O MÁS DE ANCHO. |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | Dos Cables ECG de 03 ramales Y/O MEJORAS ADICIONALES Dos Cables ECG de 05 ramales Y/O MEJORAS ADICIONALES |
| B02 | 50 PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO ADULTO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES CON UN CABLE CONECTOR AL EQUIPO COMO MÍNIMO. |
| B03 | DIEZ (10) PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TAMAÑO PEDIÁTRICO PARA MARCAPASOS EXTERNO Y DESFIBRILACIÓN A MANOS LIBRES CON UN CABLE CONECTOR AL EQUIPO COMO MÍNIMO. Y/O INDICAR |
| B04 | 100 PARES DE ELECTRODOS DESCARTABLES TIPO BROCHE PARA PIEL. MINIMO |
| B05 | 05 FRASCOS DE GEL ELECTROCONDUCTOR. |
| B06 | 10 ROLLOS MINIMO DE PAPEL TERMOSENSIBLE |
| B07 | INCLUYE BOLSAS DE ACCESORIOS QUE SON SUJETADAS A LOS LADOS DEL EQUIPOS |
| B08 | CON SOPORTE BASE PARA EL EQUIPO, CON SISTEMA DE LIBERACIÓN RÁPIDA QUE PERMITA UN BLOQUEO Y DESBLOQUEO INMEDIATO DEL EQUIPO. |
| C | ENERGIA |
| C01 | FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA 220 VAC / 60 HZ. |
| C02 | CON BATERÍA RECARGABLE CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 03 / 04 HORAS |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ITEM | : 01.02.20 |
| DENOMINACION DEL EQUIPO | : OXÍMETRO DE PULSO |
| CODIGO: | S/C |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | CARACTERÍSTICAS GENERALES |
| A01 | PROCESAMIENTO DIGITAL DE LA SEÑAL |



Ing. Alvaro Aragón Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAB. 09481



| | |
|-----|---|
| A02 | VISUALIZACIÓN DE ONDA PLETISMOGRÁFICA |
| A03 | RANGO DE LECTURA DE SATURACIÓN DE OXIGENO DE 15% O MENOS A 99% O MAS. RANGO DE FRECUENCIA DE PULSO DE 30 A 220 Ó RANGO MÁS AMPLIO |
| A04 | CON ALARMAS DE SPO2 ALTO Y BAJO |
| A05 | CON ALARMAS DE FRECUENCIA DE PULSACIONES ALTO Y BAJO INDICADOR DE BATERÍA BAJA. |
| A06 | SILENCIADOR DE ALARMA |
| B | ACCESORIOS |
| B01 | TRES (03) SENSORES REUSABLES DE DEDO PARA PACIENTES ADULTOS, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO |
| B02 | TRES (03) SENSORES REUSABLES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO. |
| B03 | DOS (02) SENSORES REUSABLES PARA NEONATOS SIN RESORTE O PINZAS DE SUJECIÓN QUE PUEDAN DAÑAR AL NEONATO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO. |
| B04 | LA PRE-INSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE. |
| C | ENERGIA |
| C01 | SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DC DE LA AMBULANCIA. |
| C02 | CON BATERÍA RECARGABLE CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 01 HORA |
| C03 | APTO PARA TRABAJAR A LA RED ELÉCTRICA DE 220 VAC 60 HZ. Y/O SOPORTE BASE |

