



Juntos y firmes construyendo la gran región
MOQUEGUA

INVITACION A CONTRATACION DIRECTA

ADQUISICIÓN DE AMBULANCIA RURAL 4X4 TIPO II, CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO, PARA EL PROYECTO: “MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA, DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA”

MOQUEGUA – PERU

2022

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA – SEDE CENTRAL
RUC N° : 20519752604
Domicilio legal : AV. CIRCUNVALACION 1-B S/N, FUNDO EL GRAMADAL
Teléfono: : 053-584550 anexo 1417
Correo electrónico: : Procesos.regionmoquegua.gob@gmail.com

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

La presente invitación tiene por objeto la contratación de **ADQUISICIÓN DE AMBULANCIA RURAL 4X4 TIPO II, CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO, PARA EL PROYECTO: “MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA, DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA”**

| ITEM | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|------------------|--|
| 1 | 1 | UNIDAD | AMBULANCIA RURAL 4X4 TIPO II, CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO |

1.3. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

La presente invitación se rige por el sistema A SUMA ALZADA, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

1.4. MODALIDAD DE CONTRATACION

Llave en Mano.

1.5. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

1.6. PLAZO DE ENTREGA

El plazo de entrega es de hasta 45 días calendario, que incluye la instalación y puesta en funcionamiento, contabilizado desde el día siguiente de **NOTIFICACION POR PARTE DE LA ENTIDAD**, en concordancia con lo establecido en las especificaciones técnicas.

1.7. BASE LEGAL

- Ley N° 31365 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022
- Ley N° 31366 – Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022.
- Ley N° 31367– Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2022.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF, que aprueba el TÚO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado,
- Decreto Legislativo N° 1444, que modifica la Ley N° 30225.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225.
- Decretos Supremos N° 377-2018-EF, 168-2020-EF, y 162-2021-EF que modifican el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
- Directivas del OSCE.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 008-2008-TR, Reglamento de la MYPES.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias.
- Código Civil.
- Otras normativas de alcance del presente objeto de contratación.

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

CAPÍTULO II DE LA PRESENTE INVITACION

2.1. PRESENTACION DE LA OFERTA

La oferta se presentará en un sobre cerrado, [a través de la oficina de logística y servicios generales, el día 01 de setiembre del 2022, en el horario de 09:00 a 15:00 horas](#) y estará dirigido al Órgano Encargado de las Contrataciones, conforme al siguiente detalle:

Señores
ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
ADQUISICIÓN DE AMBULANCIA RURAL TIPO II CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO, PARA EL PROYECTO: "MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA, DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA".

atte.
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la aceptación de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)
- c) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenida en el Capítulo III de la presente invitación. (**Anexo N° 3**)
- d) Ficha Técnica o Folleto o Instructivo o Catalogo u otros similares, indicando las características técnicas, marca, modelo y procedencia de los bienes ofertados emitidos por el fabricante, si dicha documentación no acredita la totalidad de las características técnicas solicitadas, se aceptará una ficha técnica elaborada y firmada por el postor, en la cual se indique el cumplimiento de las especificaciones técnicas faltantes.
- e) Contar con autorización del Ministerio de Salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar medicamentos, insumos, instrumental y equipo de uso médico.
- f) Acreditar (03) contrataciones, en venta de bienes iguales o similares, se consideran similares a lo siguiente: venta de ambulancias en general, la que se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra.
- g) Declaración jurada de plazo de entrega. (**Anexo N° 4**)
- h) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (**Anexo N° 5**)
- i) El precio de la oferta en [SOLES](#), se debe adjuntar el Anexo N° 6

Importante

El órgano encargado de las contrataciones, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no aceptada.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA SUB GERENCIA DE OBRAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICION DE AMBULANCIA RURAL 4 X 4 TIPO II CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO

I. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

"ADQUISICIÓN DE AMBULANCIA RURAL 4 X 4 TIPO II CON EQUIPAMIENTO MÉDICO BÁSICO"

II. AREA USUARIA:

PROYECTO: "MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA, DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

III. FINALIDAD PUBLICA:

La presente tiene por finalidad implementar con la Adquisición de Ambulancia Rural 4 x 4 Tipo II con Equipamiento Médico Básico, a la Microred de Salud Omate para atender oportunamente distintas emergencias que se puedan suscitar de los pacientes COVID 19 y no COVID 19.

IV. ANTECEDENTES /ACTIVIDAD:

La presente actividad resulta necesaria la Adquisición de Ambulancia Rural 4 x 4 Tipo II con Equipamiento Médico Básico, a fin de mejorar el sistema de atención de emergencias de la Microred de Salud Omate, y así alcanzar las metas programadas del proyecto: "MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA, DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

V. OBJETIVO DE LA CONTRATACION

Objetivo General: La adquisición de (01) Ambulancia Rural 4 x 4 Tipo II con Equipamiento Médico Básico, para de esta manera asegurar una adecuada atención de emergencias.

Objetivo específico: La adquisición de Ambulancia Rural 4 x 4 Tipo II, equipada adecuadamente con Equipamiento Médico Básico para la Microred de Salud Omate y así poder ofrecer una rápida y segura atención ante emergencias.

VI. ALCANCE Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR

| ITEM | CANT. | UNIDAD MEDIDA | DESCRIPCION |
|------|-------|---------------|---|
| 1.00 | 1.00 | UNIDAD | AMBULANCIA RURAL 4 X 4 TIPO II CON EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO |

VII. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES

| DENOMINACIÓN | AMBULANCIA RURAL 4 X 4 TIPO II |
|---------------------------------|--|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | <p>A01 VEHICULO ORIGINAL DISEÑADO DE FÁBRICA Y ACONDICIONADO PARA EL TRANSPORTE O TRASLADO VÍA TERRESTRE SEGURO DE PACIENTES, PERSONAS ENFERMAS, HERIDAS Y/O PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN CONDICIONES QUE NO PONGAN EN RIESGO POTENCIAL SU VIDA Y SALUD. INTERNAMENTE Y DURANTE EL TRAYECTO, ASISTIDO Y ATENDIDO POR PERSONAL CALIFICADO CON EQUIPOS DE AUXILIO MÉDICO APROPIADO PARA DICHO FIN. LOS REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS QUE DEBEN CUMPLIR LOS VEHÍCULOS PARA QUE INGRESEN, SE REGISTREN, TRANSITEN, OPEREN Y SE RETIEN DEL SISTEMA NACIONAL DE TRANSPORTE ESTÁN ESTABLECIDOS EN EL DS N°058-2003-MTC MODIFICADO POR LOS DECRETOS SUPREMOS N° 005-2004-MTC, 014-2004-MTC, 035-2004-MTC, 002-2005-MTC, 012-2005-MTC, 017-2005-MTC, 008-2006-MTC, 012-2006-MTC Y 023-2006-MTC. LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CUMPLIR LAS AMBULANCIAS ESTÁN ESTIPULADAS EN LA NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V01 APROBADA CON R.M. N° 953-2006-MINSA Y SU MODIFICATORIA EN LA R.M. N° 830-2012/MINSA, DIRECTIVA N° 002-2006-MTC/15 APROBADA CON R.D. N° 4848-2006-MTC/15; ASIMISMO SE DEBE TOMAR EN CUENTA EL D.S. N° 058-2003-MTC REGLAMENTO NACIONAL DE VEHÍCULOS, D.S. N° 026-2006-MTC LÍMITES PERMISIBLES PARA VEHÍCULOS NUEVOS QUE SE INCORPOREN A NUESTRO PARQUE AUTOMOTOR, R.D. N° 1573-2002-MTC-15 EMISIÓN DE CERTIFICADOS DE CONFORMIDAD, AUTORIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS TÉCNICOS; DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2013-DGIEM/MINSA CONTENIDA EN LA R.D. N° 004-2013-DGIEM/MINSA. CAPAZ DE FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE EN ZONAS RURALES CON CAMINOS ACCIDENTADOS FANGOSOS DE COSTA, SELVA Y SIERRA CON ALTURAS POR ENCIMA DE LOS 4,000 METROS SNM.</p> <p>CONDICIONES DE LA MECANICA BASICA, SEGÚN TIPO DE AMBULANCIA</p> <p>A02 AÑO DE FABRICACIÓN: AÑO 2022 A03 CONDICIÓN: NUEVA</p> |

