**Sección II: Lista de requerimientos**

1. **RESUMEN DE LOS REQUERIMIENTOS**

| **LOTES** | **DESCRIPCIÓN** | **CANT** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ambulancias urbanas, 4x2 (Prestación Principal) | 28 |
| Servicios conexos  (Prestación Accesoria) | 28 |
| 2 | Ambulancias rurales, 4x4 (Prestación Principal) | 156 |
| Servicios conexos  (Prestación Accesoria) | 156 |

**Nota: La adjudicación es por lote completo.**

1. **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS BIENES**

**B.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS GENERALES**

La adquisición de las Ambulancias urbanas 4x2 y rurales 4x4 con su respectivo equipamiento, componentes y accesorios, deben incluir las siguientes actividades:

1. La ambulancia deberá garantizar contar con las tomas y el suministro de energía eléctrica para cumplir con lo normado en el código nacional de electricidad de Perú, para que los equipos a instalarse deban ser capaces de funcionar sin transformador o adaptador externo.
2. Los espacios proyectados en el diseño final de la ambulancia deberán estar acorde con los equipos médicos que se conectarán posteriormente, con sujeción, para evitar impactos y/o caídas durante el traslado de los pacientes. Será necesario considerar como mínimo los espacios de los equipamientos según se detalla a continuación:

| **Lote 1: Ambulancia Urbana 4X2** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº LOTE**  **equipos medicos** | **DESCRIPCIÓN DEL LOTE** | **CANTIDAD POR AMBULANCIA** | **ESQUEMA DE EQUIPOS MÉDICOS POR AMBULANCIA** |
| 1 | ASPIRADOR SECRECIÓN PORTÁTIL | 1 | Tipo I,II y III |
| 2 | BALÓN DE OXÍGENO (EQUIPO COMPLETO) TIPO M CON REGULADOR CGA 540 | 2 | Tipo I,II y III |
| 3 | BALÓN DE OXÍGENO EQUIPO COMPLETO TIPO E | 3 | Tipo I,II y III |
| 4 | CAMILLA TELESCÓPICA | 1 | Tipo I,II y III |
| 5 | SET DE COLLARÍN CERVICAL REGULABLE | 1 | Tipo I,II y III |
| 6 | FÉRULA ESPINAL LARGA RÍGIDA | 1 | Tipo I,II y III |
| 7 | TABLA TIPO CUCHARA (SCOOP) | 1 | Tipo I,II y III |
| 8 | JUEGO DE SET DE FÉRULAS RÍGIDAS | 1 | Tipo I,II y III |
| 9 | CHALECO DE EXTRICACIÓN | 1 | Tipo I,II y III |
| 10 | OTO - OFTALMOSCOPIO PORTÁTIL | 1 | Tipo I,II y III |
| 11 | PULSOXÍMETRO DE MESA | 1 | Tipo I,II y III |
| 12 | MALETÍN DE REANIMACIÓN DE TRANSPORTE | 1 | Tipo I,II y III |
| 13 | MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL CON PALETAS EXTERNAS | 1 | Solo Tipo II y III |
| 14 | BOMBAS DE INFUSIÓN DE UN CANAL | 2 | Solo Tipo III |
| 15 | VENTILADOR MECÁNICO DE TRANSPORTE ADULTO/PEDIÁTRICO | 1 | Solo Tipo III |
|  |  |  |  |
| **Lote 2: Ambulancia Rural 4x4** | | | |
| **Nº LOTE**  **equipos medicos** | **DESCRIPCIÓN DEL LOTE** | **CANTIDAD POR AMBULANCIA** | **ESQUEMA DE EQUIPOS MÉDICOS POR AMBULANCIA** |
| 1 | ASPIRADOR SECRECIÓN PORTÁTIL | 1 | Tipo I,II y III |
| 2 | BALÓN DE OXÍGENO (EQUIPO COMPLETO) TIPO M CON REGULADOR CGA 540 | 2 | Tipo I,II y III |
| 3 | BALÓN DE OXÍGENO EQUIPO COMPLETO TIPO E | 3 | Tipo I,II y III |
| 4 | CAMILLA TELESCÓPICA | 1 | Tipo I,II y III |
| 5 | SET DE COLLARÍN CERVICAL REGULABLE | 1 | Tipo I,II y III |
| 6 | FÉRULA ESPINAL LARGA RÍGIDA | 1 | Tipo I,II y III |
| 7 | TABLA TIPO CUCHARA (SCOOP) | 1 | Tipo I,II y III |
| 8 | JUEGO DE SET DE FÉRULAS RÍGIDAS | 1 | Tipo I,II y III |
| 9 | CHALECO DE EXTRICACIÓN | 1 | Tipo I,II y III |
| 10 | OTO - OFTALMOSCOPIO PORTÁTIL | 1 | Tipo I,II y III |
| 11 | PULSOXÍMETRO DE MESA | 1 | Tipo I,II y III |
| 12 | MALETÍN DE REANIMACIÓN DE TRANSPORTE | 1 | Tipo I,II y III |
| 13 | MONITOR DESFIBRILADOR PORTÁTIL CON PALETAS EXTERNAS | 1 | Solo Tipo II |

**Nota: Se aclara que los equipos médicos, no se incluyen en esta licitación, a excepción de la camilla teléscopica y el balon de oxígeno (equipo completo) Tipo M 122 con regulador.**

Las cantidades de las ambulancias se detalla a continuación:

| **Cantidad de ambulancias según Tipo I,II y III** | **Tipo I** | **Tipo II** | **Tipo III** |
| --- | --- | --- | --- |
| Urbana | 15 | 7 | 6 |
| Rural | 76 | 80 | - |

**B.2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS - TABLA COMPARATIVA DE DATOS**

**LOTE 1 - AMBULANCIAS URBANAS, 4X2**

|  |  | **MARCA:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **MODELO:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ORIGEN:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Requerimientos técnicos mínimos de UNOPS** | **¿Cumple la cotización con los requerimientos?** (Completar esta columna) | **Detalles sobre los bienes ofrecidos**  (Completar esta columna insertando detalles técnicos sobre los bienes) | **Nombre documento y Nº de folio de su oferta donde se sustente el cumplimiento** |
