

## FICHA DE HOMOLOGACIÓN

### I. DESCRIPCIÓN GENERAL

Código del CUBSO	:	
Denominación del requerimiento	:	Ambulancia rural tipo I, con equipamiento médico.
Denominación técnica	:	Ambulancia tipo I (V-1). (Ver nota 1)
Unidad de medida	:	Unidad
Homologación parcial	:	NO
Resumen	:	Unidad móvil de emergencia médica diseñada para proporcionar atención médica y transporte o traslado seguro de pacientes en áreas rurales o remotas, personas en estado crítico en condiciones que no pongan en riesgo potencial su vida y salud. Cuenta con el siguiente equipamiento: <ul style="list-style-type: none"><li>- Balón de oxígeno tipo E.</li><li>- Balón de oxígeno tipo M.</li><li>- Balón de oxígeno tipo D.</li><li>- Balón de oxígeno tipo C.</li><li>- Aspirador de secreciones portátil.</li><li>- Camilla telescópica de aluminio.</li></ul> Cuenta con cabina de conducción y cabina de atención médica. <b>Nota 1:</b> Denominación y código según Norma Técnica de Salud N.º 110-MINSA/DGIEM-V.01

### II. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

#### II.1. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

##### II.1.1. Características y especificaciones

Del bien

N.º	Características	Especificación	Documento técnico de referencia
<b>1</b>	<b>GENERALES</b>		
1.1	Tipo	Rural	Establecido por el Ministerio de Salud
1.2	Carrocería integral de fábrica	Sí	
1.3	Capacidad de transporte	5 personas, incluido el conductor y equipamiento médico	
<b>2</b>	<b>COMPONENTES</b>		
<b>2.1</b>	<b>SISTEMA AUTOMOTRIZ</b>		
<b>2.1.1</b>	<b>MOTOR</b>		
2.1.1.1	Número de cilindros	De 4 cilindros o mayor	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.1.2	Cilindrada	De 2500 cc o mayor	

2.1.1.3	Combustible	Diésel	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.1.4	Sistema de admisión de combustible	Inyección directa electrónica (common rail)	
2.1.1.5	Sistema de admisión de aire	Turbo intercooler	
2.1.1.6	Potencia	De 140 HP o mayor	
2.1.1.7	Refrigeración	Por líquido refrigerante, con anticongelante	
2.1.1.8	Torque	De 340 Nm o mayor	
<b>2.1.2</b>	<b>TREN DE TRANSMISIÓN MOTRIZ</b>		
2.1.2.1	Tracción	4 x 4 o 4 WD o mayor tracción	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.2.2	Tipo	Mecánica o automática	
2.1.2.3	Número de velocidades	5 adelante o mayor número + 1 de reversa	
<b>2.1.3</b>	<b>DIRECCIÓN</b>		
2.1.3.1	Tipo	Asistida, Hidráulica o eléctrica o electrónica o electromecánica o de acuerdo a la tecnología del fabricante	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>2.1.4</b>	<b>SUSPENSIÓN</b>		
2.1.4.1	Suspensión delantera	Tipo independiente con barra estabilizadora o McPherson o de acuerdo a la tecnología del fabricante	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.4.2	Suspensión trasera	Eje rígido con muelles o de acuerdo a la tecnología del fabricante	
2.1.4.3	Tipo de amortiguadores delanteros y posteriores	Gas o hidráulico, reforzados	
<b>2.1.5</b>	<b>SISTEMA FRENOS</b>		
2.1.5.1	Mecanismo	Hidráulicos ABS y EBD, o mejor tecnología	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.5.2	Freno de estacionamiento	Sí	
2.1.5.3	Freno delantero	De discos ventilados	
2.1.5.4	Freno posterior	De discos o tambor	
<b>2.1.6</b>	<b>RUEDAS O NEUMÁTICOS</b>		
2.1.6.1	Neumáticos delanteros y posteriores	235/65/R16 o de acuerdo al diámetro del aro (todoterreno); todos los neumáticos serán de la misma característica	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.6.2	Diámetro del aro	De 16 pulgadas o mayor	
2.1.6.3	Material del aro	De aleación o acero	

2.1.6.4	Rueda o neumático de repuesto	Una (01), de la misma característica de los demás neumáticos	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>2.1.7</b>	<b>SISTEMA ELÉCTRICO AUTOMOTRIZ</b>		
2.1.7.1	Batería	De 12 V / 80 A-h o mayor	Establecido por el Ministerio de Salud
2.1.7.2	Faros delanteros	Led o halógenos de alta y baja	
2.1.7.3	Alternador	De 12 V / 80 A o mayor	
2.1.7.4	Faros posteriores	Led o halógenos	
<b>2.2</b>	<b>CABINA DE CONDUCCIÓN</b>		
<b>2.2.1</b>	<b>DISEÑO DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN</b>		
2.2.1.1	Estructura	Compartimento separado de la cabina de atención médica, comunicadas entre sí por ventanas corredizas herméticas	Establecido por el Ministerio de Salud
2.2.1.2	Sistema de seguridad Jaula antivuelco certificada	Sistema de seguridad Jaula antivuelco certificada	
<b>2.2.2</b>	<b>COMPONENTES DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN</b>		
2.2.2.1	Asientos delanteros	Dos (02) asientos originales de fábrica, tipo butaca, reclinables y ambos con apoyacabeza regulable	Establecido por el Ministerio de Salud
2.2.2.2	Cabezales de seguridad en asientos delanteros (piloto y copiloto)	Sí	
2.2.2.3	Cinturones de seguridad	Dos (02), de 3 puntos, para conductor y pasajero	
2.2.2.4	Parachoques delantero sin filos angulares cortantes, que no excedan el ancho del vehículo	Sí	
2.2.2.5	Parachoques posterior sin filos angulares cortantes, que no exceda el ancho del vehículo	Sí	
2.2.2.6	Sistema de audio	Radio AM/FM con puerto USB y parlantes, Original de fábrica	
2.2.2.7	Tapa soles acolchado	Dos (02), para piloto y copiloto	
2.2.2.8	Ventanas laterales de vidrio templado	Sí	
2.2.2.9	Parabrisas de vidrio de seguridad (laminado o templado)	Sí	
2.2.2.10	Limpiaparabrisas	De dos (02) velocidades o ciclo intermitente o mayor	
2.2.2.11	Lavaparabrisas	Sí	
2.2.2.12	Espejo retrovisor	Dobles	
2.2.2.13	Cantidad de airbag	Dos (02) para Piloto y copiloto o mayor cantidad de airbags	

2.2.2.14	Elevalunas	Eléctrico	Establecido por el Ministerio de Salud
2.2.2.15	Luz Interior de techo	Sí	
2.2.2.16	Claxon	Sí	
2.2.2.17	Tapiz de piso de fábrica	Sí	
2.2.2.18	Apertura de puertas	Con accionamiento eléctrico centralizado	
<b>2.2.3</b>	<b>SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN</b>		
2.2.3.1	Tipo	Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado	Establecido por el Ministerio de Salud
2.2.3.2	Independiente de la cabina de atención médica	Sí	
2.2.3.3	Con aire recirculado	Sí	
<b>2.2.4</b>	<b>TABLERO DE INSTRUMENTOS DE LA CABINA DE CONDUCCIÓN</b>		
2.2.4.1	Velocímetro con odómetro en Km	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.2.4.2	Indicador de presión de aceite	Sí	
2.2.4.3	Indicador de carga de batería	Sí	
2.2.4.4	Indicador de luces direccionales	Sí	
2.2.4.5	Indicador de nivel de combustible	Sí	
2.2.4.6	Indicador de temperatura del motor	Sí	
2.2.4.7	Indicador de RPM	Sí	
<b>2.3</b>	<b>CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		
<b>2.3.1</b>	<b>DISEÑO ESTRUCTURAL DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		
2.3.1.1	Alojamiento	Espacio para un (01) paciente en camilla y dos (02) personas sentadas, original integral de fábrica	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.1.2	Sistema de seguridad	Jaula antivuelco certificada	
2.3.1.3	Luz Interior de techo	Luz blanca, seis (06) lámparas LED o más, de intensidad variable, de 500 LUX cada lámpara, con interruptor independiente cada lámpara LED	
2.3.1.4	Material del pasamanos en el interior de la cabina	De acero inoxidable, de 1 pulgada de diámetro o mayor y 3 mm de espesor o mayor	
<b>2.3.2</b>	<b>DIMENSIONES DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		
2.3.2.1	Altura (medida en área de ubicación de la butaca de la persona que asiste)	De 1,65 metros o mayor	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.2.2	Profundidad	De 2,40 metros o mayor	
2.3.2.3	Ancho	De 1,70 metros o mayor	