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| | |
|--|---|
| | <p>A04 CARROCERÍA DEL VEHÍCULO: ORIGINAL DE FÁBRICA TIPO PANEL, ENSAMBLADA EN FORMA CONJUNTA CON EL CHASIS O CARROCERÍA DEL TIPO COMPACTA, SISTEMA DE SUSPENSIÓN, SISTEMA ELÉCTRICO Y SISTEMA DE FRENOS POR EL MISMO FABRICANTE.</p> <p>PLANTA MOTRIZ DEL VEHICULO</p> <p>A05 MOTOR: DIESEL TURBO-INTERCOLER ENFRIADO POR AGUA</p> <p>A06 POTENCIA HP (KW) / RPM: NO MENOR DE 160.9/3,600</p> <p>A07 TORQUE (KG-M) / RPM: 42.7/1,600 – 2,200</p> <p>A08 CILINDRADA: MÍNIMO 2,755 CC A 3,000 CC</p> <p>A09 NÚMERO DE CILINDROS: 4 EN LÍNEA, INYECCIÓN DIRECTA.</p> <p>A10 SISTEMA DE DIRECCIÓN: SISTEMA DE PIÑÓN Y CREMALLERA, ASISTENCIA HIDRÁULICA.</p> <p>A11 TRANSMISIÓN: MECÁNICA, MANUAL DE 6 VELOCIDADES HACIA ADELANTE COMO MÍNIMO MÁS RETROCESO.</p> <p>A12 TRACCIÓN: 4X4 TODO TERRENO CON CAJA TRANSFERENCIA MECANICA O MEJOR TECNOLOGIA.</p> <p>A13 SISTEMA DE FRENOS: SERVO ASISTIDO DE DOBLE CIRCUITO INDEPENDIENTE TIPO HIDRÁULICO. FRENOS DELANTEROS: DISCOS. FRENOS POSTERIORES: TAMBORES. FRENO DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA</p> <p>A14 SISTEMA DE SUSPENSIÓN: SUSPENSIÓN DELANTERA: INDEPENDIENTE, CON RESORTES O BARRA DE TORSIÓN. SUSPENSIÓN POSTERIOR: CON MUELLES O RESORTES. AMORTIGUADORES DELANTEROS Y POSTERIORES: A GAS.</p> <p>A15 RUEDAS Y NEUMÁTICOS: ARO: DE ACERO DIÁMETRO DEL ARO: NO MENOR DE 16 PULGADAS NEUMÁTICOS: RADIALES DE TAMAÑO NO MENOR QUE 225/75X16 LLANTA DE REPUESTO: LLANTA CON ARO CON IGUALES CARACTERÍSTICAS A LAS SOLICITADAS. UBICADA EN LA PARTE POSTERIOR DEL VEHÍCULO, CON SEGURO INCORPORADO.</p> <p>A16 SISTEMA ELÉCTRICO MÍNIMO DOS BATERÍAS: 12 VOLTIOS. LUCES DELANTEROS: HALÓGENAS O XENÓN SISTEMA DE CARGA: ALTERNADOR 150 AMP MÍNIMO O CAPACIDAD QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS QUE SERÁN INSTALADOS EN LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA.</p> <p>A17 ESCAPE DE GASES: MÍNIMA EMISIÓN DE CO₂; DEBE CUMPLIR COMO LIMITE MAXIMO PERMISIBLE DE EMISIONES ATMOSFERICAS VEHICULOS CON TECNOLOGIA EURO IV, SEGUN EL DS 010-2012 MINAM. LA EXPULSIÓN DE LOS GASES DE COMBUSTIÓN DEBEN ESTAR UBICADOS DE TAL FORMA QUE NO INGRESEN A LA CABINA MÉDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS Y EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LA TOMA DE AIRE ACONDICIONADO O DUCTOS DE VENTILACIÓN.</p> <p>A18 DIMENSIONES VEHICULAR MÍNIMAS: ALTURA MÍNIMA: 1.80M; ANCHO MÍNIMO: 1,85M; LARGO MÍNIMO 5,32M.</p> <p>A19 CAPACIDAD DE CARGA (CARGA ÚTIL DE LA UNIDAD): MÍNIMO 1,000 KGS; QUE PUEDA TRANSPORTAR EL VEHICULO (PERSONAS Y/O ACONDICIONAMIENTO) SIN QUE EXCEDA EL PESO BRUTO VEHICULAR.</p> <p>A20 ALTURA MÍNIMA AL SUELO: 200MM.</p> |
| <p>B. CARACTERÍSTICAS GENERALES</p>  | <p>CABINA DE CONDUCCIÓN</p> <p>B01 DISEÑO: COMPARTIMIENTO SEPARADO CON LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. CON PARED DIVISORIA, CON UNA VENTANA DE DIVISIONES DESLIZANTES.</p> <p>B02 ASIENTOS: 02, TIPO BUTACA CON ESPALDAR O TIPO BANQUETA PARA DOS ACOMPAÑANTES, ERGONÓMICOS ORIGINAL DE FÁBRICA.</p> <p>B03 CINTURÓN DE SEGURIDAD: DE TRES PUNTOS.</p> <p>B04 SISTEMA DE PROTECCIÓN PARA LA CABINA QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD DE LOS PASAJEROS EN CASO DE VUELCO.</p> <p>B05 EQUIPO DE SONIDO: RADIO FM USB/BLUETOOTH CON DOS PARLANTES.</p> <p>B06 SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO FRIO/CALOR, CON RENOVACIÓN DE AIRE, QUE GARANTICE EL ADECUADO ABASTECIMIENTO DE AIRE FRESCO PARA LA CABINA DE CONDUCCIÓN.</p> <p>SERVICIOS MÍNIMOS DE FÁBRICA:</p> <p>B07 VELOCÍMETRO CON ODÓMETRO EN KM.</p> <p>B08 TACÓMETRO</p> <p>B09 MEDIDOR DEL NIVEL DE COMBUSTIBLE</p> <p>B10 MEDIDOR DE TEMPERATURA</p> <p>B11 MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE PRESIÓN DE ACEITE.</p> <p>B12 MEDIDOR O LUZ TESTIGO DE CARGA DE BATERÍA.</p> <p>B13 INDICADOR DE LUZ ALTA, INDICADOR DE LUCES DIRECCIONALES.</p> <p>B14 BANDEJAS Y ESPACIOS DE ALMACENAMIENTO MÚLTIPLES.</p> <p>B15 ASIENTO DEL CONDUCTOR CON AJUSTES DE POSICIÓN MÚLTIPLES</p> <p>EXTERIOR</p> <p>B16 PARACHOQUES, ESPEJOS RETROVISORES AJUSTABLES CON ALCANCE DE VISIÓN AMPLIADA Y CON LUZ DIRECCIONAL.</p> <p>B17 GANCHOS DE REMOLQUE, DELANTERO O POSTERIOR</p> <p>B18 LUCES DELANTERAS Y POSTERIORES.</p> <div style="text-align: right;">  GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS Mg. Ing. JOSE AUGUSTO PUNTES BELLIDO INSPECTOR DE OBRA CIP. N° 103505 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS Mg. Ing. JOSE AUGUSTO PUNTES BELLIDO INSPECTOR DE OBRA CIP. N° 103505 </div> |

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

B19 PUERTAS POSTERIORES DE DOBLE HOJA CON VENTANA

FUNCIONAL

- B20 AJUSTE DE ALCANCE DE FAROS**
- B21 SOCKET DE 12 VDC EN CABINA**
- B22 VENTANAS DELANTERAS ELÉCTRICAS**
- B23 SEGUNDA BATERÍA CON SWITCH DE CORTE**
- B24 ALTERNADOR MÍNIMO 150 AMPERIOS.**

SEGURIDAD

- B25 AIRBAG PARA EL PILOTO Y COPILOTO.**
- B26 TERCERA LUZ DE FRENO**
- B27 CON ASISTENTE DE FRENADO ABS.**
- B28 LUZ DE PARQUEO**
- B29 DIRECCIÓN ASISTIDA.**

CARROCERIA INTEGRAL DE FABRICA O CARROZADO SOBRE VEHICULO DE CARGA

B30 CABINA DE ATENCION MEDICA: DEBERÁ CONTAR CON ADECUADA CALIDAD EN SUS ACABADOS Y CONTARÁ CON UN ESPACIO PARA ALOJAR COMO MÍNIMO A UN PACIENTE EN CAMILLA O PERSONA EN SILLA DE RUEDAS, (2) PERSONAS DE ATENCIÓN SENTADA, CON LIBERTAD PARA REALIZAR LAS MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DEBE SER HERMÉTICA AL INGRESO DE LÍQUIDOS Y RUIDOS.

B31 EN CASO DE SER CARROZADO: DEBERÁ PRESENTAR LOS CÁLCULOS (ESTÁTICOS, DINÁMICOS DE RESISTENCIA DE MATERIALES, ETC) RESPETAR EL PERFIL AERODINAMICO DEL VEHICULO Y SER APROBADO POR INSTITUCIÓN CERTIFICADA, SEGÚN NORMA MTC.

B32 DIMENSIONES INTERNAS (NORMA LEGAL R.M Nº953-2006/MINSA:

ALTO: NO MENOR DE 1.60M; ANCHO:NO MENOR 1.60M; LARGO:NO MENOR 2.00M

B33 ESTRUCTURA Y ENVOLVENTES: EL DISEÑO DEBERÁ RESPETAR EL PERFIL AERODINAMICO DEL VEHICULO 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.

B34 PARED INTERNA: DEBE ESTAR RECUBIERTO CON MATERIAL SINTÉTICO CON UN RETARDO AL FUEGO DE 100 MM/MIN, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, IMPERMEABLE, LAVABLE, UNIFORME Y CONTINUO DE COLOR CLARO.

B35 SUPERFICIE INTERIOR: NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES, RECUBIERTO CON MATERIAL IMPERMEABLE, LAVABLES, RETARDANTES DEL FUEGO, ANTI PARÁSITO, ANTI HONGO Y QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL.

B36 PISO: DE MATERIAL SINTÉTICO, PLANO, SIN OBSTÁCULOS NO DEFORMACIONES SALVO LOS GUARDAFANGOS, ANTIDESLIZANTE, RESISTENTE AL DESGASTE, CON RECUBRIMIENTO FINAL DE UNA SOLA PIEZA, SIN COSTURAS, SIN UNIONES.

B37 CAMILLA INSTALADA Y ANCLADA: SOBRE EL PISO DEL VEHICULO 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; SU DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS NI SISTEMA DE RIELES.