| **DESCRIPCIÓN FUNCIONAL: VEHÍCULO 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.** | | | | |
| **A.** | **NORMATIVIDAD** |  |  |  |
| **A01** | NORMAS DE REFERENCIA POR LA QUE LA AMBULANCIA ESTÁ FABRICADA:  - UNE 1789  - FEDERAL KKK 1822  - O SU EQUIVALENTE INTERNACIONAL PARA AMBULANCIA 4X2 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A02** | CERTIFICADO ISO 9001:2015 DE FABRICANTE DE LA AMBULANCIA (CARROCERO) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A03** | DEBERÁN CUMPLIR CON REGLAMENTO NACIONAL DE VEHÍCULOS DEL PERÚ (D.S. 058 2003 MTC Y TODAS SUS MODIFICATORIAS) A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A04** | DEBERÁ CUMPLIR CON NTS No. 051-MINSA/OGDN-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PRA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE", Y SUS MODIFICATORIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A05** | DEBERÁ CUMPLIR CON D.S. 010-2017-MINAM QUE ESTABLECE LOS LÍMITES MÁXIMOS PERMISIBLES DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS PARA VEHÍCULOS AUTOMOTORES Y TODAS SUS MODIFICATORIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B.** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES** |  |  |  |
| **B01** | AÑO MODELO: AL MENOS 2025  AÑO FABRICACIÓN: EL VEHÍCULO NO DEBE TENER UNA ANTIGÜEDAD MAYOR A 12 MESES DE FABRICACIÓN A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B02** | MÁXIMO 150 KM DE RECORRIDO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B03** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES PARA EL VEHICULO Y LA CABINA MEDICA, POR 10 AÑOS EN EL PAÍS,EN CASO DE ADJUDICACIÓN.  RM Nº 222-2024-MINSA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARROCERÍA DEL VEHÍCULO** | |  |  |  |
| **B04** | INTEGRAL DE FÁBRICA, TIPO PANEL O FURGONETA. LAS MODIFICACIONES SERÁN APROBADAS POR UNA INSTITUCIÓN CERTIFICADORA REGISTRADA, SEGÚN NORMAS DEL MTC.  DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES.  EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA.  EL CHASIS O VEHÍCULO BASE ESTARÁ ACORDE A DIMENSIONES Y PESO DE LA CARROCERÍA INCLUYENDO EQUIPOS BIOMÉDICOS, ACCESORIOS, MÍNIMO DOS (02) PERSONAS EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y CINCO (05) PERSONAS EN LA CABINA MÉDICA, INCLUIDO EL PACIENTE. CAPAZ DE FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE EN ZONAS URBANAS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARROCERÍA: AMBULANCIA** | |  |  |  |
| **COLOR** | |  |  |  |
| **B05** | BLANCO CON LOGOS INSTITUCIONALES  DE ACUERDO A LOS COLORES INSTITUCIONALES, BRANDEO Y SEÑALÉTICA EN MATERIAL RETROREFLECTIVO Y RESISTENTE A LA EXPOSICIÓN SOLAR. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **EXTERIORES** | |  |  |  |
| **B06** | DISTINTIVOS ACORDES A NORMA NTS N° 051 - MINSA/OGDN-V-.01 Y A LOS SOLICITADOS POR LA INSTITUCIÓN .  LOS DISEÑOS, LOGOS INSTITUCIONALES (NÚMERO, LOCALIZACIÓN, DISEÑO) A INCLUIR DEBERÁN SER DE ACUERDO AL ESQUEMA PROPUESTO EN EL DOCUMENTO ADJUNTO, DENOMINADO **ANEXO 4 (BRANDEO REFERENCIAL AMBULANCIAS)**. SE PRECISA QUE LA EJECUCIÓN DEL BRANDEO ESTARÁ A CARGO DEL LICITANTE ADJUDICADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C.** | **COMPONENTE AUTOMOTRIZ** |  |  |  |
| **MOTOR** | |  |  |  |
| **C01** | 04 CILINDROS EN LÍNEA, COMO MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C02** | CILINDRADA DEL MOTOR NO MENOR A 1950 CC | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TORQUE DE MOTOR** | |  |  |  |
| **C03** | NO MENOR DE 300 NM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **POTENCIA DE MOTOR** | |  |  |  |
| **C04** | MINIMO 140 HP | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE COMBUSTIBLE** | |  |  |  |
| **C05** | COMMON RAIL DE ALTA PRESIÓN PARA MOTORES DIESEL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C06** | DEPÓSITO DE COMBUSTIBLE: CAPACIDAD MÍNIMA DE 70 LITROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **EMISIONES Y ESCAPE DE GASES** | |  |  |  |