<b>2.3.3</b>	<b>ASIENTO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL</b>		
2.3.3.1	Asiento butaca tipo automotriz abatible, giratorio, con seguro de movimiento	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.3.2	Instalado directamente al piso del vehículo y a la cabecera de la camilla	Sí	
2.3.3.3	Cinturón de seguridad del asiento de 3 puntos con dispositivo retractor	Sí	
2.3.3.4	Respaldo acolchado del asiento	De espuma de uretano de poliéster, retardante al fuego	
2.3.3.5	Reposacabezas acolchado del asiento	De espuma de uretano de poliéster, retardante al fuego	
2.3.3.6	Tapiz del asiento	No absorbente, lavable e impermeable a los desinfectantes	
<b>2.3.4</b>	<b>PUERTAS DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		
2.3.4.1	Cantidad de puertas	Una (01) puerta que se abra en el lado lateral derecho corrediza y una (01) puerta abatible o doble hoja vertical en la parte trasera del vehículo para cargar a un paciente en una camilla	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.4.2	Hermeticidad de puertas	Para evitar la entrada de aire, agua o polvo al interior de la cabina	
2.3.4.3	Ventana posterior y lateral, de vidrio templado polarizado	Sí	
2.3.4.4	Pasamanos sobre las puertas	De acero inoxidable, de 1 pulgada de diámetro o mayor y 3 mm de espesor o mayor	
2.3.4.5	Peldaños para el acceso peatonal en las puertas	De aluminio pesado (estriado)	
<b>2.3.5</b>	<b>AISLAMIENTO PARA EVITAR QUE EL RUIDO EXTERNO INGRESE AL INTERIOR DEL VEHÍCULO</b>		
2.3.5.1	Aislamiento térmico y acústico en pared interna, retardante al fuego	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.5.2	Ruido interno	De 80 decibeles o menor, en la cabina de atención médica	
<b>2.3.6</b>	<b>REVESTIMIENTO DEL PISO</b>		
2.3.6.1	Recubrimiento de una sola pieza, de material sintético, de alto tránsito de color claro	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.6.2	Sin costuras	Sí	
2.3.6.3	Antideslizante	Sí	
2.3.6.4	Lavable	Sí	
2.3.6.5	Espesor	De 1,6 mm o mayor	
2.3.6.6	Protección con placa metálica en la zona de acceso a la camilla	Sí	

<b>2.3.7</b>	<b>PARED Y TECHO INTERIOR</b>		
2.3.7.1	Libre de proyecciones cortantes	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.7.2	Impermeable sintético	Sí	
2.3.7.3	De alto impacto como ABS, de PVC/HPS o polímero	Sí	
2.3.7.4	Termo formado	Sí	
2.3.7.5	Sin afectación por desinfectantes y moho de color claro	Sí	
2.3.7.6	Retardante al fuego	Sí	
<b>2.3.8</b>	<b>GABINETE ASIENTO</b>		
2.3.8.1	Material	Aluminio o material más resistente, inoxidable de larga duración y liviano	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.8.2	Ancho	de 0,30 metros o menor	
2.3.8.3	Construido longitudinalmente sobre la pared derecha de la cabina de atención médica	Sí	
2.3.8.4	Con bordes exteriores romos redondeados.	Sí	
2.3.8.5	Con asiento acolchado para tres personas sentadas	Sí	
2.3.8.6	Deberá soportar la camilla plegable	Sí	
2.3.8.7	Cinturones de seguridad para regazo con dispositivo retractor	Tres (03), de 3 puntos	
2.3.8.8	Sujetador para camilla con pestillo de liberación rápida	Sí	
2.3.8.9	Con capacidad de almacenamiento de material y equipos	Sí	
2.3.8.10	Con tapa abatible	Sí	
2.3.8.11	Tapiz de fácil limpieza	Sí	
<b>2.3.9</b>	<b>GABINETE DE ALMACENAMIENTO</b>		
2.3.9.1	Material	Aluminio o material sintético plástico reforzado, con fibra de vidrio (PRFV) o polímero ABS termoformado o polietileno de alta densidad (HDPE), con recubrimiento sintético.	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.9.2	Ancho	De 0,30 metros o menor	
2.3.9.3	Bordes exteriores romos o redondeados	Sí	
2.3.9.4	Colocado de extremo a extremo en el lado izquierdo de la cabina de atención médica	Sí	
2.3.9.5	De puertas corredizas transparentes	Sí	
2.3.9.6	Dividido en secciones	Sí	

2.3.9.7	Con capacidad de almacenamiento de artículos livianos	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.9.8	Soporte vertical de acero inoxidable de 1" de diámetro en la base de la estantería para fijar equipos	Sí	
2.3.9.9	Sujeto al interior del vehículo	Sí	
<b>2.3.10</b>	<b>SOPORTES PARA RECIPIENTES DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS</b>		
2.3.10.1	Cantidad	Dos (02)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.10.2	Ubicación	Uno (01) en la cabecera del paciente principal y uno (01) en la cabecera del gabinete asiento	
<b>2.3.11</b>	<b>SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN</b>		
2.3.11.1	Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.11.2	Independiente de la cabina de conducción	Sí	
2.3.11.3	Con extracción de aire	Sí	
<b>2.3.12</b>	<b>SISTEMA ELÉCTRICO DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA (independiente del vehículo base)</b>		
2.3.12.1	Batería	De 12 VDC, 100 Amp/Hr, libre de mantenimiento	Establecido por el Ministerio de Salud
2.3.12.2	Batería independiente conectada al sistema de carga de la unidad móvil	Sí	
2.3.12.3	Tablero de fusibles de fácil acceso	Sí	
2.3.12.4	Convertidor	De 12 VDC/ 220 VAC, con potencia de 2000 WATTS o mayor	
2.3.12.5	Tomacorrientes dobles de 12 VDC	Cuatro (04) o mayor	
2.3.12.6	Tomacorrientes dobles de 220 VAC	Cuatro (04) o mayor	
2.3.12.7	Socket de 12 VDC tipo cigarrera	Dos (02)	
2.3.12.8	Toma externa monofásica, con conexión MENNEKE	Con cable vulcanizado de 30 metros, que evite filtración del agua y resistente a la ignición, con conectores y sistema para enrollarlo	
2.3.12.9	Lámpara de acción automática al abrir las puertas.	Sí	
<b>2.4</b>	<b>EXTERIOR DE LA AMBULANCIA</b>		
2.4.1	Parachoques	Sí	Establecido por el Ministerio de Salud
2.4.2	Faros neblineros delanteros	Dos (02) faros neblineros, a ambos lados de del vehículo	
2.4.3	Barra de luces de techo con domo	Uno (01) del tipo bandera, con cuatro elementos de luz estroboscópicas de tecnología LED	

2.4.4	Luz perimetral lateral derecha	Dos (02) de color ambar y uno (01) de color blanco	Establecido por el Ministerio de Salud	
2.4.5	Luz perimetral lateral izquierda	Dos (02) de color ambar y uno (01) de color blanco		
2.4.6	Faro de faena posterior con domo	Uno (01) de color blanco		
2.4.7	Luz perimetral posterior	Dos (02) de color ambar		
2.4.8	Luces direccionales lateral	Dos (02) o más		
2.4.9	Luces direccionales delanteras	Dos (02) o más		
2.4.10	Luces direccionales posteriores	Dos (02) o más		
2.4.11	Luces de freno	Dos (02) o más		
2.4.12	Sirena	Con parlante de 100 WATTS o mayor, con megáfono, externo a la barra de luces de techo y cuatro tonos como mínimo		
2.4.13	Luz de retroceso	Sí		
2.4.14	Cámara de retroceso	Si		
2.4.15	Alarma de retroceso	Sí		
<b>2.5</b>	<b>EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y DE COMUNICACIÓN</b>			
2.5.1	Intercomunicador para comunicación entre la cabina de conducción y la cabina de atención médica	Sí		Establecido por el Ministerio de Salud
2.5.2	Equipo de radiocomunicación con sintonización con la central de operaciones y cobertura a nivel nacional, con sistema tetra, integrado en la cabina de conducción	Sí		
2.5.3	Sistema de monitoreo satelital (GPS)	Sí		
<b>2.6</b>	<b>EQUIPAMIENTO MÉDICO DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA</b>			
<b>2.6.1</b>	<b>ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL PARA AMBULANCIA</b>			
2.6.1.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el ministerio de Salud	
2.6.1.2	Portabilidad	Portátil para ambulancia		
2.6.1.3	Indicador de presión negativa	Vacuómetro o manómetro		
2.6.1.4	Tipo de sistema para bomba de vacío	De pistones o de diafragma o de membrana		
2.6.1.5	Control del equipo	Interruptor manual de encendido y apagado		
2.6.1.6	Regulador de presión negativa	Mediante perilla o regulador de vacío		
2.6.1.7	Peso del equipo	De 7 kilos o menor		
2.6.1.8	Nivel de ruido de la bomba de vacío	De 60 dBA o menor (a 1 m)		