ESPACIO LIBRE NO MENOR DE 0.30 M. ENTRE LA CAMILLA Y EL LUGAR DONDE SE SIENTA EL PERSONAL ASISTENCIAL.

B38 PUERTAS DE ACCESO: LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE TENER DOS (02) PUERTAS TRASERAS VERTICALES DE CIERRE HERMÉTICO, CON VENTANA - VIDRIO TEMPLADO Y UNA (01) PUERTA LATERAL DESLIZANTE.

EQUIPAMIENTO ADICIONAL:

B39 SISTEMA ELÉCTRICO: TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DEDICADA CONECTADA AL SISTEMA DE CARGA DE LA UNIDAD MÓVIL.

TABLERO DE FUSIBLES DE FÁCIL ACCESO. CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE, TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN, CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC, CANALIZADO, PROTEGIDO Y CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA Y RESISTENTE A LA IGNIÓN Y LIBRE DE HALÓGENOS.

B40 INVERSOR: DE 12 VDC/220VAC POTENCIA 2000 WATTS MÍNIMO. TOMACORRIENTES DE 12 VDC Y 220 VAC ((04) UNIDADES VAC Y 04 UNIDADES VDC) PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS. LOS TOMACORRIENTES DE DIFERENTES TENSIONES NO DEBEN SER INTERCAMBIABLES.

UNA TOMA ELÉCTRICA EXTERNA Y UN TOMACORRIENTE CON LA CONEXIÓN EXTERNA QUE PERMITA LA CARGA DE LOS EQUIPOS Y DEL CONVERTIDOR DESDE UNA FUENTE DOMICILIARIA CON TOMA A TIERRA, (220 VAC).

LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS, SEGÚN NORMAS.

CABLE VULCANIZADO DE 30 METROS CON SUS CONECTORES ADAPTADOS Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO.

SE DEBE REALIZAR UNA PRUEBA ELÉCTRICA DE LOS SISTEMAS DE 12 VOLTIOS DC, SEGÚN EL ESTANDAR AMD 005 2014.

B41 SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO Y CALEFACCIÓN ADECUADO PARA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA QUE INCLUYA UN SISTEMA DE RENOVACIÓN DE AIRE CON FILTRO, CON EXTRACTOR DE AIRE. SE DEBE REALIZAR PUEBAS DE CLIMATIZACION SEGÚN EL ESTANDAR AMD 012 2014.

B42 SISTEMA DE OXIGENO MEDICINAL: DOS (02) TOMAS EMPOTRADAS MÍNIMO, UNA CERCANA A LA CABECERA DEL PACIENTE Y OTRA DE EMERGENCIA, CON UN COMPARTIMIENTO ADAPTADO, CON PUERTA PLEGABLE, CON SISTEMA DE FIJACION, PARA ALOJAR UNA (01) BOTELLA DE OXIGENO DE 4M3 PROX. SIN PERDIDA DE SUMINISTRO CON SUS



GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
 SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
 Mg. Ing. JOSE AGUSTO FUENTES BELLIDO
 INSPECTOR DE OBRA
 CIP/Nº 103505

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
 ING. ROLANDO ESPINOZA BOLA
 RESIDENTE DE OBRA
 CIP Nº 66472

| | |
|--|---|
| | <p>ACCESORIOS DE USO MEDICINAL (MANIFOLD, REGULADOR, FLUXÓMETROS, VÁLVULAS, CONECTORES Y MANGUERAS) DEBIDAMENTE NORMALIZADOS. INCLUYE BOTELLA DE OXÍGENO. TODOS LOS CONDUCTOS PARA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN SER VENTILADOS Y ACCESIBLES. LA INSTALACIÓN DE GASES NO DEBE SER COMPARTIDA CON LA ELÉCTRICA. LAS TOMAS NO DEBEN ESTAR A MENOS DE 30 CM DEL TOMACORRIENTE. SE DEBE REALIZAR UNA PRUEBA DEL SISTEMA DE OXÍGENO DE LA AMBULANCIA.</p> <p>B43 A NIVEL DEL TECHO: TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANO Y DISPOSITIVO PORTA SUERO CON DESPLAZAMIENTO PARALELO RESPECTO A LA CAMILLA PORTÁTIL.</p> <p>B44 ILUMINACIÓN INTERIOR: LUZ BLANCA, PREFERENTE TIPO LED, INDEPENDIENTE, MÍNIMO CUATRO (04) LÁMPARAS, INTENSIDAD VARIABLE, INTERRUPCIÓN INDIVIDUAL. PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX. UNA (01) LÁMPARA DE ACCIONAMIENTO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA. SE DEBE REALIZAR PRUEBAS DEL NIVEL DE ILUMINACIÓN, SEGÚN EL ESTANDAR AMD 016 2014.</p> <p>B45 VENTANAS: DE VIDRIO TEMPLADOS Y PAVONADOS.</p> <p>B46 RUIDO INTERNO: HASTA UN MÁXIMO DE 80 DECIBELES EN CABINA DE ATENCIÓN EN TODO MOMENTO (R.M. N°830-2012/MINSA). SE DEBE REALIZAR PRUEBAS DE RUIDO DE ACUERDO AL ESTANDAR AMD 006 2014.</p> <p>B47 SISTEMA ADICIONALES DE SEGURIDAD: EXTINTORES Y PASAMANOS SOBRE LAS PUERTAS E INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA.</p> <p>MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>B48 UN (01) GABINETE EMPOTRADO: SUJETO AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, COLOCADO DE EXTREMO A EXTREMO EN LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD CON ESTANTERÍA EN MATERIAL SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, COMPLETAMENTE LISO, SIN POROSIDADES, RÍGIDO, IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, NO MAYOR A 0.30 M. DE ANCHO, PARA GUARDAR ORDENADAMENTE EQUIPOS MÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSTRUMENTOS, CON PUERTAS TRANSPARENTES, RESISTENTE A LOS GOLPES.</p> <p>B49 UN (01) GABINETE-ASIENTO, LONGITUDINAL TIPO CAJÓN: UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON COLCHONETA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, UNO SENTADOS CON CINTURONES DE SEGURIDAD, TAPIZ IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, TAPA REBATIBLE, Y CAPACIDAD DE ALOJAMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPOS VARIOS, CON UN COMPARTIMIENTO PARA ALMACENAR LA TABLA DE INMOVILIZACIÓN. CON BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS.</p> <p>B50 ASIENTO GIRATORIO: TIPO AUTOMOTRIZ, CON CABEZAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL (01) UBICADO EN CABECERA DE LA UBICACIÓN DE LA CAMILLA. CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS, APOYO DE CABEZA, ACOLCHADO, TAPIZ LAVABLE, ERGONÓMICO.</p> <p>B51 UNA (01) LÁMPARA DE LUZ DIRECTA: PARA EXAMEN DEL PACIENTE.</p> <p>B52 SISTEMAS DE PROTECCIÓN: (ANTI-VUELCO) QUE GARANTICE LA INTEGRIDAD DE LOS PASAJEROS EN CASO DE VUELCO, SEGÚN LO ESTABLE EL ARTÍCULO 27º DEL D.S. N° 058-2003-MTC.</p> <p>B53 EXTERIORES: COLORES, DISEÑOS, DISTINTIVOS, ACORDE A NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01Y A LO SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN (EL DISEÑO DE PINTURA Y PLOTEO SERÁ PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD OPORTUNAMENTE AL PROPONENTE ADJUDICADO).</p> <p>B54 UN CONTENEDOR: DE RESIDUOS MÍNIMO DE 3 LTS.</p> |
| <p>C. COMPONENTES</p> | <p>C01. CHASIS O VEHÍCULO BASE, CABINA DE CONDUCCION Y CABINA DE ATENCIÓN MEDICA C02. MOTOR, SISTEMA DE TRANSMISIÓN, FRENOS, SUSPENSIÓN, NEUMÁTICOS Y ELÉCTRICOS</p> |
| <p></p> <p>D. ACCESORIOS</p> <p></p> <p>Mg. Ing. JOSÉ AUGUSTO FUENTES BELLIDO INSPECTOR DE OBRAS CEP. N° 192008</p> | <p>D01. UNA (01) BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE CUATRO ELEMENTOS, DE LUZ ESTROBOSCÓPICA CON LEDS Y ALTAVOZ PARA INTEMPERIE MENOR A 100 WATTS.</p> <p>D02. EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN: SOBRE UNIDAD MÓVIL, SINTONIZADO CON LA CENTRAL DE SUS BASE DE OPERACIONES Y QUE TENGA COBERTURA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL.</p> <p>D03. SISTEMA DE MONITOREO SATELITAL: (GPS) SERVICIO CUBIERTO POR LO MENOS DE 12 MESES. EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR CON LA ENTREGA DE LA UNIDAD: AUTORIZACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO DE MONITOREO. COPIA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL MINISTERIO DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES (MTC). COPIA DE QUE EL PROVEEDOR DEL EQUIPO (GPS) Y SERVICIOS ES UN PRESTADOR INSCRITO EN EL MTC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DEL TUO DE LA LEY DEL MTC.</p> <p>D04. UNA (01) SIRENA ELECTRÓNICA CON SISTEMA DE MANOS LIBRES.</p> <p>D05. DOS (02) DISPOSITIVOS DE LUCES PERIMETRALES ESTROBOSCÓPICAS.</p> <p>D06. DOS (02) FAROS DE LUZ HALÓGENA MULTIDIRECCIONAL, A AMBOS LADOS DEL VEHICULO.</p> <p>D07. UN (01) JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO.</p> <p>D08. UN (01) EXTINTOR DE PQS RECARGABLE EN LA CABINA AUTOMOTRIZ, 06 KG.</p> <p>D09. CINTAS REFLECTIVAS CON LA PALABRA EMERGENCIA, SEGÚN NTS 051.</p> <p>D10. UNA (01) GATA</p> <p>D11. UN CABLE DE REMOLQUE TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS ADECUADO AL VEHÍCULO OFERTADO.</p> <p>D12. UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA</p> <p>D13. UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL CON ALIMENTACIÓN DESDE EL ENCENDEDOR</p> <p>D14. UNA (01) LLAVE DE RUEDAS EN CRUZ</p> <p>D15. UN (01) DESARMADOR PLANO 8".</p> <p>D16. UN (01) DESARMADOR ESTRELLA 8".</p> <p>D17. UNA (01) PALANCA Y UNA EXTENSIÓN CORTA PARA DADO CON ENCASTRE DE ½".</p> <p></p> <p>Mg. Ing. ROBERTO ANASTASIO TORO INSUBSISTENTE DE OBRAS CEP. N° 62777</p> |