| **C07** | LA EXPULSIÓN DE LOS GASES DE COMBUSTIÓN DEBE ESTAR UBICADOS DE TAL MANERA QUE NO INGRESEN A LA CABINA MÉDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C08** | NIVEL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS DE VEHÍCULOS CON TECNOLOGÍA EURO IV, O SU EQUIVALENTE INTERNACIONAL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C09** | LA MOTORIZACIÓN DEL VEHÍCULO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON LOS COMBUSTIBLES DISPONIBLES EN TODAS LAS REGIONES DEL PAÍS. DEBERÁ ESTAR RESPALDADO POR CARTA DEL FABRICANTE DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE AIRE** | |  |  |  |
| **C10** | TURBO CON INTERCOOLER | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE TRANSMISIÓN** | |  |  |  |
| **C11** | MANUAL O AUTOMÁTICA DE ACUERDO AL FABRICANTE, AL MENOS 5 MARCHAS MÁS REVERSA (EN MANUAL) Y AL MENOS, 4 MARCHAS MÁS REVERSA (EN AUTOMÁTICA). |  |  |  |
| **SISTEMA DE DIRECCIÓN** | |  |  |  |
| **C12** | HIDRÁULICA O  ELECTROHIDRÁULICA ASISTIDA VARIABLE O  CON CONTROL DE FLUJO VARIABLE (VFC), O  ELECTROMECÁNICA ASISTIDA,  Y CON TIMÓN ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TRACCIÓN** | |  |  |  |
| **C13** | TRACCIÓN POSTERIOR O DELANTERA 4X2 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE FRENOS** | |  |  |  |
| **C14** | CIRCUITO HIDRÁULICO DOBLE, INDEPENDIENTE.  DEBERÁ DE CONTAR CON SISTEMA ABS (ANTIBLOQUEO),  EBD O DE UNA TECNOLOGÍA EQUIVALENTE O MEJOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FRENOS DELANTEROS** | |  |  |  |
| **C15** | DISCOS VENTILADOS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FRENOS POSTERIORES** | |  |  |  |
| **C16** | DISCOS VENTILADOS O TAMBORES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C17** | FRENOS DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CONTROL DE TRACCIÓN** | |  |  |  |
| **C18** | SISTEMA ELECTRÓNICO DE ESTABILIDAD Y/O TRACCIÓN TIPO ESC/ESP O DE ACUERDO AL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE SUSPENSIÓN** | |  |  |  |
| **C19** | LA DISTRIBUCIÓN DE LOS PESOS SOBRE CADA UNO DE LOS EJES NO DEBERÁ SUPERAR LOS LÍMITES DE CARGA ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SUSPENSIÓN DELANTERA:** | |  |  |  |
| **C20** | SUSPENSIÓN INDEPENDIENTE, TIPO MCPHERSON Y BARRA ESTABILIZADORA O INDEPENDIENTE CON DOBLE HORQUILLA Y BARRA ESTABILIZADORA DELANTERA O EQUIVALENTE INDEPENDIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C21** | AMORTIGUADORES DELANTEROS, DE GAS O HIDRÁULICOS SEGÚN CAPACIDAD DE CARGA DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SUSPENSIÓN POSTERIOR:** | |  |  |  |
| **C22** | EJE RÍGIDO, CON MUELLES O RESORTES POSTERIORES REFORZADOS O DE USO RUDO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C23** | AMORTIGUADORES POSTERIORES DE GAS O HIDRÁULICOS SEGÚN CAPACIDAD DE CARGA DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **RUEDAS Y NEUMÁTICOS** | |  |  |  |
| **C24** | AROS DE ACERO DE DIÁMETRO NO MENOR A 16 PULGADAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C25** | TIPO DE NEUMÁTICOS: DELANTEROS Y TRASEROS RADIALES, TIPO TODA TEMPORADA A/S DE LAS MEDIDAS E ÍNDICES DE CARGA Y VELOCIDAD RECOMENDADAS POR EL FABRICANTE SEGÚN FICHA TÉCNICA DEL MISMO, CONSIDERANDO EL PESO BRUTO DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **LLANTA DE REPUESTO** | |  |  |  |
| **C26** | NEUMÁTICO CON ARO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS A LAS SOLICITADAS, UBICADA EN LA PARTE EXTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA CON SEGURO INCORPORADO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA ELÉCTRICO Y SEÑALIZACIÓN** | |  |  |  |
| **BATERÍA** | |  |  |  |
| **C27** | 12 VOLTIOS, 80 AMP. -HR COMO MÍNIMO, QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE CARGA** | |  |  |  |
| **C28** | ALTERNADOR, DE 12V., 120 AMP. MÍNIMO QUE GARANTICE EL ÓPTIMO FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS QUE SERÁN INSTALADOS EN LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **LUCES DELANTERAS** | |  |  |  |
| **C29** | DOS (02) HALÓGENAS O LED O MEJOR TECNOLOGÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **NEBLINEROS FRONTALES** | |  |  |  |
| **C30** | DOS (02) FAROS NEBLINEROS INSTALADOS EN LA ZONA FRONTAL DEL VEHICULO, CONTROLADOS DESDE LA CABINA DEL CONDUCTOR. POTENCIA MÍNIMA DE 100W DE HALÓGENO, O SUPERIOR DE EQUIVALENTE LUMINICO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C31** | AL FRENTE, EN LA MASCARILLA/PARRILLA DEL VEHÍCULO, AL MENOS DOS (2) LUCES LED ROJAS Y DOS (2) BLANCAS O DOS (2) BICOLOR ROJO/BLANCO CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C32** | UNA BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE CUATRO ELEMENTOS, DE LUZ ESTROBOSCÓPICA TIPO LED DE LUZ BLANCA Y ÁMBAR, DIMENSIONES MÍNIMAS DE 100 CM A LO ANCHO Y 13 CM A LO ALTO, CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOMO PARA ALUMBRADO EXTERNO** | |  |  |  |