| | |
|--|---|
| ITEM : 01.02.21 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : BOMBA DE INFUSIÓN DE 2 CANALES | |
| CODIGO D-105 | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | ESPECIFICACIONES GENERALES |
| A01 | BOMBA DE INFUSION PARA 2 CANALES |
| A02 | MODULO COMPUESTO PARA CONECTAR UNA O MAS BOMBAS DE INFUSION (TIPO HORIZONTAL) |
| A03 | PORTATIL CON BATERIAS RECARGABLES |
| A04 | SET DE INFUSION: UNIVERSAL |
| A05 | SISTEMA DE BOMBEO VOLUMETRICO, COMO MEJORA TECNICA |
| A06 | PANTALLA GRAFICA TFT CON VISUALIZACION DE VOLUMEN INFUNDIDO, INFUSION ACTUAL, VOLUMEN LIMITE O TOTAL, TIEMPO RESTANTE, NIVEL DE BATERIA Y/O EQUIVALENTE |
| A07 | PARA USO ADULTO, PEDIATRICO Y NEONATO |
| A08 | USOS PARA INFUSION DE SANGRE, MEDICAMENTOS, ALIMENTACION PARENTERAL, HIDRATACION |
| B | ESPECIFICACIONES TECNICAS |
| B01 | TASA DE INFUSION POR CANAL: |
| B02 | VELOCIDAD DE CAUDAL: 0.1 – 2.000 ML/H (EN INCREMENTOS DE 0.01 ML/H) O MAYOR |
| B03 | VOLUMEN ACUMULADO 0-9.999,99 ML O MAYOR |
| B04 | VOLUMEN DE BOLO POR CANAL: 0,10 – 9,999,99 ML |
| B05 | KVO POR CANAL: 1-2ML/H O MAS AMPLIO |
| B06 | ALARMAS AUDIOVISUALES: AIRE EN LA LINEA, OCLUSION, PUERTA ABIERTA. INFUSION COMPLETADA, BATERIA BAJA, ERROR EN EL SISTEMA, INDEPENDIENTE O CENTRALIZADO |
| C | ACCESORIOS Y/O INSUMOS ADICIONALES |
| C01 | VEINTE (20) SETS DE INFUSION |



Ing. Alvaro Aragon Choquebanc
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05464



| | |
|-----|--|
| D | REQUERIMIENTO DE ENERGIA |
| D01 | ALIMENTACION:220VAC / 60HZ |
| D02 | BATERIA INTERNA: RECARGABLE. 2 HORAS DE AUTONOMIA O MAYOR |
| D03 | CABLE DE ALIMENTACION DE GRADO MÉDICO CON TOMA A TIERRA TIPO SCHUKO 250 V 16 A (R.M. N° 175-2008-MEM). |

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02.21 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : VENTILADOR DE TRANSPORTE | |
| CODIGO D-119 | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | GENERALES |
| A01 | PARA SER UTILIZADO EN EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA. |
| A02 | PORTATIL, NO RODABLE. |
| A03 | CONTROLADO POR MICROPROCESADOR. (OPCIONAL) |
| A04 | PESO TOTAL DEL EQUIPO (INCLUIDA LA BATERIA) NO MAYOR DE 5,8 KG.. |
| A05 | QUE PERMITA EL AJUSTE Y SELECCION DE PARAMETROS |
| A06 | CON VALVULA PEEP INTEGRADA EN EL EQUIPO. |
| A07 | DESPLIEGUE LCD DIGITAL AREA VISIBLE ÁREA VISIBLE DE 108 X 56 MM DIAGONAL Y/O INDICAR |
| B | MODALIDADES DE VENTILACION |
| B01 | ASISTIDO / CONTROLADO (ACV) O CMV O SIMV O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| B02 | VC-CMV, VC-AC, VC-SIMV, SPNCPAP, PC-BIPAP O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| B03 | PRESIÓN DE SOPORTE: EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN VCSIMV, PC-BIPAP* Y SPNCPAP O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| B04 | VENTILACIÓN DE APNEA: EN EL MODO DE VENTILACIÓN SPNCPAP |
| B05 | CPAP / PFEP O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| B06 | NIV: EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN: SPNCPAP (/PS), PC-BIPAP (/PS), VC-CMV /AF, VC-AC / AF Y VC-SIMV / AF O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| B07 | MEDICIÓN DE CO2 MAINSTREAM INTEGRADA O DE ACUERDO AL FABRICANTE |
| C | CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA |
| C01 | DE VOLUMEN TIDAL DE 2.000 ML. O MAS. |
| C02 | INDICAR:DE FRECUENCIA INSPIRATORIA (FIO2) 4%-100% O MAS AMPLIO |
| C03 | INDICAR: RANGO DE VENTILACION DE 2 A 60 /MIN (VC-SIMV, PC-BIPAP), DE 5 A 60 /MIN (VC-CMV, VC-AC), DE 12 A 60 /MIN PARA VENTILACIÓN DE APNEA |
| C04 | INDICAR: TIEMPO DE INSPIRACION AJUSTABLE 0.2-10 SEG |
| C05 | SENSIBILIDAD AJUSTABLE DE TRIGGER 1 A 15 L/MIN |
| C06 | INDICAR: RANGO DE FLUJO: 100 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO > 350 KPA / 51 PSI; 80 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO < 350 KPA / 51 PSI 80 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO < 270 KPA / 39 PSI |
| C07 | INDICAR: PEEP 0-20 CMH2O O MAYOR |
| C08 | CONEXION RS 232 O USB. PARA EXPORTACIÓN DE DATOS PROTOCOLO MEDIBUS |
| D | ALARMAS |
| D01 | INDICADOR DE ALARMAS |
| D02 | VOLUMEN DE ALARMA REGULABLE O DE ACUERDO A CADA FABRICANTE |
| D03 | DE ALTA PRESION DE VIAS AEREAS. |
| D04 | DE BAJA PRESION DE VIAS AEREAS. |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINA DE PROYECTOS