2.6.1.9	Capacidad de aspiración de la bomba de vacío	De 20 l/min o mayor	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.1.10	Presión negativa máxima (en alturas menores a 600 m.s.n.m.) de la bomba de vacío	De - 600 mm Hg o mayor	
2.6.1.11	Cantidad de frasco recolector	Dos (02) o más frascos	
2.6.1.12	Capacidad de cada frasco recolector	De 1000 ml o mayor	
2.6.1.13	Material del frasco recolector	Policarbonato o polisulfona	
2.6.1.14	Proceso de eliminación de microorganismos del frasco recolector	Esterilización por vapor (mediante autoclave), gas u otro procedimiento de eliminación de microorganismos	
2.6.1.15	Dispositivo de seguridad de rebalse o sobre flujo, del frasco recolector	Sí	
2.6.1.16	Escala de medida del frasco recolector	Impresa o en alto relieve, en mililitros	
2.6.1.17	Conducto auxiliar entre bomba de vacío y Frasco	Tubos o conductos	
2.6.1.18	Tipo de uso del conducto auxiliar	Reusable o desechable	
2.6.1.19	Sistema de sujeción a la ambulancia	Antivibratorio, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia.	
2.6.1.20	Sistema de alimentación eléctrica	De 12 VDC, con conexión a la toma de la ambulancia; y funcionamiento a red eléctrica de 220 VAC a 60 Hz	
2.6.1.21	Batería	Del tipo recargable, de 2 horas de autonomía	
<b>2.6.2</b>	<b>BALÓN DE OXÍGENO TIPO M PARA AMBULANCIA</b>		
2.6.2.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.2.2	Capacidad de almacenamiento	De 3450 litros o mayor	
2.6.2.3	Material de construcción	De aluminio tipo M150	
2.6.2.4	Tipo de válvula	Tipo (CGA-540)	
2.6.2.5	Manómetro	De O2, con manómetro de 0 a 2500 PSI o mayor. Con salida regulada a 50 PSI Cuerpo de bronce, con niquelado	
2.6.2.6	Flujo metro	Dos (02), de 0 a 15 LPM	
2.6.2.7	Humidificadores	Dos (02) , frascos esterilizables en autoclave	
2.6.2.8	Sistema de sujeción a la ambulancia	Antivibratorio, de posición vertical, externo a la ambulancia, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia	

<b>2.6.3</b>	<b>BALÓN DE OXÍGENO TIPO E PARA AMBULANCIA</b>		
2.6.3.1	Cantidad	Dos (02)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.3.2	Capacidad de almacenamiento	De 685 litros o mayor	
2.6.3.3	Tipo de material	De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL	
2.6.3.4	Tipo de válvula	Tipo (CGA-870)	
2.6.3.5	Presión de salida del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 50 PSI	
2.6.3.6	Rango de flujo del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 0 A 15 litros por minuto (LPM), o mayor rango	
2.6.3.7	Sistema de sujeción a la ambulancia	Antivibratorio, de fácil acceso y manipulación, que permita el retiro del equipo fuera de la ambulancia.	
<b>2.6.4</b>	<b>BALÓN DE OXÍGENO TIPO D PARA AMBULANCIA</b>		
2.6.4.1	Cantidad	Dos (02)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.4.2	Capacidad de almacenamiento	De 415 litros o mayor	
2.6.4.3	Tipo de material	De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL	
2.6.4.4	Tipo de válvula	Tipo (CGA-870)	
2.6.4.5	Presión de salida del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 50 PSI	
2.6.4.6	Rango de flujo del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 0 A 15 litros por minuto (LPM), o mayor rango	
<b>2.6.5</b>	<b>BALÓN DE OXÍGENO TIPO C PARA AMBULANCIA</b>		
2.6.5.1	Cantidad	Dos (02)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.5.2	Capacidad de almacenamiento	De 215 litros o mayor	
2.6.5.3	Tipo de material	De aluminio tipo 3AA, 3A y 3AL	
2.6.5.4	Tipo de válvula	Tipo (CGA-870)	
2.6.5.5	Presión de salida del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 50 PSI	
2.6.5.6	Rango de flujo del regulador de oxígeno con caudalímetro	De 0 A 15 litros por minuto (LPM), o mayor rango	
<b>2.6.6</b>	<b>CAMILLA TELESCÓPICA DE ALUMINIO PARA AMBULANCIA</b>		
2.6.6.1	Cantidad	Una (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.6.2	Fabricación	Construida en material de aluminio, resistente a la corrosión	
2.6.6.3	Colchoneta	Una (01), de PVC, de 2.5" o más de espesor, viscoelástico, de forro lavable e impermeable	
2.6.6.4	Con soporte de RCP	Sí	
2.6.6.5	Posiciones	Fowler y trendelemburg, de movimiento neumático	
2.6.6.6	Largo	De 195 cm o mayor	
2.6.6.7	Ancho	De 55 cm o mayor	

2.6.6.8	Peso	De 50 Kg o menor	Establecido por el Ministerio de Salud
2.6.6.9	Capacidad de carga	De 250 Kg o mayor	
2.6.6.10	Con sistema de ruedas adicionales para subir la camilla a la ambulancia con un solo operador	Sí	
2.6.6.11	Ruedas con sistema de seguridad de anti retroceso	Sí	
2.6.6.12	Sistema de sujeción a la ambulancia	Fijo en el piso, con sujeción en la parte delantera y en la parte posterior de la cabina de atención médica, con certificación de 10 G	
2.6.6.13	Sistema porta balón de oxígeno, con receptáculo y correas de sujeción	Sí	
2.6.6.14	Sistema de freno	En las cuatro (04) ruedas de la camilla	
<b>3</b>	<b>ACCESORIOS (Vease nota 2)</b>		
<b>3.1</b>	<b>ACCESORIOS DE LA AMBULANCIA</b>		
<b>3.1.1</b>	<b>JUEGO DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO</b>		
3.1.1.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.2</b>	<b>EXTINTOR PQS O DE CO2, RECARGABLE DE 2 KILOS CON SISTEMA DE ANCLAJE</b>		
3.1.2.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.3</b>	<b>EXTINTOR PQS O DE CO2, RECARGABLE DE 4 KILOS CON SISTEMA DE ANCLAJE</b>		
3.1.3.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.4</b>	<b>GATA HIDRÁULICA, CON MANIJA, SEGÚN CAPACIDAD DE LA AMBULANCIA</b>		
3.1.4.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.5</b>	<b>FAJA DE REMOLQUE REFORZADO TIPO ESLINGA</b>		
3.1.5.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
3.1.5.2	Longitud	De tres (03) metros o mayor	
<b>3.1.6</b>	<b>JUEGO DE CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA</b>		
3.1.6.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.7</b>	<b>FARO DE LUZ PORTÁTIL, RECARGABLE Y CON ALIMENTACIÓN DESDE EL ENCENDEDOR</b>		

3.1.7.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.8</b>	<b>LLAVE DE PALANCA EN L, CON DADO SEGÚN TUERCA DE LAS RUEDAS</b>		
3.1.8.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.9</b>	<b>LLAVES FRANCESAS DE 10"</b>		
3.1.9.1	Cantidad	Uno(01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.10</b>	<b>MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS</b>		
3.1.10.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.1.11</b>	<b>TACOS DE SEGURIDAD (MADERA)</b>		
3.1.11.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.2</b>	<b>ACCESORIOS DEL ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTÁTIL PARA AMBULANCIA</b>		
<b>3.2.1</b>	<b>CÁNULAS DE SUCCIÓN DESCARTABLE ADULTO</b>		
3.2.1.1	Cantidad	Ciento Cincuenta (150)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.2.2</b>	<b>CÁNULAS DE SUCCIÓN DESCARTABLE PEDIÁTRICO</b>		
3.2.2.1	Cantidad	Ciento Cincuenta (150)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.2.3</b>	<b>FILTRO HIDROFÓBICO O BACTERICIDA</b>		
3.2.3.1	Cantidad	Cincuenta (50)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.2.4</b>	<b>CABLE DE ALIMENTACIÓN</b>		
3.2.4.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
3.2.4.2	Compatibilidad	De la misma marca del equipo o aprobado por el fabricante del equipo	
<b>3.3</b>	<b>ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO M PARA AMBULANCIA</b>		
<b>3.3.1</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PACIENTE LIBRE DE LÁTEX, PARA PACIENTE ADULTO</b>		
3.3.1.1	Cantidad	Diez (10)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.3.2</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PACIENTE LIBRE DE LÁTEX, PARA PACIENTE PEDIÁTRICO</b>		
3.3.2.1	Cantidad	Diez (10)	Establecido por el Ministerio de Salud

<b>3.4</b>	<b>ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO E PARA AMBULANCIA</b>		
<b>3.4.1</b>	<b>CANASTILLA DE TRANSPORTE</b>		
3.4.1.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.4.2</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX</b>		
3.4.2.1	Cantidad	Diez (10)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.4.3</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PEDIATRICO LIBRE DE LÁTEX</b>		
3.4.3.1	Cantidad	Diez (10)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.5</b>	<b>ACCESORIOS BALÓN DE OXÍGENO TIPO D Y C PARA AMBULANCIA</b>		
<b>3.5.1</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PACIENTE ADULTO LIBRE DE LÁTEX</b>		
3.5.1.1	Cantidad	Veinte (20)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.5.2</b>	<b>MASCARILLA DE RESERVORIO CON ELÁSTICOS Y TUBOS DE CONEXIÓN A PEDIATRICO LIBRE DE LÁTEX</b>		
3.5.2.1	Cantidad	Veinte (20)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.56</b>	<b>ACCESORIOS CAMILLA TELESCÓPICA DE ALUMINIO PARA AMBULANCIA</b>		
<b>3.6.1</b>	<b>GANCHO DE SEGURIDAD PARA EVITAR DESCENSO DE LA CAMILLA</b>		
3.6.1.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.6.2</b>	<b>PORTA SUERO TELESCÓPICO</b>		
3.6.2.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.6.3</b>	<b>JUEGO DE CORREAS DE SUJECIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TÓRAX</b>		
3.6.3.1	Cantidad	Uno (01)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>3.6.4</b>	<b>ASAS O MANIJAS LATERALES ABATIBLES PARA EMPUJAR/JALAR LA CAMILLA</b>		
3.6.4.1	Cantidad	Dos (02)	Establecido por el Ministerio de Salud
<b>4</b>	<b>CUMPLIMIENTO NORMATIVO</b>		
4.1	Copia del registro sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspirador de secreciones portátil para ambulancia</li> </ul>	Establecido por el Ministerio de Salud