| **C33** | DOMO PARA ALUMBRADO EXTERNO: TRES (03) LÁMPARAS LED DE POTENCIA MAYOR O IGUAL A 30 WATTS DE LUZ BLANCA PROTEGIDOS CON PLÁSTICO ABS TERMOFORMADO O POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66: | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) PARA EL LADO IZQUIERDO SUPERIOR EN LA CARROCERÍA, AL CENTRO DE LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) EN EL LADO DERECHO SUPERIOR SOBRE LA PUERTA CORREDIZA (DEBEN GUARDAR RELACIÓN CON LA UNIDAD) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) EN EL LADO POSTERIOR (FAENERO), AL CENTRO DE LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C34** | OCHO (08) FAROS PERIMETRALES DE TECNOLOGÍA LED de 4”x6" o 5”x7" o 7”x3" o DIMENSIONES EQUIVALENTES, CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66. DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR EN LA PARTE LATERAL DERECHA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR EN LA PARTE LATERAL IZQUIERDA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR SOBRE EL MARCO DE LAS PUERTAS POSTERIORES, A LOS EXTREMOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR BLANCO EN LA PARTESOBRE EL MARCO DE LAS PUERTAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C35** | TODAS LAS LUCES POSTERIORES DEBERÁN IR MONTADAS SOBRE UNA BASE AERODINÁMICA SOBRE EL TECHO. TODAS LAS LUCES POSTERIORES DEBERÁN SER VISIBLES DESDE ATRÁS INCLUSO CON LAS PUERTAS ABIERTAS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C36** | TODOS LOS ELEMENTOS DE ILUMINACIÓN EXTERNA DEBERÁN ESTAR COMANDADOS DESDE UN PANEL CENTRAL EN CABINA DEL CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C37** | UNA (01) SIRENA ELECTRÓNICA CON PARLANTE Y CON MICRÓFONO , MÍNIMO CON CUATRO (04) SONIDOS OFICIALES: WAIL, YELP, PIERCER Y HI-LO, Y PARLANTE MÍNIMO DE 100W, POTENCIA REAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C38** | ALARMA DE PROXIMIDAD Y CÁMARA DE RETROCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C39** | TONO AUDIBLE AUTOMÁTICO DE RETROCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DIMENSIONES EXTERIORES Y PESOS ANTES DE TRANSFORMACIÓN** | |  |  |  |
| **LONGITUD** | |  |  |  |
| **C40** | 5,500 MM, MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ALTURA** | |  |  |  |
| **C41** | SEGUN FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ANCHO** | |  |  |  |
| **C42** | SIN ESPEJOS, ENTRE 1,900 MM Y 2,100MM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CAPACIDAD DE CARGA:** | |  |  |  |
| **CARGA ÚTIL ANTES DE CONVERSION** | |  |  |  |
| **C43** | 1,200 KG, MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PESO BRUTO** | |  |  |  |
| **C44** | PESO TOTAL BRUTO NO DEBE EXCEDER LO ESTABLECIDO POR EL FABRICANTE DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D.** | **COMPONENTES DE CABINA DE CONDUCCIÓN** |  |  |  |
| **DISEÑO** | |  |  |  |
| **D01** | COMPARTIMENTO SEPARADO CON LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICADAS ENTRE SÍ POR UNA VENTANA CORREDIZA, QUE PERMITE LA COMUNICACIÓN (AUDITIVA Y VISUAL) ENTRE LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y LA CABINA MÉDICA, SEGUN LO SEÑALADO EN EL LITERAL E62. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D02** | ASIENTOS: ORIGINAL DE FÁBRICA PARA PILOTO, COPILOTO Y/O ACOMPAÑANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D03** | EQUIPO DE SONIDO: RADIO AM/FM CON PUERTO USB Y PARLANTES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D04** | SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO: TIPO DUAL (FRÍO/CALOR), AUTOMÁTICO O MANUAL, INDEPENDIENTE PARA LA CABINA DEL CONDUCTOR. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMAS DE RADIOCOMUNICACIÓN** | |  |  |  |