ING. ADM. EDELBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
GLAD. 00484



| | |
|-----|---|
| D05 | DE FALLA ELECTRICA (BATERIA BAJA O RED). |
| D06 | DE APNEA. |
| E | ACCESORIOS |
| E01 | DOS (02) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE ADULTO (REUSABLE O DESCARTABLE) |
| E02 | DOS (02) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE PEDIATRICO (REUSABLE O DECARTABLE) |
| E03 | UN (01) PULMON DE PRUEBA. |
| E04 | MANGUERAS DE OXIGENO. |
| F | REQUERIMIENTO ENERGETICO |
| F01 | APTO PARA FUNCIONAR CON RED ELECTRICA DE 220 VAC. |
| F02 | CABLE DE ALIMENTACION DE GRADO MÉDICO CON TOMA A TIERRA TIPO SCHUKO 250 V 16 A (R.M. N° 175-2008-MEM). Y/O INDICAR |
| F03 | BATERIA RECARGABLE DE LITIO CON AUTONOMIA MINIMA DE 04 HORAS (INTERNA O EXTERNA) |
| F04 | INCLUIR SISTEMA DE TRANSPORTE, CILINDRO Y REGULADOR CON SISTEMA DE INTERCAMBIO D EMANGUERAS PARA CILINDRO O RED HOSPITALARIA. Y/O INDICAR |

| | |
|--|--|
| ITEM : 01.02.22 | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO : VENTILADOR DE TRANSPORTE | |
| CODIGO D-119 | |
| REQUERIMIENTOS TECNICOS MINIMOS | |
| A | GENERALES |
| A01 | PARA SER UTILIZADO EN EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA. |
| A02 | PORTATIL, NO RODABLE. |
| A03 | CONTROLADO POR MICROPROCESADOR. |
| A04 | PESO TOTAL DEL EQUIPO (INCLUIDA LA BATERIA) NO MAYOR DE 5,8 KG.. |
| A05 | QUE PERMITA EL AJUSTE Y SELECCION DE PARAMETROS |
| A06 | CON VALVULA PEEP INTEGRADA EN EL EQUIPO. |
| A07 | DESPLIEGUE LCD DIGITAL AREA VISIBLE ÁREA VISIBLE DE 108 X 56 MM DIAGONAL |
| B | MODALIDADES DE VENTILACION |
| B01 | ASISTIDO / CONTROLADO (ACV) O CMV O SIMV |
| B02 | VC-CMV, VC-AC, VC-SIMV, SPNCPAP, PC-BIPAP |
| B03 | PRESIÓN DE SOPORTE: EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN VCSIMV, PC-BIPAP* Y SPNCPAP |
| B04 | VENTILACIÓN DE APNEA: EN EL MODO DE VENTILACIÓN SPNCPAP |
| B05 | CPAP / PFEP |
| B06 | NIV: EN LOS MODOS DE VENTILACIÓN: SPNCPAP (/PS), PC-BIPAP (/PS), VC-CMV /AF, VC-AC / AF Y VC-SIMV /AF |
| B07 | MEDICIÓN DE CO2 MAINSTREAM INTEGRADA |
| C | CONTROLES CON PROGRAMACION DIRECTA |
| C01 | DE VOLUMEN TIDAL DE 2.000 ML. O MAS. |
| C02 | DE FRECUENCIA INSPIRATORIA (FIO2) 4%-100% O MAS AMPLIO |
| C03 | RANGO DE VENTILACION DE 2 A 60 /MIN (VC-SIMV, PC-BIPAP), DE 5 A 60 /MIN (VC-CMV, VC-AC), DE 12 A 60 /MIN PARA VENTILACIÓN DE APNEA |
| C04 | TIEMPO DE INSPIRACION AJUSTABLE 0.2-10 SEG |
| C05 | SENSIBILIDAD AJUSTABLE DE TRIGGER 1 A 15 L/MIN |