4.2	Copia del certificado de prueba hidrostática del fabricante	Del balón de oxígeno	Establecido por el Ministerio de Salud
4.3	Certificado de la camilla para su uso en ambulancia	FDA, CE, UL o equivalente	
4.4	Prueba dinámica de 10 g	Los equipos y camilla a bordo de la ambulancia, pueden soportar aceleraciones de hasta 10 g	
4.5	Límites Máximos Permisibles (LMP) de emisiones atmosféricas para la ambulancia rural	Según Decreto Supremo N.º 010-2017-MINAM	
4.6	Reglamento Nacional de Vehículos	Decreto Supremo N.º 058-2003-MTC y sus modificatorias	
4.7	Límites Máximos Permisibles para vehículos nuevos que se incorporen (importados o producidos) a nuestro parque automotor	Decreto Supremo N.º 026-2006-MTC	
4.8	Emisión de Certificados de Conformidad: autorización, procedimiento y requisitos técnicos	Resolución Directoral N.º 1573-2002-MTC/15	
4.9	Clasificación Vehicular y Estandarización de Características Registrables Vehiculares	Directiva N.º 002-2006-MTC/15	
4.10	Modificaciones Aprobadas por Institución Certificadora registrada, según normas del MTC	Vehículo	

**Nota 2:** La cantidad de los accesorios es referencial, la Entidad Contratante podrá cambiarlas de acuerdo a sus necesidades y demandas. Dicha precisión de las cantidades de accesorios será establecida por el área usuaria, al momento de realizar el requerimiento.

### II.1.2. Marcado y/o rotulado

El marcado del embalaje deberá señalar el número del Procedimiento de selección, el nombre del establecimiento de salud de destino y cualquier otra información identificativa proporcionada por la Entidad. Asimismo, al momento de la entrega de los bienes, cada uno, deberá contener una placa metálica de tamaño de 26 X 74 mm, grabado y en lugar visible, que incluirá la siguiente información:

<b>LOGO DE LA ENTIDAD</b>	Procedimiento de Selección N.º
	Nombre del Equipo:
	Razón social del Contratista:
	Teléfono:
	Fecha de instalación (mes, año):
	Tiempo de garantía:

La placa metálica no debe entorpecer el reconocimiento de los datos o manejo del equipo. La placa deberá estar firmemente unida al cuerpo del equipo.

### II.1.3. Envase, empaque y/o embalaje

El Proveedor deberá entregar los bienes embalados en el lugar de entrega. El envase/embalaje del equipamiento médico deberá estar de acuerdo con lo autorizado en su Registro Sanitario, tomando en cuenta el Título IV de Dispositivos médicos del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado con Decreto Supremo N.º 016-2011-SA y modificatorias. En la entrega/recepción del equipo, el personal encargado o comité de

recepción realizará la inspección técnica respectiva del cumplimiento de acuerdo a lo autorizado en el registro sanitario.

## II.2. CONDICIONES DE EJECUCIÓN

### II.2.1. Condiciones generales

- II.2.1.1. El contratista será el único responsable ante la Entidad contratante de cumplir con la entrega, pruebas e instalación del equipo que le fue adjudicado, no pudiendo transferir, total o parcialmente, esta responsabilidad a terceros (subcontratistas), otras entidades o terceros en general.
- II.2.1.2. En la etapa de "Configuración y puesta en operación del equipo", el contratista deberá de acreditar la fecha de fabricación del bien, de acuerdo al "**FORMATO N.º 01 - Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas**", la cual deberá ser efectuada física o documentalmente.
- II.2.1.3. El Contratista deberá efectuar la instalación, pruebas y puesta en funcionamiento del bien, para ello suministrará todos los elementos, equipos mecánicos, equipos eléctricos, detalles arquitectónicos y de infraestructura, accesorios y/o partes necesarios para cumplir con dejar operativo y en funcionamiento en el lugar de entrega.
- II.2.1.4. Para los casos en los que sea obligatoria la autorización de propiedad y/o uso de determinados recursos (hardware y/o software o aplicativos) utilizados con o por el equipo y sus componentes, se deberá entregar al área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, las respectivas licencias de uso al momento de la recepción de los equipos.
- II.2.1.5. Al momento de la recepción de los equipos, el contratista deberá entregar al área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, al término de la instalación, las contraseñas o claves o password de ingreso al modo de servicio técnico de los equipos médicos. Estos deberán ser entregados en un file debidamente detallado, los accesos (usuario y password) y sus alcances de cada uno de ellos.
- II.2.1.6. El contratista deberá cubrir el servicio de GPS por lo menos de 12 meses. Asimismo, deberá presentar con la entrega de la unidad: autorización del prestador de servicio de monitoreo.
- II.2.1.7. Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato, el contratista deberá elaborar y presentar al área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, el contenido del "**FORMATO N.º 06 - Formato para el protocolo de pruebas**". El área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, comunicará al contratista en un plazo no mayor de cinco (5) días calendario, la aprobación de la información presentada mediante el Formato N.º 06.

Las pruebas contenidas en el FORMATO N.º 06 serán revisadas por el área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, previo a la aprobación por este último del Formato para el protocolo de pruebas, podrá mejorar el contenido de dicho Formato para el protocolo de pruebas; por tal motivo es necesario que el contratista conjuntamente con la entrega del contenido del FORMATO N.º 06, entregue obligatoriamente los manuales de operación y servicio técnico del fabricante. No se aceptarán, o no se darán por recibidos, manuales parciales o provisionales, procediéndose a su devolución.

Se precisa que, para dar visto bueno a las pruebas operativas de los equipos, el contratista estará obligado a presentar el "**FORMATO N.º 07 - Resultados del protocolo de pruebas**" debidamente llenado, luego de cumplir las actividades indicadas en el contenido del FORMATO N.º 06 aprobado por la Entidad.

- II.2.1.8.** Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato, el Contratista deberá elaborar y presentar al área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, el contenido del “FORMATO N.º 12 - Programa de Mantenimiento Preventivo” y el contenido del “FORMATO N.º 13 - Procedimientos de mantenimiento preventivo”. El área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces, aprobará y comunicará por escrito al contratista la conformidad del contenido del FORMATO 12 y FORMATO N.º 13, en un plazo no mayor de cinco días (05) calendarios.

La Entidad precisará el procedimiento para presentar el programa de mantenimiento preventivo, incluyendo aspectos como: forma de presentación, plazos para su aprobación, forma de notificación de las actuaciones al respecto, entre otros.

El contenido del FORMATO N.º 12 y FORMATO N.º 13, serán revisados por el área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces. Previamente a la aprobación de su contenido, el área técnica del establecimiento de salud o quien haga de sus veces, podrá mejorarlo; por tal motivo es necesario que el contratista, conjuntamente con la entrega del contenido del FORMATO N.º 12 y FORMATO N.º 13, entregue obligatoriamente los manuales de operación y servicio técnico del fabricante. No se aceptarán, o no se darán por recibidos, manuales parciales o provisionales, procediéndose a su devolución.

Asimismo, la versión final de dicho documento deberá ser elaborada por el contratista.

Se aclara que el periodo del Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos deberá coincidir con el periodo de garantía ofertado. Es decir, si el contratista oferta un periodo de garantía mayor que el mínimo solicitado, el periodo de mantenimiento preventivo se incrementará en igual proporción.

- II.2.1.9.** Dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la suscripción del contrato, el contratista deberá solicitar a la entidad, el diseño de pintura y distintivos de la ambulancia.

La entidad, dentro del plazo de cinco (05) días calendarios posteriores a la solicitud del contratista, deberá de remitir el diseño de pintura y distintivos de la ambulancia al contratista.

- II.2.1.10.** Para la entrega, instalación y pruebas operativas de los equipos, el contratista deberá tener en cuenta las condiciones ambientales de humedad relativa, temperatura, presión atmosférica y la altura sobre el nivel del mar del lugar de entrega del equipo indicado en el numeral II.2.2.2, asegurando la operación y funcionamiento del equipo.

- II.2.1.11.** La conformidad de recepción de los equipos no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad Contratante 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.

- II.2.1.12.** 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.

- II.2.1.13.** El Contratista, durante el periodo de la garantía del equipo y sin costo adicional y a requerimiento de la Entidad, se compromete a realizar los upgrade o actualizaciones de los software instalados en los equipos médicos, de corresponder, siempre que el fabricante haya implementado nueva(s) actualización(es).