| **D05** | UN EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN MÓVIL PARA VEHÍCULO COMPATIBLE CON SISTEMA TETRA Y/O SISTEMA HF ó VHF ó UHF, SEGÚN EL LUGAR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL CUAL SERA DESTINADO. 10W POTENCIA DE TRANSMISIÓN. MODO REPETIDOR Y GATEWAY SOPORTE/CAPACIDAD GPS Y ANTENA GPS. MICRÓFONO EXTERNO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D06** | EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PORTÁTIL, COMPATIBLE CON SISTEMA TETRA Y/O SISTEMAS HF Y VHF  POTENCIA TRANSMISIÓN 3W, SOPORTE GPS  BASE/CARGADOR  1 BATERÍA ADICIONAL  CONFIRMAR CAP BATERÍA DE AL MENOS 1600 mAh  DEBERÁ INCLUIR CLIP PARA SUJECIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D07** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMAS DE PROTECCIÓN** | |  |  |  |
| **D08** | AIRBAG, MÍNIMO DOS UNIDADES (02) , UNA PARA PILOTO Y UNA PARA PASAJERO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D09** | CINTURONES DE SEGURIDAD ORIGINALES DE USO AUTOMOTRÍZ MÍNIMO: DOS (02) DE TRES PUNTOS; UNO (01) DE DOS PUNTOS, EN CASO DE CORRESPONDER | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ACCESORIOS** | |  |  |  |
| **D10** | DEBERÁ CONTAR CON MOQUETAS O ALFOMBRILLAS ORIGINALES DEL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D11** | TOMACORRIENTES 12V TIPO CIGARRERA CON TAPA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D12** | INTERCOMUNICADOR QUE PERMITA LA COMUNICACIÓN POR VOZ ENTRE LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y LA CABINA MÉDICA. DEBERÁ PROPORCIONAR COMUNICACIÓN LIBRE DE RUIDOS INTERFERENCIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TABLERO DE CONTROL** | |  |  |  |
| **D13** | TABLERO DE CONTROL PARA SISTEMAS DE SEÑALIZACIÓN EXTERNAS. DEBERÁ INCLUIR CONTROLES DE ILUMINACIÓN, CLIMATIZACIÓN Y VENTILACIÓN DE LA CABINA MÉDICA. DICHO TABLERO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON EL TABLERO DE CONTROL UBICADO EN LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **VENTANAS Y PUERTAS** | |  |  |  |
| **D14** | VENTANAS/VIDRIOS DE USO AUTOMOTRIZ, CON ELEVALUNAS ELÉCTRICO EN AMBOS LADOS Y BLOQUEO DESDE LADO DE CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D15** | SEGUROS ELÉCTRICOS CENTRALIZADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ALARMA** | |  |  |  |
| **D16** | ALARMA ELECTRÓNICA ANTIRROBO CON INMOVILIZADOR DE MOTOR, ARMADO, DESARMADO, CIERRE Y APERTURA REMOTA DE SEGUROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E.** | **COMPONENTES DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA** |  |  |  |
| **E01** | ORIGINAL INTEGRAL DE FÁBRICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E02** | CON ESPACIO PARA ALOJAR MÍNIMO A UN (01) PACIENTE EN CAMILLA, TRES (03) PERSONAS SENTADAS EN EL GABINETE ASIENTO, CON LA SUFICIENTE LIBERTAD PARA REALIZAR MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y UNO (1) EN EL ASIENTO PARA EL PERSONAL DE SALUD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E03** | ENTRE LOS PANELES INTERNOS Y EXTERNOS, SE DEBERÁ INSTALAR AISLAMIENTO ACÚSTICO Y TÉRMICO, RETARDANTE AL FUEGO, DE ESPUMAS SINTÉTICAS PROYECTADAS O EN PANELES O TECNOLOGÍA SIMILAR. NO SE ACEPTARÁN FIBRAS MINERALES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DIMENSIONES INTERIORES** | |  |  |  |
| **E04** | LONGITUD MÍNIMA: 2800 MM. MEDIDA DESDE LA MAMPARA DIVISORIA HASTA EL BORDE INTERIOR DE LAS PUERTAS POSTERIORES, SOBRE EL EJE LONGITUDINAL DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E05** | ANCHO MINIMO INTERNO: 1650 MM (SE DEBERÁ CONSIDERAR QUE EL ANCHO DEL HABITÁCULO NO INTERFIERA EN EL ÁNGULO DE VISIÓN DE LOS RETROVISORES). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E06** | ALTURA MÍNIMA: 1800 MM (SE DEBERÁ CONSIDERAR QUE LA ALTURA NO AFECTE LA ESTABILIDAD DEL VEHÍCULO EN MOVIMIENTO). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E07** | VOLUMEN MÍNIMO TOTAL: 8 M3 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **AIRE ACONDICIONADO** | |  |  |  |
| **E08** | SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO: TIPO DUAL (FRÍO/CALOR), AUTOMÁTICO O MANUAL, INDEPENDIENTE, PARA LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E09** | SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DE CAPACIDAD TÉRMICA DE AL MENOS 12,000 BTU. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E10** | SISTEMA DE CALEFACCIÓN ALIMENTADO POR EL SISTEMA DE REFRIGERACIÓN DE MOTOR DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E11** | SISTEMA DE EXTRACCIÓN DE AIRE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **UNIDAD DE FILTRADO DE AIRE** | |  |  |  |