Edwin Alvaro Aragon Chequehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PRESUPUESTO

ING. ADM. BOLIBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05481



| | |
|-----|---|
| C06 | RANGO DE FLUJO: 100 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO > 350 KPA / 51 PSI; 80 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO < 350 KPA / 51 PSI 80 L/MIN A PRESIONES DE SUMINISTRO < 270 KPA / 39 PSI |
| C07 | PEEP 0-20 CMH2O O MAYOR |
| C08 | CONEXION RS 232 O USB. PARA EXPORTACIÓN DE DATOS PROTOCOLO MEDIBUS |
| D | ALARMAS |
| D01 | INDICADOR DE ALARMAS |
| D02 | VOLUMEN DE ALARMA REGULABLE |
| D03 | DE ALTA PRESION DE VIAS AEREAS. |
| D04 | DE BAJA PRESION DE VIAS AEREAS. |
| D05 | DE FALLA ELECTRICA (BATERIA BAJA O RED). |
| D06 | DE APNEA. |
| E | ACCESORIOS |
| E01 | DOS (02) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE ADULTO (REUSABLE) |
| E02 | DOS (02) JUEGOS COMPLETOS DE CIRCUITO PACIENTE PEDIATRICO (REUSABLE) |
| E03 | UN (01) PULMON DE PRUEBA. |
| E04 | MANGUERAS DE OXIGENO. |
| F | REQUERIMIENTO ENERGETICO |
| F01 | APTO PARA FUNCIONAR CON RED ELECTRICA DE 220 VAC. |
| F02 | CABLE DE ALIMENTACION DE GRADO MÉDICO CON TOMA A TIERRA TIPO SCHUKO 250 V 16 A (R.M. N° 175-2008-MEM).. |
| F03 | BATERIA RECARGABLE DE LITIO CON AUTONOMIA MINIMA DE 04 HORAS (INTERNA O EXTERNA) |
| F04 | INCLUIR SISTEMA DE TRANSPORTE, CILINDRO Y REGULADOR CON SISTEMA DE INTERCAMBIO D EMANGUERAS PARA CILINDRO O RED HOSPITALARIA. |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO DE PRESUPUESTO
ORIGINAL DE PROYECTOS

LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
GLAD. 03484



FORMATO N° 01

HOJA DE PRESENTACIÓN DEL EQUIPO / SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

CONTRATACIÓN DIRECTA N°.....

Presente.-

En calidad de postor, luego de haber examinado los documentos del procedimiento de selección CONTRATACION DIRECTA N°, conociendo todas las condiciones existentes, el suscrito adjunta el Sustento de Cumplimiento de acuerdo con los Requerimientos Técnicos Mínimos y demás condiciones que se indican en el Capítulo III de la sección específica de las Bases.

| SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS TÉCNICAS | | | | |
|--|---|---|----|------------|
| DENOMINACIÓN DEL BIEN Y/O EQUIPO: | | | | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR: | | | | |
| AÑO DE FABRICACIÓN: | | | | |
| MARCA: | | | | |
| MODELO: | | | | |
| CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: | | | | |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (copiar uno a uno los requerimientos técnicos mínimos) | Equipo ofertado cumple con Requerimiento Técnico mínimo | | COMENTARIO |
| | | SI | NO | |
| A | CARACTERISTICAS GENERALES | | | |
| A01 | | | | |
| B | | | | |
| B01 | | | | |

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

Ciudad,dede.....

Firma y Sello del Representante Legal

Sello del postor/ Razón Social de la empresa

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



Edwán Alvaro Aragon Choquehuancá
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO PRESUPUESTO
OPCIONALES PROYECTOS

C. ADM. EDILBERTO RAMON SALAS VALDIVIA
CLAD. 09484



FORMATO N° 02

ACTA DE CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN, INSTALACIÓN Y PRUEBA OPERATIVA DE LOS VEHICULOS

(Individual por cada bien o equipo)

Siendo las horas del día, el Contratista hizo efectivo el acto de entrega, instalación, prueba operativa y conformidad del bien o equipo en el Servicio de del Hospital/Centro de Salud, el bien que a continuación se detalla:

| Descripción | Marca | Modelo | No. Serie |
|-------------|-------|--------|-----------|
| | | | |

N° de Orden de Compra Contrato N°

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital/Centro de Salud.....), Representante del Área Técnica del Hospital o DIRESA/GERESA y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

Cumplimiento de Características Técnicas según el detalle de las Especificaciones Técnicas presentadas en la propuesta del contratista, así como las condiciones señaladas en la orden de compra, contrato y en las Bases. (Formato N° 01).