- II.2.1.14.** El Contratista deberá asegurar, durante un periodo no menor de cinco (05) años, la disponibilidad del suministro de los insumos, repuestos y accesorios originales para el funcionamiento de los equipos ofertados. El plazo se contabilizará a partir del día siguiente de suscrito el “Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos - Formato N.º 02”.



**II.2.1.15.** Los equipos que utilicen energía eléctrica deberán cumplir con lo normado en el Código Nacional de Electricidad vigente en el país y deberán funcionar sin transformador externo (a no ser que trabajen con voltaje DC). Los equipos no se aceptarán con adaptadores de enchufes externos, extensiones o supresores de pico. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces realizará la inspección técnica respectiva.

## II.2.2. Garantía

<p><b>Cobertura</b></p>	<p>La unidad móvil, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Contratista realizará la reparación del equipo, proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios.</p> <p>Los equipos médicos, ante defectos de fabricación o por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos. De darse el caso, el Contratista realizará la reparación del equipo, proporcionando para ello, la mano de obra, herramientas, repuestos e insumos necesarios.</p>
<p><b>Inicio</b></p>	<p>Se iniciará desde el día siguiente de la suscripción de la conformidad del "FORMATO N.º 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos".</p>
<p><b>Duración</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Treinta y seis (36) meses por la unidad móvil.</li> <li>● Veinticuatro (24) meses por el equipamiento médico</li> <li>● El contratista de acuerdo a su oferta puede ofrecer mayor tiempo de garantía.</li> </ul>
<p><b>Atención por garantía</b></p>	<p>Se realiza en caso de fallas de fábrica, fallas por causas no atribuibles al usuario, ni eventos externos; será efectuado por el personal clave. Los insumos y repuestos, herramientas y gastos estarán a cargo del Contratista.</p> <p>Al ocurrir un evento, de requerimiento de atención al equipo, la Entidad Contratante y/o Establecimiento de Salud comunica al Contratista quien deberá dar el soporte a distancia en forma inmediata, de no haber solución al incidente el Contratista debe atender en forma presencial con su personal, dentro del siguiente plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Plazo inicial:</b> el Contratista tiene un plazo de dos (02) días calendarios para la atención por garantía, contados a partir del día siguiente de haber sido comunicado del requerimiento de reparación. De ser necesario el Contratista podrá trasladar a su taller particular el bien o el componente averiado, previa autorización del Establecimiento de Salud.</li> <li>● <b>Plazo adicional:</b> Si el bien no ha sido reparado en el plazo inicial, el Contratista tendrá un plazo adicional máximo de quince (05) días calendarios para culminar la reparación, debiendo reemplazar el bien con otro de similares características o superiores (Back Up) dentro de las 24 horas de otorgado el plazo adicional.</li> <li>● Si el equipo no ha sido reparado en el <b>Plazo adicional</b> el Contratista reemplazará el equipo defectuoso por uno nuevo, de igual característica técnica o superior. El plazo para el reemplazo definitivo del equipo por otro igual o de característica superior, se efectuará en un plazo no mayor al plazo de entrega según la oferta del primer equipo. La conformidad estará dada por el área usuaria.</li> </ul> <p>El incumplimiento en la prestación de este servicio, dará lugar a las acciones legales</p>

	correspondientes.
<b>Tipos de atención</b>	<p><b>A distancia:</b> Se desarrolla por medio de los siguientes canales: teléfono, correo electrónico y acceso remoto. Para este fin el Contratista proporcionará estos datos y es su obligación mantenerlo actualizado y vigente durante el periodo de garantía del equipo.</p> <p>Para la suscripción del contrato, el Contratista deberá proporcionar una dirección de correo electrónico, la sola remisión del correo electrónico por parte del Establecimiento de Salud o Entidad al Contratista será considerado como una notificación válida.</p> <p><b>Presencial:</b> El personal clave designado por el Contratista, se apersona al establecimiento de salud, según se establece en el contrato.</p>
<b>Extensión de la garantía</b>	Si durante el periodo de garantía el equipo ha estado inoperativo por causas atribuibles al Contratista, éste deberá extender la garantía el mismo tiempo que el equipo haya estado inoperativo. Si el tiempo de inactividad mensual de inoperatividad del bien es mayor del 25 % del tiempo de uso total en un mes, el contratista deberá cambiar el bien por uno nuevo..

### II.2.3. Plazo y lugar de entrega o de ejecución.

#### II.2.2.1. Plazo de entrega

El plazo de entrega de los bienes y puesta en operación es: ..... días calendario, contados desde el día siguiente de la firma del contrato. Dicho plazo comprende las siguientes actividades:

N°	Actividad	Actividad precedente	Responsable
1	Entrega del bien en el almacén que designe la entidad.	Firma de contrato	Contratista
2	Instalación, pruebas y capacitación del bien	Entrega del bien en el almacén que designe la entidad.	Contratista
	<b>Plazo de entrega:</b>	<b>..... días calendario</b>	

La Entidad contratante será la encargada de establecer el plazo de entrega de los bienes de acuerdo a la cantidad y su necesidad, al momento de realizar el requerimiento.

#### II.2.2.2. Lugar de entrega

El bien deberá ser entregado y puesto en operación en el siguiente destino:

N.º	Lugar de entrega	Dirección	Distrito/provincia/ región	Teléfono
1	Hospital / Centro de Salud o almacén designado por la ENTIDAD contratante.....	Av....., N.º.....	...../...../.....	.....

- El contratista deberá acreditar la entrega de los equipos y sus componentes periféricos en el almacén designado por la entidad, mediante la Guía de Remisión y de manera detallada, siendo de entera responsabilidad por las demoras o retrasos en que incurra por el internamiento fuera del plazo contractual.
- El contratista entregará la unidad móvil con un máximo de 100 kilómetros de recorrido.

## II.2.4. Capacitación y/o entrenamiento

### II.2.3.1. Plan de actividades

N.º	Actividad	Plazo máximo / Duración	Actividad precedente	Responsable
1	Presentación del programa y contenido de la capacitación (FORMATO 08 y FORMATO 10), al área técnica de la Entidad.	Cinco (5) días calendario	Firma de contrato	Contratista
2	Aprobación del programa y contenido de la capacitación	Cinco (5) días calendario	Presentación del programa y contenido de la capacitación (FORMATO 08 y FORMATO 10), al área técnica de la Entidad.	El área técnica de la entidad
3	Capacitación dirigida al personal usuario del establecimiento de salud. Véase nota 3	Cuatro (4) horas como mínimo	Configuración y puesta en operación del bien	Contratista
4	Capacitación dirigida al personal técnico de mantenimiento. Véase nota 3	Cuatro (4) horas como mínimo	Configuración y puesta en operación del bien	Contratista
5	Entrega de una "Constancia de Capacitación" a cada uno de los participantes de la capacitación impartida.	Cinco (5) días calendario	Término de la capacitación impartida por el Contratista	Contratista

**Nota 3:** La Entidad contratante indicará junto con la aprobación del programa y contenido de la capacitación, lo siguiente:

- (I) El número exacto de personas a quienes está dirigida la capacitación, así como el tiempo de duración de la capacitación, en horas lectivas (45 minutos).
- (II) El lugar donde se realizará la capacitación.
- (III) entrega de flujogramas, mapa de instrucciones y resúmenes de capacitación para el uso del equipo.

### II.2.3.2. Contenido mínimo de la capacitación

<b>FORMATO N.º 08</b>	Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica del equipamiento.
<b>FORMATO N.º 10</b>	Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de equipamiento.

## II.2.5. Recepción y conformidad del bien principal

### II.2.4.1. Condiciones de entrega y recepción

La conformidad de recepción del equipo estará sujeta al cumplimiento de cada uno de los puntos

que se describen en el "Formato N° 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos", la cual será emitida en un plazo no mayor de quince (15) días calendario; de existir observaciones, será notificado al contratista, estableciendo un plazo para que subsane que no podrá ser menor de dos (2) ni mayor a ocho (08) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar las observaciones no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días calendario.

#### **II.2.4.2. Responsable de la conformidad**

Los responsables de dar conformidad en la recepción del equipo según lo indicado en el Formato N.º 2, estarán a cargo de:

- 1) Firma y sello del jefe de Servicio o Área usuaria de la entidad.
- 2) Firma y sello del responsable del área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces.

De ser el caso, la entidad contratante podrá nombrar un personal encargado o comité de recepción de los equipos, en reemplazo de los firmantes indicados en los numerales 1 y 2.

#### **II.2.6. Perfil mínimo y actividades a desarrollar por el personal clave**

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

##### **Personal profesional (C.1):**

Ingeniero Mecánica o Ingeniero Mecatrónica o Ingeniero Electricista o Ingeniero Mecánico eléctrico. Deberá ser colegiado y habilitado.

Actividades: Encargado de la instalación, pruebas y capacitación de la ambulancia.

##### **Personal profesional (C.2):**

Ingeniero Electrónico o Ingeniero Mecatrónica o Ingeniero Biomédico o Licenciado en equipos electromédicos.

En caso de ser ingeniero, deberá ser colegiado y habilitado.

Actividades: Encargado de la instalación, pruebas y capacitación del equipamiento médico.