| **E12** | DISPOSITIVO DE FILTRACIÓN DE AIRE CON FILTRO HEPA H14 O SUPERIOR, FIRMEMENTE ADOSADO AL INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E13** | SE DEBERÁN INCLUIR AL MENOS CUATRO (04) FILTROS HEPA H14 O SUPERIOR DE REEMPLAZO COMPATIBLES CON EL DISPOSITIVO. DEBERÁ CONTAR CON MONITOR DE CONDICIÓN DEL FILTRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE OXÍGENO MEDICINAL** | |  |  |  |
| **E14** | COMPARTIMIENTO ADAPTADO DE FORMA VERTICAL, UBICADO EN LA PARTE POSTERIOR, CERCA A LA PUERTA DE DOS HOJAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E15** | PUERTA INDEPENDIENTE Y SISTEMA DE FIJACIÓN TRANSITORIA, PARA ALOJAR DOS (02) BALONES DE OXÍGENO DE AL MENOS 3450 LITROS (TIPO M122) CON CIRCUITO DE SEGURIDAD Y LLAVE DE PASO, VÁLVULA DE CIERRE TIPO CGA-540 Y REGULADOR DE PRESIÓN DE OXÍGENO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E16** | SISTEMA DE FIJACIÓN ROBUSTO PARA AMBOS BALONES DE OXIGENO, CON AL MENOS DOS PUNTOS DE FIJACIÓN O SISTEMA SIMILAR QUE GARANTICE EL ANCLAJE SEGURO EN CASO DE COLISIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E17** | SE DEBERÁ TOMAR EN CUENTA EL PESO DE LOS BALONES DE OXÍGENO PARA EL CÁLCULO DE PESOS TOTALES Y CAPACIDAD DE CARGA DE LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E18** | SUMINISTRO DE OXÍGENO PARA LAS TOMAS. AL MENOS DOS (02) TOMAS DE OXÍGENO TIPO DISS, (DEBERÁN INCLUIR AL MENOS DOS (02) FLUJÓMETROS DE 0-15 lpm Y FRASCOS HUMIDIFICADORES). LAS TOMAS DEBERÁN ESTAR UBICADAS SOBRE EL MUEBLE MÉDICO Y DEBERÁN ESTAR SEPARADAS AL MENOS 20 cm UNA DE OTRA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E19** | TODOS LOS CONDUCTOS DE LA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE PROTEGIDOS Y ASEGURADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PARED INTERNA Y SUPERFICIE INTERIOR** | |  |  |  |
| **E20** | NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E21** | RECUBIERTO CON MATERIAL IMPERMEABLE, SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E22** | LISO SIN POROSIDADES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E23** | LAVABLE, ANTIBACTERIAL Y ANTIFUNGAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E24** | RETARDANTES DEL FUEGO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E25** | QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E26** | UNIFORME Y CONTINUA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E27** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TECHO** | |  |  |  |
| **E28** | RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E29** | TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E30** | AL MENOS DOS (02) DISPOSITIVOS PORTA SUERO, CON DESLIZAMIENTO PARALELO A LA CAMILLA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E31** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PISO** | |  |  |  |
| **E32** | MATERIAL SINTÉTICO PLANO, SIN ABULTAMIENTOS, RETARDANTE AL FUEGO, TOTALMENTE LAVABLE Y RESISTENTE A DESINFECTANTES DE USO COMÚN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E33** | SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E34** | RESISTENTE AL DESGASTE, DE ALTO TRÁNSITO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E35** | CON RECUBRIMIENTO FINAL DE UNA SOLA PIEZA Y SIN COSTURAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E36** | CON ESPESOR MÍNIMO DE 1.6 MM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E37** | PROTECCIÓN DE LA ZONA DE ACCESO DE LA CAMILLA CON UNA PLACA DE ALUMINIO O ACERO INOXIDABLE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E38** | COLOR EN TONO AZUL CLARO ACABADO MATE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PUERTAS POSTERIORES** | |  |  |  |
| **E39** | PUERTAS POSTERIORES CON SELLO HERMÉTICO, DE DOBLE HOJA VERTICAL Y VENTANA(S) FIJAS CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO QUE GARANTICE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E40** | PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO, INSTALADO SOBRE EL MARCO DE LA PUERTA POSTERIOR, SOBRE EL LADO DERECHO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E41** | PELDAÑOS O ESTRIBO DE ALUMINIO DE AL MENOS 4MM DE GROSOR ESTRIADO CON ACABADO ANTIDESLIZANTE PARA ACCESO PEATONAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E42** | CERRADURA CON SISTEMA DE APERTURA INTERNA Y EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PUERTA LATERAL DERECHA** | |  |  |  |