Integridad física y estado de conservación óptimo del equipamiento.

Las placas de fábrica del bien o vehículo entregado, consignará el año de fabricación, condición del vehículo nuevo, de última generación y el año de fabricación requerido del 2019.

Ficha Técnica del equipamiento (Formato N° 05)

Instalación y Prueba Operativa del equipo, considerando el Protocolo de Pruebas (Formato N° 06) y Resultado de Protocolo de Pruebas (Formato N° 07).

Perfecto estado de funcionamiento del equipamiento, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.

Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Básica en el Correcto Manejo, Operación Funcional, Cuidado y Conservación Básica del vehículo (Formato N° 08 y 09).

Desarrollo y Constancia del Programa de Capacitación Especializada en Servicio Técnico de Mantenimiento y Reparación de Equipamiento (Formato N° 10 y 11).

Entrega de un Certificado de Garantía y de Garantía Adicional meses por el vehículo, de acuerdo a lo indicado en el numeral 11 de las Especificaciones Técnicas y Formato N° 15.

Los bienes adquiridos tienen grabados en bajo relieve (o colocada una placa de metal, de preferencia remachada) el logotipo de la Entidad, el nombre del equipo, la razón social y el



Alvaro Aragón Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEACION Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

Edilberto Antonio Salas Valdivia
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484

teléfono del contratista y fecha de instalación y garantía (mes y Año), de acuerdo a lo indicado en los numerales 7.9 y 11 de las Especificaciones Técnicas.

Entrega en original, un (01) juego de manuales (Operación y Servicio Técnico) por el vehículo (medio físico y archivo digital, según lo indicado en las bases).

Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del equipo y su correspondiente Procedimientos de Mantenimiento Preventivo (Formato N° 12 y 13).

Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los vehículos instalados, según lo establecido en las bases (Formato N° 14).

Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante de la empresa (Formato N° 16).

Entrega de Video de Operación y Mantenimiento según lo establecido en las bases.

Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de los equipos, según normativa vigente de la DIGEMID, de ser el caso.

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

Firman dando fe de lo anterior:

Firma y sello del Jefe de Servicio

"Hospital/Centro de Salud

"

Firma y Sello Representante

Contratista

Firma y sello del representante Área Técnica del
Hospital o DIRESA/GERESA



Alvaro Aragon
Alvaro Aragon Chacabanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
ORIGINALES DE PROYECTOS

Edilberto Salas
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 03484



FORMATO N° 03

ACTA DE CONFORMIDAD DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Siendo las..... Horas del día....., la Empresa..... hizo efectivo el acto de conformidad del mantenimiento preventivo en el "Hospital/Centro de Salud XXXXXXXX", del Servicio/ Unidad o Departamento de, del equipo que a continuación se detalla:

| Descripción | Marca | Modelo | No. Serie |
|-------------|-------|--------|-----------|
| | | | |

No. de Orden de Compra:

No. Contrato:

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

Cumplimiento de Condiciones para del Mantenimiento Preventivo, según el detalle de los formatos del Programa de Mantenimiento Preventivo, así como las condiciones señaladas en los Documentos Contractuales.

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

Firman dando fe de lo anterior:

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

Firma y sello del Jefe de Servicio y/o Director del Hospital/Centro de Salud.