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SÁNCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>D18. DOS (02) LLAVES FRANCESAS DE: 8" Y 10". D19. UN (01) ALICATE DE 8" DE CORTE. D20. UN (01) ALICATE DE PRESIÓN. D21. UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS.</p> <p>DEBERA ENTREGAR LOS DOCUMENTOS</p> <p>MANUAL DE MANTENIMIENTO DEL VEHICULO COLOR BLANCO INTEGRAL, ACORDE A NORMA NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.0.1 IDENTIFICACION DE AMBULANCIA (ESTRELLA DE VIDA COLOR AZUL, SERPIENTE COLOR BLANCO) LETRA AMBULANCIA COLOR ROJO AUTOADHESIVO REFLECTANTE</p> <p>OTROS: 1.- CAPACITACION AL USUARIO</p> |
| E. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | <p>E01. SISTEMA ELECTRICO EN LA CABINA DE ATENCION MEDICA E02. INVERSOR ELECTRICO DE 12 VDC A 220VAC Y CARGADOR AUTOMATICO DE BATERIA</p> |

| DENOMINACIÓN | |
|--|---|
| EQUIPAMIENTO MÉDICO BÁSICO PARA LA AMBULANCIA RURAL 4 X 4 TIPO II | |
| EQUIPO DE ASPIRACIÓN PORTATIL | |
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y FLUIDOS DE PACIENTES TRANSPORTADOS |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | <p>B01 EQUIPO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE SOBREMESA, CON PRESIÓN REGULABLE DE 80 A 500 MMHG. O RANGO MÁS AMPLIO, FRASCO DE POLICARBONATO CON ESCALA DE MEDIDA DE 1 LT. APROX., RECIPIENTE CON TAPA, FUNCIONAMIENTO A BATERÍA.</p> <p>B02 CON FILTRO ANTIBACTERIANO</p> <p>B03 CAPACIDAD DE SUCCIÓN CONTINUA DE 24 LPM Ó MÁS</p> <p>B04 DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CONTRA REBOSE O SOBRE FLUJO</p> <p>B05 VACUÓMETRO CON REGULADOR DE POTENCIA DE SUCCIÓN.</p> <p>B06 DE ESTRUCTURA EN ABS ANTIGOLPES</p> <p>B07 LA PREINSTALACIÓN DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHÍCULO, Y SERÁ DE FÁCIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE.</p> |
| C. ACCESORIOS | <p>D01 UN (01) FRASCO RECOLECTOR DE REPUESTO CON ESCALA GRADUADA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS SOLICITADOS EN B01.</p> <p>D02 DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN ADULTOS</p> <p>D03 DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN PEDIÁTRICAS</p> <p>D04 DIEZ (10) CÁNULAS DE SUCCIÓN NEONATAL</p> <p>D05 DIEZ (10) FILTROS ANTIBACTERIANO</p> <p>D06 TUBO DE SILICONA FLEXIBLE.</p> <p>D07 BOLSA DE TRANSPORTE PARA EL EQUIPO ASPIRADOR DE SECRECIONES Y SUS ACCESORIOS.</p> <p>D08 DISPOSITIVO DE SOPORTE DE SUJECCIÓN A PARED.</p> |
| D. REQUERIMIENTO DE ENERGÍA | <p>E01 SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DE LA AMBULANCIA.</p> <p>E02 CON BATERÍA RECARGABLE INCORPORADA CON AUTONOMÍA MÍNIMA DE 45 MINUTOS.</p> <p>E03 APTO PARA FUNCIONAMIENTO CON RED ELÉCTRICA DE 220 VAC / 60HZ</p> |

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS

Mg. Ing. JOSE AUGUSTO PUNTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRA
CIP. N° 103505

| CILINDRO DE OXIGENO TIPO E | |
|-----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN PARA SU TRASLADO OXIGENOTERAPIA. |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | <p>B01 CON CAPACIDAD DE ALMACENAR 3450 LITROS DE OXIGENO APROXIMADAMENTE, TIPO M.</p> <p>B02 MATERIAL DE ALUMINIO TIPO E</p> <p>B03 PARA SUMINISTRO DE OXIGENO DE TODAS LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA</p> |

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SÁNCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| | |
|-----------------------|--|
| C. COMPONENTES | C01 VÁLVULA TIPO GRIFO C02 CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA TIPO GRIFO. C03 MANÓMETRO DE OXÍGENO DE 0 A 2500 PSI O MÁS, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI PARA LA ALIMENTACIÓN DE LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA. C04 DOS (02) FLUJOMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE LA AMBULANCIA. |
| D. ACCESORIOS | D01 DOS (02) HUMIDIFICADORES REUSABLES, ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE. D02 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX. D03 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX. D04 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE LIBRE DE LÁTEX. |

CILINDRO DE OXIGENO TIPO D

| | |
|----------------------------------|---|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA USO EN PACIENTES QUE REQUIEREN PARA SU TRASLADO OXIGENOTERAPIA. |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 CAPACIDAD DE ALMACENAR 425 LITROS DE OXÍGENO APROXIMADAMENTE. BALÓN LLENO A PRESIÓN MÁXIMA. B02 MATERIAL DE ALUMINIO TIPO D B03 PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO DURANTE EL TRASLADO EN CAMILLA FUERA DE LA AMBULANCIA. |
| C. COMPONENTES | C01 VÁLVULA TIPO GRIFO (CGA-870) C02 REGULADOR CON MANÓMETRO DE OXÍGENO. C03 FLUJOMETRO DE 0 A 15 LPM. |
| D. ACCESORIOS | D01 UN (01) HUMIDIFICADOR REUSABLE, ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE. D02 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX. D03 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE PEDIÁTRICO LIBRE DE LÁTEX. D04 DIEZ (10) MASCARILLAS CON ELÁSTICO Y TUBOS DE CONEXIÓN PARA PACIENTE INFANTE LIBRE DE LÁTEX. |

CAMILLA TELESCÓPICA TIPO M

| | |
|----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS Y AÉREAS PRE HOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | <p>CAMILLA TELESCOPICA AUTOMATICA SITMED TIPO M</p> <p>B01 SISTEMA DE FIJACION AL VEHICULO CON GANCHO LATERAL Y TOPE FRONTAL (SEGÚN NTS N°051-MINSA/OGDN-VO.1)</p> <p>B02 SISTEMA DE FIJACION AL VEHICULO CON GANCHO LATERAL Y TOPE FRONTAL (SEGÚN NTS N°051-MINSA/OGDN-VO.1)</p> <p>B03 DOS BARRANTAS LATERALES PLEGABLES, ERGONOMICAS, CON DBLE CIERRE AUTOMATICO</p> <p>B04 RUEDAS CON BANDA DE GOMA Y SISTEMA DE FRENO</p> <p>B05 CAPACIDAD DE CARGA ESTATICA DE 300KGS Y 150KGS DE CARGA DINAMICA</p> <p>B06 RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE DE RCP O SHOCK</p> <p>B07 COLCHONETA DE 7.00 CM. A MAS DE ESPESOR, IMPERMIABLE</p> <p>B08 ADAPTAR POSICION DE TRENDELEMBURG</p> <p>B09 ADOPTAR POSICION DE FOWLER</p> <p>B10 ESTRUCTURA EN DURALUMINIO TUBOAR CONJUNCIONES EN POLIMEROS, NO UTILIZA SOLDADURAISTENTE</p> <p>B11 AJUSTABLE EN ALTURA</p> <p>B12 DESBLOQUE O GANCHO DE SEGURIDAD PARA DESCENSO DE CAMILLA EN PARTE POSTERIOR DE LOS PIES (BAJAR Y SUBIR LA CAMILLA UNA SOLA PERSONA)</p> <p>B13 SISTEMA DE ANCLAJE (FIJACION) COMPLETAMENTE PARA INSTALACION AL PISO EN AL AMBULANCIA EN AL PARTE DELANTERA Y POSTERIOR</p> |
| C. ACCESORIOS | D01 GANCHO DE SEGURIDAD PARA DESCENSO DE CAMILLA D02 PORTA SUERO PLEGABLE D03 CORREAS DE SUJECION PARA PIERNAS, ABDOMEN, TÓRAX Y HOMBROS, CON CLIP METÁLICO. |