| **E43** | CON SELLO HERMÉTICO, CORREDIZA O DE UNA HOJA BATIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E44** | VENTANA FIJA CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO TIPO AUTOMOTRIZ QUE GARANTICE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E45** | PELDAÑOS O ESTRIBO DE ALUMINIO DE AL MENOS 4MM DE GROSOR ESTRIADO CON ACABADO ANTIDESLIZANTE PARA ACCESO PEATONAL, FUNCIÓN ABATIBLE OPCIONAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E46** | PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO, INSTALADO SOBRE EL MARCO INTERNO DE LA PUERTA LATERAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E47** | CERRADURA CON SISTEMA DE APERTURA INTERNA Y EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FIJACIÓN DE CAMILLA** | |  |  |  |
| **E48** | EL SISTEMA DE FIJACIÓN DEBERÁ SER ORIGINAL DEL MISMO FABRICANTE DE LA CAMILLA A ENTREGAR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E49** | CAMILLA INSTALADA SOBRE EL PISO DEL VEHÍCULO EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E50** | SISTEMA DE FIJACIÓN DE AL MENOS DOS PUNTOS, ANCLADO DIRECTAMENTE AL PISO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E51** | CAPACIDAD DE RETENCIÓN DE 10G EN CASO DE COLISIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E52** | El DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E53** | ESPACIO LIBRE ENTRE LA CAMILLA Y LA BUTACA NO MENOR A 0.30 M (GABINETE/ASIENTO) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ILUMINACIÓN INTERIOR** | |  |  |  |
| **E54** | INDEPENDIENTE DEL SISTEMA ELÉCTRICO GENERAL PARA QUE FUNCIONE INCLUSO CUANDO EL VEHÍCULO ESTÁ APAGADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SOBRE EL ÁREA DE LA CAMILLA** | | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E55** | MÍNIMO CUATRO (04) LÁMPARAS LED LUZ BLANCA O ALTERNATIVA EQUIVALENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E56** | INTENSIDAD FIJA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E57** | INTERRUPTOR INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE A LA ILUMINACIÓN GENERAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E58** | PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX DE MODO QUE NO ALTERE LOS COLORES NATURALES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ILUMINACIÓN GENERAL** | |  |  |  |
| **E59** | TIPO LED, DE LUZ BLANCA, REGULABLE, QUE GARANTICE LA ILUMINACIÓN DE TODO EL HABITÁCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E60** | CON SISTEMA DE ENCENDIDO Y APAGADO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS DE LA CABINA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E61** | LUZ DE DESCANSO O PENUMBRA EN TONO AZUL, CON INTERRUPTOR INDEPENDIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **VENTANA DE COMUNICACIÓN** | |  |  |  |
| **E62** | VENTANA ENTRE CABINA DE PILOTO Y CABINA DE ATENCIÓN, DE VIDRIO TEMPLADO DE APERTURA CORREDIZA DE 600 MM +/-10% DE ANCHO POR 300 MM +/-10% DE ALTO CON SISTEMA DE APERTURA Y CIERRE DE FÁCIL MANIPULACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **RUIDO INTERNO** | |  |  |  |
| **E63** | HASTA UN MÁXIMO DE 80 DECIBELES EN CABINA DE ATENCIÓN EN TODO MOMENTO (R.M. N° 830-2012/MINSA) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA ELÉCTRICO** | |  |  |  |
| **E64** | TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DE 12 V, MÍNIMO 120 AMP-HR, CICLO PROFUNDO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E65** | INTERRUPTOR MAESTRO, DE 125% DE CAPACIDAD TOTAL DEL SISTEMA, UBICADO EN UN PUNTO ACCESIBLE AL CONDUCTOR DENTRO DE LA CABINA DE CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TABLERO CONTROL DE MANDO** | |  |  |  |
| **E66** | TABLERO DE CONTROL PARA SISTEMAS DE LUMINACIÓN,CLIMATIZACIÓN Y VENTILACIÓN DE LA CABINA MÉDICA. DICHO TABLERO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON EL TABLERO DE CONTROL DE LA CABINA DEL CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E67** | EL TABLERO DE MANDO DEBERÁ ESTAR UBICADO EN UN LUGAR ACCESIBLE AL PERSONAL DE SALUD, DEBERÁ ESTAR IMPRESO EN TINTA FOTOLUMINISCENTE, ILUMINADO O IMPLEMENTADO COMO PANTALLA TÁCTIL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E68** | TABLERO DE FUSIBLES/DISYUNTORES DE FÁCIL ACCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E69** | CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE Y TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E70** | CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12VDC LIBRE DE HALÓGENOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E71** | CANALIZADO Y PROTEGIDO CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA Y RESISTENTE A LA IGNICIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CONVERTIDOR DE 12VDC/220VAC** | |  |  |  |