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PRESUPUESTO

M.C. ADM. EDUARDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 09484



FORMATO N° 04



PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO

| | | | | | |
|---|--------------|---|-------------------------|--------------------------------------|-----|
| DEPENDENCIA DE SALUD | | (Llenado por Oficina de Mantenimiento) | | | |
| | | N° | Día | Mes | Año |
| | | | | | |
| (Para ser llenado por la dependencia solicitante) | | | | | |
| AREA USUARIA | | | UBICACION FISICA | | |
| | | | | | |
| DENOMINACION DEL EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | CODIGO PATRIMONIAL | |
| | | | | | |
| PROBLEMA PRSENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACION | | | | | |
| | | | | | |
| FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE | | FECHA SOLIC. SERV. | | FIRMA Y SELLO DE RECEPCION | |
| | | | | | |
| (Para ser llenado por la Oficina de Mantenimiento) | | | | | |
| DIAGNOSTICO TECNICO | | | | PRIORIDAD | |
| | | | | MUY URGENTE <input type="checkbox"/> | |
| | | | | URGENTE <input type="checkbox"/> | |
| | | | | PROGRAMAR <input type="checkbox"/> | |
| JEFE ENCARGADO DE MANTENIMIENTO | | | FECHA | | |
| | | | | | |
| MODALIDAD DE ATENCION | | PERSONAL PROPIO <input type="checkbox"/> | | | |
| | | SERVICIOS DE TERCEROS <input type="checkbox"/> | | | |
| DESCRIPCION DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO EJECUTADO | | | | | |
| | | | | | |
| FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINO | | GARANTIA DEL SERVICIO | |
| | | | | | |
| RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO | | | | | |
| | | | | | |
| USUARIO | | | | | |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGINAL DE DEPOSITO
LIC. ADM. EGBILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 03484



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

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------|------------|
| CENTRO DE COSTOS (17) | | | |
| MANO DE OBRA (18) | | | |
| ESPECIALIDAD | HR/HOMBRE | VALOR HR/HOMB | COSTO M. O |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| COSTO POR MANO DE OBRA S/. | | | |

| | | | | | | | |
|--|-------|-------------|--|------|-------|----------------|-------------------|
| REPUESTOS Y MATERIALES (19) | | | | | | | |
| SUMINISTRO | | DESCRIPCION | | U.M. | CANT. | COSTO UNIT S/. | COSTO PARCIAL S/. |
| MNSA | EMPR. | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| COSTO DE REPUESTOS Y MATERIALES S/. | | | | | | | |

COSTO TOTAL
(20) S/.

| | |
|---|--|
| COSTOS POR MANO DE OBRA | |
| COSTOS POR REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES | |
| OTROS GASTOS (Detalle) | |
| IMPUESTOS DE LEY | |
| TOTAL GENERAL S/. | |

| | |
|---|--|
| FIRMA DEL EJECUTOR DE MANTENIMIENTO (21) | Vº Bº JEFE OFICINA DE MANTENIMIENTO (MNSA) (22) |
| | |


 DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
 PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
 OFICINA DE PROYECTOS

 ING. MECANICO ELECTRICISTA T.C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
 CIP N° 99224 CLAD. 03484



FORMATO N° 06

FORMATO PARA EL PROTOCOLO DE PRUEBAS

PROCESO DE SELECCIÓN N°

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

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

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

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

Firma y sello del Representante Legal

Firma y Sello Representante

Técnico del Contratista



[Signature]
Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEACION Y PRESUPUESTO
ORIGINAL PROYECTOS
[Signature]
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 09484

FORMATO N° 07

RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE PRUEBAS

PROCESO DE SELECCIÓN N°

ÍTEM :
DENOMINACIÓN :
MARCA :
MODELO :

| N° | Descripción de la Prueba | Resultado/ valor esperado | Resultado/ valor obtenido | Conforme | | Observaciones |
|----|--------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|----|---------------|
| | | | | Si | No | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(*): Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del equipo.

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

Firma y sello del Representante Técnico
del Contratista

Firma y sello por el Representante tec..
del Hospital o DIRESA/GERESA.



Alvaro Alvaro Aragon Choquehuanc
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99274


DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
ORIGENAL
M.C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 09484



FORMATO N° 08

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA

PROCESO DE SELECCIÓN N°

| BIEN | MARCA | MODELO | CONTRATISTA |
|--------------------|---|--------------|----------------|
| | | | |
| NOMBRE DEL EXPERTO | | NACIONALIDAD | EXPERIENCIA |
| | | | |
| FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | DÍAS - HORARIO |
| | | | |
| N° | TEMÁTICA MÍNIMA DEL CURSO | | HORAS |
| 1 | Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del vehículo . | | |
| 2 | Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del vehículo. | | |
| 3 | Practica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes. | | |
| 4 | Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indica el manual de vehículo. | | |
| 5 | Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de vehículo. | | |
| 6 | Detección de fallas y código de errores del vehículo. | | |
| 7 | Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de vehículo que lo requieran. | | |
| 8 | Actividades de mantenimiento preventivo del vehículo | | |
| 9 | Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de vehículo. | | |
| 10 | Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del vehículo. | | |
| 11 | Cambio de repuestos de alta rotación en vehículo. | | |