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA

Subgerencia de Obras
CIP 103505

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS

Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRA
CIP. N° 103505

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| CHALECO DE EXTRICACION | |
|----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA USO DE PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 QUE PERMITA USO SIMULTÁNEO DE COLLARÍN CERVICAL B02 CAPACIDAD DE INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL. B03 REFORZADO CON VARILLAS. B04 TRANSPARENTE A LOS RAYOS X. B05 MATERIAL POLIVINILO LAVABLE, REFORZADO Y REUSABLE B06 USO EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y EMBARAZADAS. B07 CODIFICADO POR COLORES ROJA (INFERIOR), AMARILLA (CENTRO), VERDE (SUPERIOR) Y NEGRA (PIERNA), CON HEBILLAS DE ACETAL RESISTENTE A GRANDES ESFUERZOS B08 RIGIDIZADA EN UN EJE, MEDIANTE BALLEADO INTERIOR OTORGÁNDOLE RIGIDEZ VERTICAL Y FLEXIBILIDAD HORIZONTAL B09 CON CORREAS Y MANIJAS DE AGARRE DE GRAN RESISTENCIA |
| C. COMPONENTES | C01 ALMOHADA PARA LA NUCA. C02 BANDA PARA LA NUCA Y BARBILLA |
| D. ACCESORIOS | D01 BOLSA DE TRASLADO CON ASA D02 CORREAS CODIFICADAS POR COLOR CON CLIP DE SEGURIDAD. |

| MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL | |
|---------------------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA USO DE PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 PORTATIL, PESO NO MAYOR A 8KG. INCLUIDA LA BATERIA B02 TIEMPO DE CARGA MENOR O IGUAL A 7 SEG. A MÁXIMA ENERGÍA (CON BATERIA) B03 SELECTOR DE CARGA EN EL PANEL DEL EQUIPO: PARA ONDA ESTANDAR (MONOFASICA) CON CAPACIDAD HASTA 200 JOULES (CON 8 O MAS VALORES DE SELECCIÓN), O PARA ONDA BIFASICA CON CAPACIDAD HASTA 200 JOULES O MAS (CON 8 O MAS VALORES DE SELECCIÓN). B04 CONTROL DE INICIO DE CARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y/O PALETAS EXTERNAS, Y DESCARGA DESDE EL PANEL DEL EQUIPO Y PALETAS EXTERNAS. B05 INDICADOR DE CARGA COMPLETA AUDIBLE Y GRAFICA. B06 CON UN PAR DE PALETAS EXTERNAS ADULTO Y PEDIATRICO, ESTAS ULTIMAS DESLIZABLES O MONTABLES. B07 SINCRONISMO PARA CARDIO VERSION. B08 MODO MANUAL, CHARGE, MODO MONITORIO ECG B09 MODO MARCAPASOS NO INVASIVO B10 MODO DE PRESION NO INVASIVA B11 AMPLITUD DE LA ECG :5, 10, 20mm/Mv VISUALIZACION EN EL MONITOR. B12 FRECUENCIA CARDIACA: 30 A 300 LPM AL 2%. B13 ALARMA DE ARRITMIA: HR, ASYSTOLE, VF, VT. B14 RESOLUCION 800 X 480 PÍXELES. B15 INDICADOR ESTADO DE BATERIA. |
| C. COMPONENTES | PANTALLA C01 TAMAÑO DE 4.5" DIAGONAL O MAS. C02 GRAFICA DE ONDA ECG Y DISPLAY DIGITAL DEL VALOR MEDIDO EN PANTALLA. C03 VISUALIZACION DE VALOR NUMERICO DE LA ENERGIA SELECCIONADA O LIBERADA ECG. C04 ADQUISICION DE ECG MEDIANTE CABLE PACIENTE Y DE LAS PALETAS DE DESFIBRILACION. C05 ALARMA PARA FRECUENCIA CARDIACA. REGISTRADOR. C06 REGISTRADOR INTEGRADO AL EQUIPO, CON REGISTRO TIPO TERMICO. C07 CAPACIDAD PARA PAPEL DE 45 mm O MAS DE ANCHO. C08 TIPO DE PANTALLA LCD A COLOR GRAFICA DE LA RESOLUCION. |
| D. ACCESORIOS | D01 DOS CABLES ECG DE 03 RAMALES D02 DOS CABLES ECG DE 05 RAMALES D03 05 FRASCOS DE GEL ELECTRO CONDUCTOR. D04 30 ROLLOS DE PAPEL TERMO SENSIBLE D05 PALETAS EXTERNAS REUSABLES (ADULTO Y PEDIATRICO) D06 CABLE CON ADAPTADOR PARA PADS DESECHABLES. |
| E. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | C01 FUNCIONAMIENTO CON RED ELECTRICA 220VAC / 60Hz C02 CON BATERIA RECARGABLE CON AUTONOMIA MINIMA DE 02 HORAS C03 TIPO DE BATERIA POLIMERO DE LITIO |



GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUBGERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRAS
CIP. N° 103509

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
ING. BOLIVAR FUENTES BELLIDO
GERENTE DE OBRAS
CIP. N° 103509

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| ESTETOSCOPIO ADULTO | |
|---------------------------|---|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE B02 DE DOBLE CAMPANA. B03 CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES ADULTOS B04 BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE B05 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. B06 TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS B07 OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR. |
| C. COMPONENTES | C01 EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO. |
| D. ACCESORIOS | D01 REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA. |

| ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO | |
|---------------------------|---|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA DETECCIÓN DE RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 CAPSULA DE ACERO INOXIDABLE B02 DE DOBLE CAMPANA. B03 CAMPANA Y DIAFRAGMA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS. B04 BORDES DE LAS CAMPANAS RECUBIERTAS DE JEBE B05 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. B06 TUBULADURAS MOLDEADAS JUNTAS (DOS TUBOS EN UN SOLO DISEÑO), LA CUAL NO DEBE PERMITIR FROTAMIENTO DE ESTAS TUBULADURAS. B07 OLIVAS SUAVES ADAPTABLES A LA APERTURA DEL PABELLÓN AURICULAR. |
| C. COMPONENTES | C01 EMPAQUE O ENVASE PARA EL EQUIPO. |
| D. ACCESORIOS | D01 REPUESTOS DE OLIVA (MÍNIMO DOS PARES) Y DIAFRAGMA |

| SET OTO-OFTALMOSCOPIO | |
|-----------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA APOYO EN EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS Y AÉREAS PRE HOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 SET CONTIENIENDO OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO. OFTALMOSCOPIO B02 RUEDA DE DIAFRAGMA. B03 FILTROS: LIBRE DE ROJO (FILTRO VERDE), FILTRO DE POLARIZACIÓN. B04 SISTEMA DE ILUMINACIÓN POR LÁMPARA XENÓN O LED. B05 ÓPTICAS DE OBSERVACIÓN: CON LENTES DE -10 A +25 DIOPTRÍAS COMO MÍNIMO. OTOSCOPIO B06 APTO PARA TRABAJO CON ESPÉCULOS DE TAMAÑOS DIFERENTES. B07 LUPA PARA VISUALIZACIÓN TÍMPÁNICA. B08 SISTEMA DE ILUMINACIÓN POR LÁMPARA XENÓN O LED. MANGO PARA OTOSCOPIO / OFTALMOSCOPIO B09 UN (01) MANGO PARA FUNCIONAMIENTO CON PILAS O BATERÍAS RECARGABLES COMPATIBLE PARA OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO O INDIVIDUAL PARA CADA UNO B10 CONTROL DE ILUMINACIÓN |
| C. COMPONENTES | C01 ESTUCHE A PRUEBA DE IMPACTOS QUE CONTENGA EL SET COMPLETO. C02 SET DE CUATRO (04) ESPÉCULOS AURICULARES REUTILIZABLES DE DISTINTO TAMAÑO. |
| D. ACCESORIOS | D01 ESTUCHE A PRUEBA DE IMPACTOS QUE CONTENGA EL SET COMPLETO. D02 SET DE CUATRO (04) ESPÉCULOS AURICULARES REUTILIZABLES DE DISTINTO TAMAÑO. D03 SET DE TRES (03) ESPÉCULOS DESECHABLES DE DISTINTO TAMAÑO. D04 UN (01) CARGADOR DE PILAS O BATERÍAS DE FUNCIONAMIENTO A 220 VAC. D05 DOS (02) LÁMPARAS DE REPUESTO: UNO (01) PARA EL OFTALMOSCOPIO Y UNO (01) PARA EL RETINOSCOPIO. |
| E. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | E01 PILAS Y/O BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS. |

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SECRETARÍA DE GESTIÓN REGIONAL DE INICIATIVAS Y PROYECTOS
Mg. Ing. JOSÉ LUIS AGUIRRE BELLISSIMO
INSPECTOR DE OBRAS
D.P. N° 103505