##### **Personal técnico (C.3):**

Técnico mecánico o técnico electricista o técnico mecánico electricista.

Titulado o egresado de Instituto superior tecnológico de seis (06) semestres académicos o mayor.

También podrá participar como personal técnico el Bachiller en Ingeniería Mecánica o Ingeniería Mecatrónica o Ingeniería Eléctrica o Ingeniería Mecánica eléctrica.

Actividades: Encargado del mantenimiento de la ambulancia.

##### **Personal técnico (C.4):**

Técnico Electrónico o técnico electricista o técnico mecánico electricista. Técnico titulado o egresado de Instituto superior tecnológico de seis (06) semestres académicos o mayor.

También podrá participar como personal técnico el Bachiller en Ingeniería Electrónica o Ingeniería Mecatrónica o Ingeniería Biomédica.

Actividades: Encargado del mantenimiento del equipamiento biomédico.

El monto ofertado, tanto por la prestación principal como por la prestación accesoria (mantenimiento) deben incluir todos los conceptos que tengan incidencia en la ejecución de dichas prestaciones, consecuentemente el monto ofertado involucra todas las características y condiciones exigidas.

## II.2.7. Prestaciones accesorias a la prestación principal

### II.2.6.1. Mantenimiento preventivo

<b>Características</b>	Actividad en la que se interviene al equipo con la finalidad de conservar su buen funcionamiento y prevenir fallas. Se realizará en horarios fuera de atención de pacientes.
<b>Duración</b>	Se realizará durante el periodo establecido para la garantía.
<b>Programa</b>	Se realizará cada seis (6) meses o según lo indicado en el manual del fabricante, durante el periodo de garantía ofertado y según programa de mantenimiento preventivo - Formato N.º 12. Las actividades se efectuarán según lo indicado en el manual de servicio técnico del fabricante del equipo.
<b>Lugar</b>	Será efectuado en las instalaciones del Establecimiento de Salud en donde se encuentren ubicados los bienes.
<b>Acreditación</b>	El mantenimiento preventivo será acreditado mediante la orden de trabajo de mantenimiento (OTM) - Formato N.º 04. Este documento es válido cuando cuenta con la firma del responsable del servicio usuario del equipo, del responsable del área de mantenimiento de equipos biomédicos del establecimiento de salud o quien haga sus veces y el responsable del mantenimiento del Contratista.

### II.2.6.2. Conformidad del mantenimiento preventivo

La conformidad del mantenimiento preventivo del equipo estará sujeta al cumplimiento del “**Formato N.º 03 - Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo**”, la cual será emitida una vez por cada año de garantía, en un plazo no mayor de siete (07) días calendario de culminado el ultimo mantenimiento en el año; de existir observaciones, será notificado al contratista, estableciendo un plazo para que subsane que no podrá ser menor de dos (2) ni mayor a ocho (08) días calendario. Deberá de estar suscrito por los siguientes representantes:

- Un representante del área usuaria del Establecimiento de Salud, y
- Un representante (técnico y/o comercial y/o legal) del Contratista.

El Acta de Conformidad de Mantenimiento Preventivo (**Formato N.º 03**) no invalida el reclamo posterior por parte de la Entidad por defectos o vicios ocultos, u otras situaciones anómalas no detectables o no verificables en el mantenimiento de los bienes.

## II.2.8. Forma de pago

### II.2.8.1. Pago N.º 1: Prestación Principal: Entrega, instalación, prueba operativa y capacitación

El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad o quien haga sus veces, en moneda nacional Soles, a la culminación del 100% de los trabajos de entrega, instalación, prueba operativa y las capacitaciones, previa presentación del “Acta de Conformidad de la Recepción, Instalación y Prueba Operativa de Equipos” (**Formato N.º 02**), adjuntando los documentos que se indican:

- Guía de Almacenamiento firmada y sellada por el representante del Almacén del Establecimiento de Salud.
- Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos (**Formato N.º 02**)
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en [CONSIGNAR MESA DE PARTES O LA DEPENDENCIA ESPECÍFICA DE LA ENTIDAD DONDE SE DEBE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN], sito en [CONSIGNAR LA DIRECCIÓN EXACTA].

#### **II.2.8.2. Pago N.º 2: Prestación Accesorias: Mantenimiento Preventivo durante el periodo de la garantía Se realizará un pago por cada año por mantenimiento preventivo**

El costo de cada mantenimiento preventivo será igual al monto total que corresponda al mantenimiento del (los) equipo(s) durante el periodo total de la garantía dividido entre el número de mantenimientos. El Pago al Contratista será efectuado por la Unidad Ejecutora de la Entidad o quien haga sus veces, en moneda nacional Soles, de manera anual. Deberá de adjuntarse los siguientes documentos:

- **Formato N.º 03** Acta de Conformidad del Mantenimiento Preventivo.
- **Formato N.º 04** (por cada mantenimiento): Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM).
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en [CONSIGNAR MESA DE PARTES O LA DEPENDENCIA ESPECÍFICA DE LA ENTIDAD DONDE SE DEBE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN], sito en [CONSIGNAR LA DIRECCIÓN EXACTA].

#### **II.2.9. Penalidades**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;  
F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

### **II.3. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

#### **II.3.1. Capacidad legal**

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>

	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización Sanitaria de Funcionamiento, de acuerdo a la Ley N.º 29459 y el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos D.S. N.º 014-2011-SA. a nombre del postor y/o consorcio y/o proveedor de los dispositivos médicos.</li> <li>• Licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio.</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento otorgada al establecimiento Farmacéutico proveedor, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o por la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), según corresponda.</li> <li>• Copia simple de: licencia de funcionamiento de la planta para la fabricación, ensamblaje, montaje o modificación de vehículos de transporte terrestre (de corresponder la actividad efectuada en territorio nacional según D.S. N.º 006-2021-PRODUCE); y/o licencia de funcionamiento de venta de vehículos automotores y/o especiales; a nombre del postor o consorcio</li> <li>• Dicho establecimiento farmacéutico no debe encontrarse en situación de cierre.</li> </ul>
--	---

### II.3.2. Capacidad técnica y profesional

<b>C</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>C.1</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE ENCARGADO DE LA INSTALACIÓN, PRUEBAS Y CAPACITACIÓN DE LA AMBULANCIA</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Personal Profesional</u> Cantidad: 01 Experiencia mínima de dos (02) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de: “Ambulancia urbana o ambulancia rural”; como Ingeniero ejecutor de la instalación, pruebas y capacitación.</p> <p>La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv)</p>

	cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.
<b>C.2</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE ENCARGADO DE LA INSTALACIÓN, PRUEBAS Y CAPACITACIÓN DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Personal Profesional</u> Cantidad: 01 Experiencia mínima de dos (02) años de experiencia en instalación y/o implementación y/o capacitación y/o mantenimiento de: “Equipos médicos de emergencia”; como Ingeniero ejecutor de la instalación, pruebas y capacitación.</p> <p>La experiencia se contabilizará de la fecha de colegiatura en adelante.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>
<b>C.3</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO DE LA AMBULANCIA</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Personal Técnico</u> Cantidad: 01 Experiencia mínima de dos (02) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de: “Ambulancia urbana o ambulancia rural”, como Técnico responsable en mantenimiento.</p> <p>La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante.</p> <p>Asimismo, el personal profesional podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con la experiencia de cuatro (04) años o mayor, en el mantenimiento y/o reparación de ambulancia urbana o ambulancia rural.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>
<b>C.4</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE ENCARGADO DEL MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p><u>Personal Técnico</u> Cantidad: 01</p>



	<p>Experiencia mínima de dos (02) años o más de experiencia en el mantenimiento y/o reparación de: “Equipos médicos de emergencia”, como Técnico responsable en mantenimiento.</p> <p>La experiencia se contabilizará, para el caso del personal técnico, de la fecha de obtención del título en adelante y, para el caso del bachiller en ingeniería, fecha de grado de bachiller en adelante.</p> <p>Asimismo, el personal profesional podrá participar como encargado del mantenimiento, siempre que cumpla con la experiencia de cuatro (04) años o mayor, en el mantenimiento y/o reparación de equipos médicos de UCI.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>
--	---

### II.3.3. Experiencia del postor en la especialidad. (Véase nota 4)

<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a [CONSIGNAR EL MONTO DE FACTURACIÓN EXPRESADO EN NÚMEROS Y LETRAS EN LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA, MONTO QUE NO PODRÁ SER MAYOR A TRES (3) VECES EL VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM], por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulancia urbana.</li> <li>- Ambulancia rural.</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

**Nota 4:** La Entidad contratante deberá precisar el monto facturado a solicitar en el momento de la formulación de su requerimiento.

## III. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

### III.1. De la Selección: (Véase nota 5)

El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las

prestaciones accesorias.

El (los) equipo(s), componentes y sus periféricos ofertados por los postores, deberán ser nuevos (sin uso), cumpliendo con las Características Técnicas descritas en la Ficha de Homologación. Los equipos, componentes y sus periféricos propuestos no serán un prototipo, ni tampoco serán repotenciados (refurbished). El año de fabricación del (los) equipo(s) deberán ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s); y el año del modelo de la unidad móvil deberá ser de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la(s) propuesta(s).