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLAN DE MANEJO DE EMERGENCIAS
ORIGINAL PROYECTO

ING. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
C.I.D. 03484



| | | |
|----------------|--|--|
| 12 | Cambio de fusibles y elementos de seguridad de vehículo. | |
| 13 | Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes. | |
| 14 | Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación. | |
| TOTAL DE HORAS | | |

Firma y sello del Instructor
Del Contratista

Vº Bº del Responsable del Área Usuaria
Hospital/Centro de Salud



Edwin Alvaro Aragon Chequehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y GESTION
ORIGEN DE FONDOS

Edilberto Antonio Salas Valdivia
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 03484



FORMATO N° 09

CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN EN MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DEL EQUIPAMIENTO.

PROCESO DE SELECCIÓN N°

| | |
|--------------------------|--|
| UNIDAD EJECUTORA | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | |
| SERVICIO | |

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

| | |
|-----------------|--|
| NOMBRE DEL BIEN | |
| MARCA | |
| MODELO | |

Expositor :

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital:

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|--------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Firma y sello del Instructor
Del Contratista

Responsable del Área Usuaria del
"Hospital/Centro de Salud XXXXX"



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONES
ORIGINAL PROYECTO
TIC. ADM. EDUARDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 00484



FORMATO N° 10

PROCESO DE SELECCIÓN N°

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

DE EQUIPAMIENTO.

| EQUIPO | MARCA | MODELO | CÓDIGO | CONTRATISTA |
|--------------------|--|------------------|--------|----------------|
| | | | | |
| NOMBRE DEL EXPERTO | | NACIONALIDAD | | EXPERIENCIA |
| | | | | |
| FECHA DE INICIO | | FECHA DE TÉRMINO | | DÍAS – HORARIO |
| | | | | |
| N° | TEMÁTICA MÍNIMA DEL CURSO | HORAS | | |
| 1 | Presentación y orientación en el Manejo de equipamiento. | | | |
| 2 | Auto test necesario para el funcionamiento para equipos de ser el caso (si lo indica el manual de equipamiento). | | | |
| 3 | Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de vehículo. | | | |
| 4 | Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de vehículo. | | | |
| 5 | Actividades de mantenimiento preventivo del vehículo. | | | |
| 6 | Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo. | | | |
| 7 | Detección de fallas y código de errores del vehículo. | | | |
| 8 | Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del vehículo que lo requieran. | | | |
| 9 | Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del vehículo. | | | |
| 10 | Cambio de repuestos de alta rotación en vehículo. | | | |
| 11 | Cambio de fusibles y elementos de seguridad de vehículo | | | |
| 12 | Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico. | | | |
| TOTAL DE HORAS | | | | |

Firma y sello del Instructor

Del Contratista

Vº Bº Responsable del Área Técnica

Hospital o DIRESA/GERESA



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OFICINA DE PROYECTOS

M.C. A. MED. EDUARDO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 03484



FORMATO Nº 11

PROCESO DE SELECCIÓN Nº

CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO

| | |
|--------------------------|--|
| UNIDAD EJECUTORA | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | |
| SERVICIO | |

En fecha de del, en la ciudad de, se desarrolló la capacitación en

Durante horas

| | |
|-------------------|--|
| NOMBRE DEL EQUIPO | |
| MARCA | |
| MODELO | |

Expositor :

En dicha capacitación participó el siguiente personal del Hospital / C.S. XXXXXXX:

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|--------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Firma y sello del Instructor
Del Contratista

Representante del Área Técnica del
Hospital o DIRESA/GERESA



Edvin Alvaro Aragon Choquehuanc
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP Nº 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ORIGEN: LA PROTECTORA

ING. ADM. EDILBERG ANTONIO SALAS VALDIVIA
C.I.A.D. 00484



FORMATO N° 12

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

PROCESO DE SELECCIÓN N°

Ítem N°: _____

Denominación _____

Marca: _____ Modelo: _____

Período (meses): _____ (según su propuesta técnica)

| N° | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD (Año) | PERIODO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO POR EL TIEMPO DE GARANTÍA PROPUESTO (En meses) | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------------------|---|---|---|---|---|-----|-----|-----|----|----|----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ... | ... | ... | 22 | 23 | 24 | ... |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato OTM.