"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| LINTERNA PARA EXAMEN | |
|-----------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | UTILIZADO PARA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE TRATAMIENTO |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 LINTERNA PARA EXAMEN LED (LUZ BLANCA). B02 CLIP TIPO LAPICERO. B03 PARA USO MÉDICO. B04 MANGO A PILAS |
| C. ACCESORIOS | C 01 UN (01) JUEGO DE BATERÍAS DE REPUESTO C02 UNA (01) LÁMPARA DE REPUESTO. C03 UN CARGADOR PARA BATERÍAS. |
| D. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | D01 BATERÍAS RECARGABLES INCLUIDAS |

| OXIMETRO DE PULSO | |
|-----------------------------|---|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | DE TECNOLOGIA PARA ASEGURAR MEDICION Y EXACTITUD DURANTE MOVIMIENTOS Y BAJA PERFUSION DEL PACIENTE. |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 PROCESAMIENTO DIGITAL DE LA SEÑAL B02 VISUALIZACION DE ONDA PLETISMOGRAFICA B03 PANTALLA LCD O LED PARÁMETROS DE MEDICION B04 RANGO DE LECTURA DE SATURACION ARTERIAL DE OXIGENO DE 15% O MENOS A 100% B05 RESOLUCION EN SATURACION DE OXIGENO 1% O MENOS B06 RANGO DE FRECUENCIA DE PULSACIONES DE 30 A 220bpm O RANGO MAS AMPLIO B07 RESOLUCION EN FRECUENCIA 1bpm O MENOS ALARMAS AUDIOVISUALES B08 CON ALARMAS DE SPO2 NIVEL ALTO Y BAJO B09 CON ALARMAS DE FRECUENCIA DE PULSACIONES NIVEL ALTO Y BAJO B10 MEMORIA PARA TENDENCIAS DE 48 HORAS O MAS B11 INDICADOR DE BAJA PERFUSION B12 INDICADOR DE BATERIA BAJA B13 SILENCIADOR DE ALARMA |
| C. COMPONENTES | C01 TRES (03) SENSORES REUSABLES DE DEDO PARA PACIENTES ADULTOS, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO C02 TRES (03) SENSORES REUSABLES PARA PACIENTES PEDIATRICOS, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO C03 DOS (02) SENSORES REUSABLES PARA NEONATOS SIN RESORTE O PINZAS DE SUJECION QUE PUEDAN DAÑAR AL NEONATO, CON CABLE CONECTOR AL EQUIPO |
| D. ACCESORIOS | C01 LA PRE-INSTALACION DEL EQUIPO EN LA AMBULANCIA DEBE ASEGURA LA ESTABILIDAD DEL EQUIPO AL MOVIMIENTO DEL VEHICULO, Y SERA DE FACIL ACCESO PARA SU USO Y TRANSPORTE CON EL PACIENTE |
| E. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | E01 SISTEMA DE ALIMENTACION DE 12 VDC CON CONEXIÓN A LA TOMA DC DE LA AMBULANCIA (SISTEMA CONEXIÓN DIRECTA DEL EQUIPO A LA TOMA DE CORRIENTE DE LA UNIDAD SIN TRANSFORMADOR EXTERNO) E02 CON BATERIA RECARGABLE CON AUTONOMIA MINIMA DE 02 HORAS E03 APTO PARA TRABAJAR A LA RED ELECTRICA DE 220 VAC 60Hz |



| SET DE COLLARINES CERVICALES | |
|------------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA LA INMOVILIZACION DE LA COLUMNA CERVICAL EN PACIENTES CON TRAUMA |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 TRES (03) TAMAÑOS COMO MÍNIMO, ADULTO ESTÁNDAR, PEDIÁTRICO, E INFANTE ESTÁNDAR. B02 COMPATIBLE CON RX, TAC Y MRI (RESONANCIA MAGNETICA) B03 CON ORIFICIO PARA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA B04 RÍGIDO CON CUBIERTA PLÁSTICA PARCIAL B05 TIRA DE VELCRO O CIERRE REGULABLE |

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS

Mg. Ing. JOSÉ AUGUSTO PUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRA
CIP. N° 102505

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA

ING. SALVADOR JORDAN BOLA
REGISTRADO DE OBRA
CIP. 60477

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

MALETÍN DE MEDICAMENTOS

| | |
|----------------------------------|---|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | CONTENDRÁ MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES PARA BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA EN PACIENTES. |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | B01 MALETÍN DISEÑADO PARA TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES COMPLETAMENTE RÍGIDO, DE MATERIAL ALUMINIO O SINTÉTICO, LAVABLE, RESISTENTE Y LIGERO, CON COMPARTIMENTOS QUE PERMITA CONECTAR LA TOTALIDAD DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS DE MANERA ORDENADA Y FÁCIL ACCESO, PARA ELLO SE DEBERÁ CONSIDERAR QUE LA DIMENSIONES EXTERNAS SERÁN: LARGO NO MENOR A 320MM, ANCHO NO MENOR A 510 MM Y ALTO NO MENOR A 290 MM. B02 PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES Y CAÍDAS, DE USO CONSTANTE Y DURABLE. |
| C. COMPONENTES | C01 DEBE ALBERGAR COMO MÍNIMO LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES INDICADOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD N°051-MINSA/OGDN-V.0.1 (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES) |

MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA

| | |
|----------------------------------|---|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | PARA USO EN PACIENTES CON PARO RESPIRATORIO Y/O ALTERACIONES OXIGENATORIAS O VENTILATORIAS. |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | B01 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. B02 PORTÁTIL, RESISTENTE A GOLPES, CAÍDAS Y USO CONSTANTE, DURABLE. |
| C. COMPONENTES | <p>C01 RESUCITADOR MANUAL PARA ADULTOS:</p> <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 RESERVOIRIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC. <p>C02 RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO</p> <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 (02) MASCARILLAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS 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 RESERVOIRIO DE OXÍGENO NO MENOR DE 2000 CC. <p>C03 LARINGOSCOPIO</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>C04 SET DE TUBOS OROFARÍNGEOS</p> <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. <p>C05 SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (OROTRAQUEAL CON CUFF)</p> <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, CON DOS (02) GUÍAS REUSABLES. <p>C06 SET DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (NASOTRAQUEAL SIN CUFF)</p> <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. <p>C07 SET DE TUBOS NASOFARÍNGEOS PREFORMADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> DE DIFERENTES TAMAÑOS: N°2.5, N°3, N°4, N°5 Y N°6. <p>C08 MÁSCARAS LARÍNGEAS DESCARTABLES</p> <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 <p>C09 01 PINZA TIPO MAGILL DE 17 cm. APROX.</p> <p>C10 01 PINZA TIPO MAGILL DE 25 cm. APROX.</p> <p>C11 01 BOTELOTA DE ALUMINIO PARA OXÍGENO PORTÁTIL CON REGULADOR Y FLUJÓMETRO TIPO M-8 PARA SER TRANSPORTADO DENTRO DEL MALETÍN. BOTELOTA LLENA A PRESIÓN MÁXIMA.</p> <p>C12 ABREBOCA.</p> <p>C13 DEPRESOR LINGUAL BUCHWALD DE ACERO QUIRÚRGICO</p> |



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SUB GERENCIA DE OBRAS
Mg. Ing. JOSÉ AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRAS
CIP. N° 103505

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SUB GERENCIA DE OBRAS
RESOLUCIÓN N° 001/2017
CIP. 66472

| TABLA ESPINAL RÍGIDA | |
|----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | PARA INMOVILIZAR A PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE COLUMNA ESPINAL E INMOVILIZADOR DE CABEZA |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | B01 MATERIAL DE POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD Y RESISTENCIA COLOR AMARILLO, NARANJA B02 TABLA PARA PACIENTE ADULTO MEDIDAS APROX. 180X 40X 6 CM B03 TABLERO ESPINAL LARGO CON ABERTURAS PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTE CON SUJECIÓN POR MEDIO DE TRES CORREAS CON SEGURO TIPO CINTURÓN DE SEGURIDAD B04 TRASLÚCIDO A LOS RAYOS X B05 PESO LIVIANO MENOR A 8 KG. B06 INMOVILIZADOR DE CABEZA PARA PACIENTE ADULTO (42X26X18 CM. APROX.) B07 INMOVILIZADOR DE CABEZA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (34X26X14 CM. APROX.) B08 CON ELEMENTOS DE SUJECIÓN A LA CAMILLA E INMOVILIZACIÓN DE LA CABEZA |
| C. ACCESORIOS | D01 DOS INMOVILIZADORES DE CRÁNEO, Y DOS SUJETADORES REUSABLE, IMPERMEABLE, CON FIJACIÓN PARA FRENTE Y MANDÍBULA D02 TRES (03) SUJETADORES PARA PIERNA, CINTURA Y TÓRAX D03 CORREA TIPO "ARAÑA STRAP" (SPIDER) PARA DIFERENTES ESTATURAS DE LOS PACIENTES |

| JUEGO DE FERULAS | |
|----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | A PARA INMOVILIZAR PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE COLUMNA ESPINAL E INMOVILIZADOR DE CABEZA |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | B01 RÍGIDA CON ALMA FLEXIBLE B02 DE MATERIAL NO ABSORBENTE, LAVABLE, IMPERMEABLE A FLUIDOS Y SECRECIONES B03 SISTEMA DE FIJACIÓN O SUJECIÓN POR VELCRO B04 UN JUEGO DE FERULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (MÍNIMO 3) PARA ADULTO B05 UN JUEGO DE FERULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (MÍNIMO 3) PARA PEDIÁTRICO B06 UN JUEGO DE FERULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MANO- ANTEBRAZO (MÍNIMO 3) PARA ADULTO B07 UN JUEGO DE FERULAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA MANO-ANTEBRAZO (MÍNIMO 3) PARA PEDIÁTRICO B08 NO DEBE TENER VALVULAS, NI BOMBAS |
| C. ACCESORIOS | D01 CON BOLSA DE TRANSPORTE. |

| TENSÍMETRO ANEROIDE ADULTO | |
|----------------------------------|---|
| A. DESCRIPCIÓN FUNCIONAL | PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL |
| B. CARACTERÍSTICA GENERAL | B01 SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN mm HG. CON EXACTITUD DE 5 mm HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO. B02 PIEZAS RECAMBIALES |
| C. COMPONENTES | C01 MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm HG. C02 CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO C03 PERILLA DE GOMA. C04 VÁLVULA DE AJUSTE FINO |
| D. ACCESORIOS | D01 DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA GRANDE • UNO (01) PARA PACIENTE ADULTO: TALLA ESTÁNDAR D02 ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN. |