### **III.1.1. Documentos de presentación obligatoria**

Los siguientes documentos deben ser presentados como adicionales a la Declaración Jurada de Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, los cuales permitirán acreditar el cumplimiento de las características específicas del bien indicado en el numeral II de la presente Ficha de Homologación.

#### **III.1.1.1. FORMATO N.º 01 “Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de Cumplimiento de Características Técnicas”.**

El postor deberá demostrar fehacientemente que el bien ofertado cumple con las especificaciones técnicas y características técnicas solicitadas por la Entidad, para lo cual deberá presentar el FORMATO 01 “Hoja de Presentación del Equipo / Sustento de Cumplimiento de Características Técnicas”.

Asimismo, el postor adjuntará copia de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochure de los fabricantes o dueños de la marca y modelo, suscritos por el representante legal, para acreditar las características técnicas: de **1.1. al 1.3**, de **2.1.1 al 2.6.6.20** y del **4.1 al 4.10**.

La propuesta del postor debe indicar lo señalado en el Formato N.º 01, indicando claramente el número de folio(s) que sustenta el cumplimiento de las especificaciones técnicas, como sustento y respaldo de la información indicada. Para el número de folios no deberá colocarse rangos de números, sino números individuales.

Para el caso de características técnicas que no se encuentran en manuales, folletos, brochure, data sheets y/o catálogos del fabricante, el postor incluirá la Carta del Fabricante del equipo ofertado para demostrar y/o sustentar dichas características.

Se precisa que, las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en la Ficha de Homologación y el Anexo de Ficha de Homologación que conforman la oferta deben estar suscritas por el postor o su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin.

#### **III.1.1.2. Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario de los equipos médicos, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).**

Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor u otros, que describa el producto ofertado. En la entrega/recepción de los equipos, el personal encargado o comité de recepción de los equipos verificará la vigencia, a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.

La característica técnica que se acreditará es: **4.1**.

### **III.2. Documentos para la suscripción del contrato**

#### **III.2.1. Documentos para la suscripción del contrato**

**III.2.1.1.** Entrega de la copia del certificado bajo la norma ISO 13485 o NTP-ISO 13485 o documento técnico similar autorizado en su registro sanitario.

**Nota 5:** Los documentos que acompañan a las ofertas, se presentan en idioma español. Cuando los documentos no figuren en idioma español, se presenta la respectiva traducción por traductor público juramentado o traductor colegiado certificado, según corresponda, salvo el caso de la información técnica complementaria contenida en folletos, instructivos, catálogos o similares, que puede ser presentada en el idioma original. El postor es responsable de la exactitud y veracidad de dichos documentos.

#### IV. ANEXOS

##### Lista de formatos

Denominación del formato	N.º de formato
Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas	Formato N.º 01
Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos	Formato N.º 02
Acta de conformidad del mantenimiento preventivo de la ambulancia y equipos	Formato N.º 03
Orden de trabajo de mantenimiento	Formato N.º 04
Ficha técnica	Formato N.º 05
Formato para el protocolo de pruebas de la ambulancia y equipos	Formato N.º 06
Resultados del protocolo de pruebas de la ambulancia y equipos	Formato N.º 07
Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos	Formato N.º 08
Constancia de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos	Formato N.º 09
Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y equipos	Formato N.º 10
Constancia de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y equipos	Formato N.º 11
Programa de Mantenimiento Preventivo de la ambulancia y equipos	Formato N.º 12
Procedimientos de mantenimiento preventivo de la ambulancia y equipos	Formato N.º 13
Formato de costos unitarios de componentes, repuestos, accesorios e insumos	Formato N.º 14
Declaración jurada de compromiso de garantía de la ambulancia y equipos	Formato N.º 15

**FORMATO N.º 01**

**Hoja de presentación del equipo / sustento de cumplimiento de las características técnicas**

Señores  
[nombre de la entidad]  
Presente. -

En calidad de Postor y en cumplimiento de mi oferta y las condiciones existentes, el suscrito adjunta el sustento de cumplimiento de acuerdo con las características indicadas en la Ficha de Homologación.

Sustento de cumplimiento de las características técnicas					
Denominación del bien y/o equipo					
Nombre o razón social del postor					
Año del modelo					
Marca					
Modelo					
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:					
N.º	Características	Especificaciones	Cumple con el requerimiento		N.º folio y/o comentario.
			Si	No	

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

Ciudad, .....de.....de.....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del representante legal de la empresa

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

## FORMATO N.º 02

### **Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los equipos**

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.º de Orden de Compra ....., Contrato N.º .....

Dicho acto contó con la presencia del Representante del Usuario final (Jefe de Servicio, Unidad o Departamento del Hospital / Centro de Salud.....), Representante de la Oficina de Servicios Generales o Unidad de Ingeniería Clínica o Área Técnica de la Entidad o quien haga sus veces y Representante del Contratista. En la Entrega, Instalación, Prueba Operativa del equipo se pudo constatar:

1. 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 la Ficha de Homologación y el Anexo de la Ficha de Homologación. **(Formato N.º 01)**.
2. Integridad física y estado de conservación óptimo de la ambulancia.
3. Integridad física y estado de conservación de los equipos médicos.
4. Las placas de fábrica de los equipos, consignará el año de fabricación, condición del equipo nuevo y el año de fabricación de doce (12) meses o menor, anterior a la fecha de presentación de la propuesta.
5. Ficha Técnica del equipamiento **(Formato N.º 05)**
6. Instalación y Prueba Operativa de la ambulancia y equipos médicos, considerando el Protocolo de Pruebas **(Formato N.º 06)** y Resultado de Protocolo de Pruebas **(Formato N.º 07)**, y la entrega del certificado de calibración del instrumento de ser el caso.
7. Perfecto estado de funcionamiento de la ambulancia y equipos médicos, incluyendo todos los accesorios necesarios para su instalación.
8. Entrega del "Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos médicos" **(Formato N.º 08)**.
9. Entrega del "Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación del bien principal y del equipo médico de la ambulancia y equipos médicos" **(Formato N.º 10)**.
10. Entrega de un Certificado de Garantía de ..... meses por la ambulancia y equipos, de acuerdo a lo indicado en el numeral II.2.2 de la Ficha de Homologación y **Formato N.º 15**.
11. La ambulancia y equipos 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 teléfono del CONTRATISTA y fecha de instalación y garantía (mes y Año), de acuerdo a lo indicado en el numeral 2.1.2. de la Ficha de Homologación.
12. Entrega en original, dos (02) juegos de manuales (Operación y Servicio Técnico) por la ambulancia y equipos (medio físico y archivo digital, en idioma español).
13. Entrega de un (01) Programa de Mantenimiento Preventivo del bien principal, de la ambulancia y equipos, y su correspondiente Procedimientos de Mantenimiento Preventivo **(Formato N.º 12 y 13)**.
14. Entrega de los Costos Unitarios de los Componentes, Repuestos, Accesorios e Insumos de los Equipos instalados, según lo establecido en el Anexo de la Ficha de Homologación **(Formato 14)**.
15. Entrega de documento compromiso de suministro de insumos, repuestos y accesorios llenada y firmada por el representante legal de la empresa **(Formato N.º 16)**.
16. Entrega de Video de Operación y Mantenimiento (De ambulancia y equipos médicos).
17. Entrega del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente de los equipos médicos, según normativa vigente de la DIGEMID.

18. Entrega del documento del CONTRATISTA en el cual proporcione una dirección de correo electrónico y número de teléfono, para la atención a distancia.
19. Entrega de la copia certificado de seguridad eléctrica del equipo médico o norma técnica similar autorizada en su registro sanitario.
20. Entrega de la copia del certificado ISO 13485 o NTP-ISO 13485 o documento técnico similar, del proveedor o postor.
21. Trámite y entrega de la placa de rodaje.
22. Trámite y entrega de la tarjeta de propiedad.
23. Seguro Obligatorio contra accidentes de tránsito – SOAT, con vigencia de un (01) año por los cinco ocupantes.
24. Copia del certificado de homologación del GPS en el ministerio de transporte y comunicaciones (MTC).
25. 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

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

Firman dando fe de lo anterior:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del jefe de Servicio  
o Área usuaria de la entidad

\_\_\_\_\_  
Firma y sello representante legal  
del Contratista

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable del  
área técnica del establecimiento  
de salud o quien haga sus veces

**FORMATO N.º 03**

**Acta de conformidad del mantenimiento preventivo de la ambulancia y equipos**

Siendo las..... horas del día....., la empresa..... hizo efectivo el acto de conformidad del mantenimiento preventivo en el [nombre del establecimiento de salud], 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 representante del ..... y representante de la Empresa Contratista, en la constatación del cumplimiento de la prestación accesoria se pudo constatar:

- 1) 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 representante  
del área usuaria del  
Establecimiento de Salud  
.....

**FORMATO N.º 04**

**ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO**

DEPENDENCIA DE SALUD	Nº	DÍA	MES	AÑO

AREA USUARIA	UBICACIÓN FÍSICA

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CÓDIGO PATRIMONIAL

PROBLEMA PRESENTADO EN EL EQUIPO O INSTALACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE	FECHA SOLIC. SERV.	FIRMA Y SELLO DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEP.