.....
Firma y Sello
Representante Legal
del Contratista



Edwin Avaroa Aragon Choquehuanc
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANTA HUAYTA
ORIGINAL DEL PROYECTO

M.C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
C.I.A.D. 02424



FORMATO N° 13

PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

PROCESO DE SELECCIÓN N°

Proceso de Selección :

N° ÍTEM :

DENOMINACIÓN :

MARCA :

MODELO :

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

(*): Las actividades de mantenimiento serán las que el fabricante indique en el manual de uso del equipo.

(**): El Contratista deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo.

.....
Firma y Sello del Representante Legal
Técnico Contratista

.....
Vº Bº del representante del Área Técnica Responsable
del Hospital o DIRESA/GERESA



Edvin Alvaro Aragon Choquehuanca
Edvin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP. N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANEACION Y PRESUPUESTO
ORIGINAL
[Signature]
C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
C.I.D. 00484



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Ciudad, de del 2020

Firma y Sello del

Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales



Edwin Alvaro Aragon Choquehuanca
.....
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99224

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
ORIGEN:
.....
LIC. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 00484



FORMATO Nº 15

DECLARACION JURADA DE COMPROMISO DE GARANTIA DEL EQUIPO Y SUS COMPONENTES

Señores

COMITÉ ESPECIAL /

CONTRATACIÓN DIRECTA Nº

Presente.-

El que suscribe,, identificado con DNI Nº, Representante Legal de, con R.U.C. Nº, DECLARO BAJO JURAMENTO que de resultar adjudicada con la Buena Pro, mi representada garantiza el perfecto estado de funcionamiento de los equipos, incluyendo sus componentes, ofertados contra cualquier desperfecto o deficiencia de fábrica que pudiera manifestarse durante su instalación y/o funcionamiento, en las condiciones imperantes en cada punto de destino, por el período de garantía total según el siguiente detalle:

| Nº ITEM | DESCRIPCION DEL ITEM | GARANTIA SEGÚN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (a) | GARANTIA ADICIONAL OFERTADA (b) | GARANTIA TOTAL (en meses) (a) + (b) |
|---------|----------------------|---|------------------------------------|---|
| | | | | |

La vigencia de garantía, se contará a partir del día siguiente de la suscripción del "Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos"

La presente garantía incluye la reparación y/o reemplazo de partes, piezas y/o componentes defectuosos de los equipos ofertados, a fin de permitir su perfecto estado de funcionamiento, y cuyos gastos correrán a cuenta de nuestra empresa, salvo que las fallas hayan sido ocasionadas por el usuario de los equipos médicos.

La presente garantía no incluye las reparaciones necesarias por daños ocasionados por mal uso o negligencia no imputable a nuestra empresa.

La presente garantía se extenderá como consecuencia de los periodos de inoperatividad de los equipos por causas atribuibles a nuestra representada. El periodo de extensión de la garantía será el mismo que el periodo que estuvo inoperativo el equipo.

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

Ciudad, de del 2020

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



Erwin Alvaro Aragon Choquehuanca
Erwin Alvaro Aragon Choquehuanca
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP Nº 99274

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE PUNO
PLANEACION Y PRESUPUESTO
OPCIONAL
LIC. ADG. EDILBERGO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CIAD. 05484



FORMATO N° 16

COMPROMISO DE SUMINISTRO DE INSUMOS, REPUESTOS y ACCESORIOS

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES /

CONTRATACIÓN DIRECTA N°

Presente.-

De nuestra consideración,

El que suscribe, don _____ identificado con D.N.I. N° _____, Representante Legal de _____, con RUC N° _____, DECLARO BAJO JURAMENTO, tener disponibilidad en stock de insumos, repuestos y accesorios del equipamiento por un periodo no menor de ----- (INDICAR LOS AÑOS EN NÚMEROS Y LETRAS), años como mínimo, a partir de la fecha de la firma del Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Pruebas Operativas, para el/los ITEM(S)

Puno, de del

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



Edwin Alvaro Aragon Choquehuancas
ING. MECANICO ELECTRICISTA
CIP N° 99274

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
PLAN DE SUMINISTRO Y REPUESTO
OFICINA DE PROYECTO
C. ADM. EDILBERTO ANTONIO SALAS VALDIVIA
CLAD. 05484