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
 SUB GERENCIA DE OBRAS
 CIP. 60477

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
 SUB GERENCIA DE OBRAS
 Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
 INSPECTOR DE OBRA
 CIP. N° 103505

| TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO | |
|----------------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | PARA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | B01 SISTEMA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL TIPO ANALÓGICO O TIPO RELOJ, QUE PERMITE VISUALIZAR LOS VALORES EN mm HG., CON EXACTITUD DE 5 mm HG. O MENOR, PROTEGIDO POR VIDRIO O PLÁSTICO RESISTENTE, ADECUADAMENTE CALIBRADO. B02 PIEZAS RECAMBIALES |
| C. COMPONENTES | C01 MANÓMETRO DE PRESIÓN NO ADHERIDO AL BRAZALETE CON ESCALA DE LECTURA DE 0 A 300 mm HG. C02 CUBIERTA DEL MANÓMETRO ANTI-IMPACTO C03 PERILLA DE GOMA. C04 VÁLVULA DE AJUSTE FINO |
| D. ACCESORIOS | D01 DOS (02) BRAZALETES DE TELA REUSABLES CON SUJETADOR TIPO VELCRO: <ul style="list-style-type: none"> • UNO (01) PARA PACIENTE PEDIÁTRICO • UNO (01) PARA PACIENTE INFANTE D02 ESTUCHE PARA TRASLADO Y PROTECCIÓN. |

| EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION MOVIL | |
|-----------------------------------|---|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | A GENERALES A01 EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION 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 NUMERO DE CANALES MINIMO 20 PROGRAMABLES A04 BOTONES PROGRAMABLES A05 SCANNER EXPLORADOR DE CANALES A06 BLOQUE DE CANAL OCUPADO A07 LLAMADA SELECTIVA A08 IDENTIFICADOR DE LLAMADAS POR PTT-ID A09 PROGRAMABLE Y AJUSTABLE POR PC (SOFTWARE CABLE RESPECTIVO) |
| B. CARACTERISTICA GENERAL | TRANSMISOR B01 POTENCIA DE SALIDA 45 WATTS COMO MINIMO RECEPTOR B02 POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: MAYOR DE 2 WATTS SISTEMA DE ALIMENTACION B03 SISTEMA DE ALIMENTACION ADAPTABLE AL VEHICULO ANTENA MOVIL B04 IMPEDANCIA DE ANTENA: 50 OHMIOS APROX. ACCESORIOS B05 CLIP COLGADOR DE MICROFONO B06 KIT DE MONTAJE PARA SER INSTALADA EN LA CABINA DEL CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA: CABLES DE ALIMENTACION Y FUSIBLES DE REPUESTO HANDY B07 DOS (02) HANDY EN FRECUENCIA VHF DE LA MISMA MARCA DEL EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION MOVIL B08 POTENCIA DE SALIDA MINIMA 5.0 WATTS B09 COBERTURA EN FRECUENCIA DE 136 A 174 MHz. B10 SCANNER DE CANALES B11 DISPLAY CLD. ALFANUMERICO CON BACKLIGHT B12 20 CANALES DE MEMORIA COMO MINIMO B13 FUNCION DE APAGADO AUTOMATICO PROGRAMABLE B14 PERMITE PROGRAMACION MANUAL O PC B15 BATERIA RECARGABLE B16 CARGADOR DE BATERIA DE MESA B17 CARGADOR DE BATERIA DE VEHICULO B18 MICROFONO CON CLIP B19 BATERIA DE REPUESTO |

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELTRICHIO
INSPECTOR DE CARR.
CIP. N° 103509

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA

ING. JOSE AUGUSTO FUENTES BELTRICHIO
SUB GERENTE DE OBRAS
CIP. 103509



"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"

| | |
|-----------------------------|--|
| C. COMPONENTES | TRANSMISOR C01 POTENCIA DE SALIDA 45 WATTS COMO MINIMO |
| | RECEPTOR C02 POTENCIA DE SALIDA DE AUDIO: MAYOR DE 2 2WATTS |
| | ANTENA MOVIL C03 ANTENA MOVIL 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 |
| | C04 IMPEDANCIA DE ANTENA 50 OHMIOS APROX. |
| D. ACCESORIOS | D01 CLIP COLGADOR DE MICROFONO |
| | D02 KIT DE MONTAJE PARA SER INSTALADA EN LA CABINA DEL CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA CABLES Y FUSIBLES AL VEHICULO |
| F. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | F01 CARGADOR DE BATERIA DE MESA |
| | F02 BATERIA RECARGABLE CON AUTONOMIA |

BOMBA DE INFUSION DE DOS CANALES

| | |
|-----------------------------|--|
| A. DESCRIPCION FUNCIONAL | A01 EQUIPO PORTATIL DE DOS CANALES DE INFUSION PARA USO EN AMBULANCIA |
| | A02 CON PROGRAMACION INDEPENDIENTE DE LOS PARAMETROS DE INFUSION PARA CADA CANAL |
| | A03 MECANISMO DE BOMBEO PERISTALTICO LINEAL |
| | A04 RANGO DE FLUJO PROGRAMABLE ENTRE 1 ML/HR O MENOS A 999 ML/HR O MAS |
| | A05 CON SELECCIÓN DE VOLUMEN TOTAL A SER INFUNDIDO EN ML. HASTA 9999 ML. O MAS. |
| | A06 DISPLAY DIGITAL PARA PRESENTACION DE FLUJO PROGRAMADO, VOLUMEN PARCIAL Y TOTAL INFUNDIDO EN ML. POR CADA CANAL DE INFUSION |
| | A07 CON SISTEMA DE PROTECCION ANTI FLUJO LIBRE |
| | A08 TASA DE FLUJO PARA MANTENER VENA ABIERTA (KVO), MENOR DE 5 ML/HR. |
| | A09 SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES PARA OCLUSION EN LINEA |
| | A10 SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES PARA INFUSION COMPLETA, AIRE EN LINEA, ERROR DE FLUJO, BATERIA BAJA, PUERTA ABIERTA |
| | A11 ALARMAS DE VOLUMEN REGULABLE |
| | A12 OPCION DE SILENCIO DE ALARMA |
| | A13 CAPACIDAD DE MEMORIA PARA REGISTRO DE EVENTOS, ALARMAS |
| | A14 SISTEMA QUE PERMITA EL USO DE LINEAS DE LA MARCA I LINEAS ENDOVENOSA ESTANDAR DE DIFERENTES MARCAS (DE PREFERENCIA) |
| B. ACCESORIOS | B01 (06) LINEAS DE INFUSION, DISEÑADAS DE FABRICA PARA FUNCIONAR CON EL EQUIPO |
| C. REQUERIMIENTO DE ENERGIA | C01 DISEÑO Y FABRICADO PARA TRABAJAR DIRECTAMENTE CON FLUIDO ELECTRICO DE 220VAC, 60Hz. Y BATERIA |
| | C02 BATERIA RECARGABLE CON AUTONOMIA DE 3 HORAS O MAS |

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS

Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRA
CIP. N° 103502

CONDICIONES DE INSTALACIÓN

- El contratista será responsable de todos los trabajos de instalación y accesorios necesarios para que la ambulancia funcione correctamente.
- Los equipos médicos deben ser instalados con arriostramientos y/o montajes requeridos por el fabricante para reducir la vulnerabilidad producida por movimientos continuos del vehiculo.

INSPECCIONES Y PRUEBAS MÍNIMAS

Al momento de realizar la entrega de los bienes se deberán realizar las siguientes inspecciones y pruebas:

- Inspección de los componentes que conforman la ambulancia y el equipamiento médico.
- Prueba de encendido y funcionamiento del vehiculo, cabina médica, equipos médicos, equipos de radio comunicación, controles y alarmas.
- Verificación de funciones de los equipos médicos.

VIII. CAPACITACION Y/O ENTRENAMIENTO

a) Tema específico

Para manejo y operatividad de la Ambulancia y de los equipos médicos:

Capacitación en el correcto manejo, operación y mantenimiento básico.

Capacitación especializada en servicio técnico de Mantenimiento, incluye Plan de Mantenimiento y reparación.

b) Momento y plazo en que se realizara

"MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD MOQUEGUA DE LAS PROVINCIAS DE MARISCAL NIETO Y GENERAL SANCHEZ CERRO DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA"



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
ING. LAURA ROSARIO BOLA
INSPECTORA DE OBRA
CIP. 66477

En un plazo máximo de 05 días calendario siguientes a la entrega de bienes.

- c) **Duración mínima**
6 horas
- d) **Lugar de realización**
Dirección Regional de Salud Moquegua, Av. Bolívar S/N.