DIAGNÓSTICO TÉCNICO	PRIORIDAD	MUY URGENTE	
		URGENTE	
		PROGRAMAR	

JEFE ENCARGADO DE MANTENIMIENTO	FECHA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	PER. PROPIO	
			SERV. TERCERO	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO EJECUTADO

FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	GARANTÍA DEL SERVICIO	COSTO DEL SERVICIO

RECOMENDACIONES DE USO DE MANTENIMIENTO

**Nota:** El formato de Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) será acorde al formato de la Entidad o establecimiento de salud.



**FORMATO N° 04 (REVERSO)**

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

<b>CENTRO DE COSTOS</b>	
-------------------------	--

<b>MANO DE OBRA</b>			
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>HR/HOMBRE</b>	<b>VALOR HR/HOMB</b>	<b>COSTO M.O.</b>
<b>COSTO DE MANO DE OBRA S/.</b>			

<b>REPUESTOS Y MATERIALES</b>						
<b>SUMINISTRO</b>		<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>U.M.</b>	<b>CANT.</b>	<b>COSTO UNIT S/.</b>	<b>COSTO PARCIAL S/.</b>
<b>ENTIDAD</b>	<b>EMPRESA</b>					
<b>COSTO DE REPUESTOS Y MATERIALES S/.</b>						

**COSTO TOTAL S/.**

<b>COSTO POR MANO DE OBRA</b>	
<b>COSTO POR REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES</b>	
<b>OTROS GASTOS (detallar)</b>	
<b>IMPUESTOS DE LEY</b>	
<b>TOTAL GENERAL S/.</b>	

<b>FIRMA DEL EJECUTOR DEL MANTENIMIENTO</b>	<b>V°B° DEL JEFE DE LA OFICINA DE MANTENIMIENTO</b>

**Nota:** El formato de Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) será acorde al formato de la Entidad o establecimiento de salud.

**FORMATO N° 05**

**Ficha Técnica**

Datos del Contratista	N° contrato	N° O/C	Fecha de recepción

Denominación	Marca	Modelo	N° de serie	País de fabricación

Componentes	Marca	Modelo	N° de serie

\_\_\_\_\_

Sello y firma del representante legal del Contratista

**FORMATO N.º 06**

**Formato para el protocolo de pruebas de la ambulancia y equipos**

ÍTEM:

DENOMINACIÓN:

MARCA:

MODELO:

N.º	Descripción de la prueba (*)	Procedimientos p/realizar cada prueba	Instrumentos, insumos y/o medios físicos a emplear (**)	Tiempo estimado de realización	Resultado – Valor esperado

1. Las actividades del protocolo de pruebas estarán de acuerdo al manual del bien principal y del equipo médico. (\*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, instrumentos y/o medios físicos a emplear en las pruebas; así mismo, los instrumentos usados para realizar la prueba, deberán contar con certificado de calibración de acuerdo a la norma vigente. Se deberá indicar el número de serie del instrumento. (\*\*)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del representante legal del  
Contratista

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del área técnica  
del establecimiento de salud o quien  
haga sus veces

**FORMATO N.º 07**

**Resultados del protocolo de pruebas de la ambulancia y equipos**

ÍTEM:

DENOMINACIÓN:

MARCA:

MODELO:

N.º	Descripción de la Prueba (*)	Resultado/ valor esperado	Resultado/ valor obtenido	Conforme		Observaciones
				Si	No	

1. Las pruebas de este Protocolo serán de acuerdo al manual del bien principal y del equipo médico.  
(\*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, instrumentos y/o medios físicos a emplear en las pruebas; así mismo, los instrumentos usados para realizar la prueba, deberán contar con certificado de calibración de acuerdo a la norma vigente. **Se deberá adjuntar una copia del certificado de calibración del instrumento para el visto bueno de las pruebas.**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del representante técnico del  
Contratista

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del área técnica  
del establecimiento de salud o quien  
haga sus veces

**FORMATO N.º 08****Programa de capacitación de manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos**

Bien	Marca	Modelo	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia
Fecha de inicio	Fecha de término		Días - horario
N.º	Temática mínima del curso (*)		Horas
1	Presentación y orientación en el Manejo de las partes y sistemas principales del equipo.		
2	Reconocimiento y empleo de los accesorios y componentes del equipo.		
3	Práctica dirigida del empleo del equipo, con reconocimiento de todos los componentes.		
4	Auto test necesario para el funcionamiento de acuerdo a lo indicado en el manual de equipo.		
5	Uso de insumos de limpieza exigidos por el fabricante para la conservación de equipo.		
6	Detección de fallas y código de errores del equipo.		
7	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración de equipo que lo requieran.		
8	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo		
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.		
10	Cuidados básicos en la limpieza diaria del equipo, sus accesorios y componentes.		
11	Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación.		
Total de horas			

(\*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la Entidad Contratante dar su aprobación

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Instructor del Contratista

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del Área Usaria del establecimiento de salud

**FORMATO N.º 09**

**Capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia y equipos**

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/Centro de Salud: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del Área Usuaría del establecimiento de salud

**FORMATO N.º 10****Programa de capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y equipos**

Equipo	Marca	Modelo	Código	Contratista
Nombre del experto		Nacionalidad	Experiencia	
Fecha de inicio		Fecha de término	Días – horario	
N.º	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 equipo.			
4	Uso de herramientas dedicadas al servicio técnico de equipo.			
5	Actividades de mantenimiento preventivo del equipo.			
6	Uso de insumos de limpieza exigidas por el fabricante para la conservación de equipo.			
7	Detección de fallas y código de errores del equipo.			
8	Manejo de los instrumentos y/o accesorios para calibración del equipo que lo requieran.			
9	Seguridad eléctrica de los equipos y de los usuarios del equipo.			
10	Cambio de repuestos de alta rotación en equipo.			
11	Cambio de fusibles y elementos de seguridad de equipo.			
12	Evaluación: Examen Práctico de servicio técnico.			
<b>TOTAL DE HORAS</b>				

(\*) La temática del curso es referencial, el Contratista podrá mejorar su contenido y la entidad dar su aprobación

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Instructor del Contratista

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del área técnica  
del establecimiento de salud o quien  
haga sus veces

**FORMATO N.º 11**

**Capacitación especializada en servicio técnico de mantenimiento y reparación de la ambulancia y equipos**

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.: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del área técnica del establecimiento de salud o quien haga sus veces



**FORMATO N.º 12**

**Programa de mantenimiento preventivo de la ambulancia y equipos**

Nombre del equipo:

Marca:

Modelo:

Período (meses) (según su propuesta técnica):

N.º	Descripción actividad (año .....)	Periodo de mantenimiento preventivo por el tiempo de garantía propuesto (en meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nota: El reporte del Mantenimiento Preventivo se realizará utilizando el formato de orden de trabajo de mantenimiento - OTM.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del representante  
legal del Contratista

\_\_\_\_\_  
Vº Bº del responsable del área  
técnica del establecimiento de  
salud o quien haga sus veces

**FORMATO N.º 13**

**Procedimientos de mantenimiento preventivo de la ambulancia y equipos**

N.º ítem:  
Denominación:  
Marca:  
Modelo:

N.º	Descripción Actividad	Procedimientos a realizar para cada actividad (*)	Materiales y Repuestos (**)	Herramientas Instrumentos (**)	Ejecutores (Ing./Téc)	Hora/ Hombre

1. Las actividades del mantenimiento serán acorde a las actividades que el fabricante indique en el manual de uso del bien principal y del equipamiento médico. (\*)
2. El CONTRATISTA deberá suministrar los insumos, repuestos y/o medios físicos a emplear en el mantenimiento preventivo. Los instrumentos usados para realizar la actividad de mantenimiento preventivo, deberán contar con certificado de calibración vigente. Se deberá indicar el número de serie del instrumento. (\*\*)

---

Firma y sello del representante legal del  
Contratista

---

Vº Bº del responsable del área técnica  
del establecimiento de salud o quien  
haga sus veces

**FORMATO N.º 14**

**Formato de costos unitarios de componentes, repuestos, accesorios e insumos**

Nombre del equipo

Marca

Modelo

Ítem N.º

N.º	Denominación	Código de Parte	Características	Precio (Soles)	Observaciones
Componentes					
Repuestos					
Accesorios					
Insumos					

Ciudad,.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del  
Representante Legal del Contratista

Nota. - De ser necesario adjuntar hojas adicionales

**FORMATO N.º 15**

**Declaración jurada de compromiso de garantía de la ambulancia y equipos**

Señores

[nombre de la entidad contratante]

Presente.-

El que suscribe, ....., identificado con DNI N.º ....., Representante Legal de ....., con R.U.C. N.º ....., DECLARO BAJO JURAMENTO que de resultar adjudicado, 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:

N.º ítem	Descripción del ítem	Garantía según especificaciones técnicas (a)	Garantía adicional ofertada (b)	Garantía total (en meses) (a) + (b)

La vigencia de garantía, se iniciará desde el día siguiente de la suscripción de la conformidad del "FORMATO N.º 02 - Acta de conformidad de la recepción, instalación y prueba operativa de la ambulancia y de los 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 períodos 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 20.....

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