IX. MANUALES

Manuales de mantenimiento preventivo y de garantía en idioma español y deben ser entregados por el contratista en forma obligatoria a la entrega de la unidad vehicular.

X. LUGAR DE ENTREGA

a. **Lugar de entrega del bien.**

Lugar : La entrega se realizará en el taller de la OSEM (Oficina de Servicio y Equipo Mecánico) del Gobierno Regional de Moquegua, ubicado en la Carretera Toquepala km 0+300

Departamento : Moquegua.

Provincia : Mariscal Nieto

Distrito : Moquegua

Nota:

El bien que se entreguen en mal estado y/o no cumplan con las especificaciones no serán recepcionados y el contratista deberá cambiarlos sin ningún costo adicional.

XI. FORMA DE ENTREGA

La entrega será en forma única

XII. PLAZO DE ENTREGA

El plazo de entrega de la Ambulancia Urbana Tipo II con Equipamiento Médico Básico es de hasta 45 días calendario, que incluye la instalación y puesta en funcionamiento, contabilizando a partir del día siguiente de notificación por parte de la entidad.

XIII. GARANTIA COMERCIAL

a. **Alcance de la Garantía**

Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías o fallas de funcionamiento ajeno al uso normal o habitual de los bienes y no detectable al momento que se otorgó la conformidad, los cuales serán asumidos en su totalidad por el contratista.

b. **Condiciones de la Garantía**

Si durante el tiempo de uso del bien, empieza a tener fallas de fabricación el proveedor tendrá que cambiarlo de acuerdo a la garantía emitida. En un plazo máximo de 15 días calendario, los cuales se computan a partir del día siguiente de notificado al proveedor

c. **Periodo de la Garantía**

La garantía comercial del bien debe ser no menor de tres años.

d. **Inicio del cómputo del Periodo de la Garantía**

Contados a partir de la emisión de la conformidad de recepción del bien.

XIV. CONFORMIDAD DEL BIEN

La conformidad será emitida por la Residencia con el Vº Bº del inspector, previa acta de Recepción Instalación y Prueba Operativa de los equipos. La conformidad no enerva nuestro derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.

XV. FORMA DE PAGO

Pago será único, conforme al siguiente detalle:

Debiendo adjuntar:

- Carta de solicitud de conformidad
- Factura
- Carta de Garantía
- Acta de Recepción


GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
Mg. Ing. JOSE AUGUSTO PUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRAS
REG. N° 102305


GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
REG. N° 102305
RESIDENCIA DE OBRAS
CIP 66472

Dicha documentación se debe presentar a la entrega del bien en las Oficinas del área usuaria de la entidad, sito en el Malecón Mariscal Domingo Nieto 1-B s/n Sector el Gramadal.

XVI. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

Suma Alzada.

XVII. REAJUSTE DE PRECIOS

No aplica

XVIII. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

LLAVE EN MANO

XIX. AJUSTE DE PRECIOS

No aplica

XX. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS

El contratista deberá contar con la disponibilidad de servicios y repuestos por el tiempo que dure la garantía comercial. Asimismo, se solicita que al contratista cuente con un taller autorizado en la zona de uso del bien que suministren repuestos para dicho vehículo.

XXI. OBLIGACIONES DEL POSTOR

- Ficha Técnica o Folleto o Instructivo o Catalogo u otros similares, indicando las características técnicas, marca, modelo y procedencia del bien ofertado emitidos por el fabricante, si dicha documentación no acredita la totalidad de las características técnicas solicitadas, se aceptará una ficha técnica elaborada y firmada por el postor, en la cual se indique el cumplimiento de las especificaciones técnicas faltantes.
- El postor deberá de contar con Autorización del Ministerio de Salud MINSA – DIGEMID para importar y/o comercializar medicamentos, insumos, instrumental y equipo de uso médico.
- El postor debe acreditar tres (03) contrataciones, en venta de bienes iguales o similares, se consideran similares a lo siguiente: venta de ambulancias en general, la que se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra.

XXII. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo de responsabilidad del contratista es por un plazo de (03) años, contabilizado a partir de la conformidad otorgada.

XXIII. PRESTACIONES ACCESORIAS

Mantenimiento preventivo

- ✓ De la parte mecánica de la unidad móvil: Se realizará (3) mantenimientos preventivos, a los 5,000 Km o cada 6 meses lo que ocurra primero, en los respectivos talleres del contratista.
- ✓ Cabina médica: se realizará 3 mantenimientos preventivos, 01 por cada año durante el tiempo de la garantía.
- ✓ Equipo médico: se realizará 3 mantenimientos preventivos, 01 por cada año durante el tiempo de la garantía.

XXIV. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

El contratista deberá garantizar que los bienes ofertados sean nuevos y que estén libre de defectos bajo el uso y servicio normal, cumpliendo con las especificaciones técnicas.

El equipo debe contar con certificado de garantía, calidad y operatividad, los cuales deberán ser entregados junto con el equipo a adquirir.

Así mismo, será responsable de revisar y evaluar las condiciones de operación de las ambulancias y equipos médicos al realizar el protocolo de pruebas y puesta en marcha de las ambulancias y equipos ofertados.

El contratista está obligado a coordinar conjuntamente con el Área Administrativa de la entidad el trámite de la tarjeta de propiedad del vehículo como ambulancia y las placas físicas de rodaje (color rojo) como ambulancia a nombre de la entidad, hasta su obtención en un plazo máximo de 30 días calendario contados a partir del día siguiente del pago de la ambulancia.

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA DE ESTUDIOS Y PROYECTOS

Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INS. N.º 1000 DE OBRAS
05505

GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA

INGENIERO ANTONIO SERRAVALLO BELLO
RESIDENTE EN OBRAS
CIP 66477



Deberá adjuntar la siguiente documentación: Certificación y/o autorización del Ministerio de Salud MINSA, DIGEMID para importar y/o comercializar medicamentos, insumos, instrumental y equipo de uso médico.

XXV. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

XXVI. PROTOCOLO DE SEGURIDAD SANITARIA

- El personal de contratista que realice el descargado del bien y el conductor que traslada dicho bien deberán contar con los siguientes elementos de protección personal obligatoriamente:

| ELEMENTOS DE PROTECCION PARA PERSONAL | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| ítems | descripción |
| 01 | Respirador N95. |
| 02 | Lentes protectores |
| 04 | Guantes Látex Descartable |

-Antes del inicio para la descarga de los materiales la Contratista, solicitará la desinfección de la zona donde se realizará la descarga de los bienes, así también deberá solicitar que se restrinja el acceso a dicha zona por parte de los trabajadores de la obra.

-Los trabajadores de la Contratista, que vaya a realizar los trabajos de descarga de los materiales en obra, deberán contar con la disponibilidad de alcohol en gel o soluciones desinfectantes, jabón líquido y papel o toallas desechables, detergente, solución de hipoclorito al 1% (lejía), tachito de basura y bolsas de basura, con la finalidad de poder realizar su limpieza y desinfección antes y después de culminado los trabajos que realizarán.

-Culminado los trabajos de descargado del bien, el contratista deberá contar con un personal específicamente que realizara la desinfección del bien y que dicha actividad será verificada por el personal de salud contratado por la obra, conjuntamente con el prevencionista de seguridad, quienes verificarán que se cumpla la desinfección tal como indica el ministerio de salud en cuanto a desinfección del bien.



GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA
SUB GERENCIA DE OBRAS
CIP 66472

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
SUB GERENCIA ESTUDIOS Y PROYECTOS
Mg. Ing. JOSE AUGUSTO FUENTES BELLIDO
INSPECTOR DE OBRA
CIP. N° 103905

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | |
| Domicilio Legal : | | | |
| RUC : | Teléfono(s) : | | |
| MYPE | Sí | No | |
| Correo electrónico : | | | |

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para inicio de prestación.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para inicio de prestación.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación del inicio de la prestación

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

Importante

Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:

ANEXO Nº 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | |
|---------------------------------------|---------------|----|----|
| Datos del consorciado 1 | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | |
| Domicilio Legal : | | | |
| RUC : | Teléfono(s) : | | |
| MYPE | | Sí | No |
| Correo electrónico : | | | |

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

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

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para inicio de prestación.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para inicio de prestación.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación del inicio de prestación

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del representante
común del consorcio**

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

ANEXO N° 2

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

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en la presente invitación ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las especificaciones técnicas, condiciones y reglas de la presente invitación.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en la presente invitación.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante la contratación y al inicio de la prestación, en caso de resultar favorecido.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las especificaciones técnicas y demás documentos de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con las Especificaciones Técnicas y los documentos a presentar.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.

ANEXO Nº 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las Especificaciones Técnicas, me comprometo a entregar los bienes en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO (Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores
ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES
Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure la adquisición, para presentar una oferta conjunta a la INVITACION A **CONTRATACION DIRECTA**

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

- a) Integrantes del consorcio
 1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
 2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].
- b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos a la invitación, suscripción y ejecución de la prestación correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

- c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].
- d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]¹

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

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

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%³

¹ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

² Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

³ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Consortiado 1
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....
Consortiado 2
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las Especificaciones Técnicas, mi oferta es la siguiente:

| CONCEPTO | PRECIO TOTAL |
|--------------|--------------|
| | |
| TOTAL | |

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante para la Entidad

- **En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:**
“El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente”.
- **En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente:**
“El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias”.

Incluir o eliminar, según corresponda