| **E72** | POTENCIA 2000 WATTS MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TOMACORRIENTES** | |  |  |  |
| **E73** | TOMACORRIENTES TIPO CIGARRERA DE 12VDC (02 UNIDADES) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E74** | TOMACORRIENTES DOBLES TIPO USB 5VDC (02 UNIDADES) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E75** | MÍNIMO CUATRO (04) TOMACORRIENTES DOBLES DE 220 VAC TIPO MIXTO AMERICANO/EUROPEO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARGA EXTERNA** | |  |  |  |
| **E76** | TOMA ELÉCTRICA EXTERNA MONOFÁSICA 16AMP 250V, INDUSTRIAL CON TAPA ABATIBLE O ENROSCABLE, CON GRADO DE PROTECCIÓN AL MENOS IP44. LA TOMA ELÉCTRICA DEBERÁ IR MONTADA EN LA PARTE LATERAL DE LA AMBULANCIA A UNA ALTURA DE 1.8M SOBRE EL SUELO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E77** | CABLE CONCÉNTRICO VULCANIZADO DE AL MENOS 30 METROS CON ENCHUFE COMPATIBLE CON LA TOMA EXTERNA DE LA AMBULANCIA Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO, CON ADAPTADOR AMERICANO/EUROPEO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SEGURIDAD ELÉCTRICA** | |  |  |  |
| **E78** | EL SISTEMA DE CARGA EXTERNA NO DEBE PERMITIR ARRANCAR EL MOTOR MIENTRAS LA AMBULANCIA ESTÉ CONECTADA A UNA FUENTE DE ALIMENTACIÓN EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E79** | LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA Y SUS COMPONENTES NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA INSTALACIÓN DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA** | |  |  |  |
| **E80** | UN (01) GABINETE EMPOTRADO, ESTRUCTURA FABRICADA EN ALUMINIO, RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, TERMOFORMADO, RECUBRIMIENTO SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E81** | ANCLADO FIRMEMENTE AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, RESISTENTE A VIBRACIONES, COLOCADO A TODO EL LARGO INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA SOBRE EL LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, DE PISO A TECHO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E82** | LISO Y SIN POROSIDADES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E83** | LAVABLE, QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO COMÚN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E84** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E85** | PROFUNDIDAD DEL MUEBLE NO MAYOR 0.30 M., PARA GUARDAR EQUIPOS BIOMÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS LIVIANOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E86** | LAS GAVETAS DEBERÁN CONTAR CON PUERTAS BATIENTES O DESLIZANTES CON SEGURO, TRANSPARENTES, RESISTENTES A GOLPES, CON MECANISMO DE CIERRE QUE GARANTICE LA CONTENCIÓN DE LOS INSUMOS DURANTE EL MOVIMIENTO DE LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E87** | EL NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS GAVETAS SERÁ SEGÚN EL DISEÑO DE CADA FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E88** | DEBERÁ CONTAR CON UNA SOBREMESA O ÁREA DE TRABAJO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E89** | DEBERÁ CONTAR CON UN COMPARTIMIENTO PARA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS CON PUERTA Y CERRADURA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E90** | DEBERÁ CONTAR CON CAJONERA DE CAJONES BASCULANTES O DESLIZABLES PARA INSUMOS PEQUEÑOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E91** | DEBERÁ CONTAR CON AMPULARIO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E92** | COMPARTIMIENTO PARA UBICAR LA TABLA RÍGIDA SEGÚN DISEÑO DE CADA FABRICANTE O SUJETADOR PARA CAMILLA CON PESTILLO DE LIBERACIÓN RÁPIDA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E93** | SOPORTE DE ACERO INOXIDABLE, INSTALADO EN LA BASE DE LA ESTANTERÍA PARA LA BOMBA DE INFUSIÓN DE 1" DE DIÁMETRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E94** | ESPACIO PARA RESIDUOS DIVIDIDO EN DOS (2):  - UNO (1) PARA RESIDUOS PELIGROSOS - BIOCONTAMINADOS-INFECCIOSOS, CON RECIPIENTE DE AL MENOS 3 LITROS, CONSTRUIDO EN HDPE O ACERO INOXIDABLE;  - UNO (1) PARA DESECHOS PELIGROSOS - CORTOPUNZANTES, CON RECIPIENTE PARA PUNZOCORTANTES DE AL MENOS 3 LITROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E95** | DEBERÁ ENTREGAR AL MENOS CUATRO (4) CONTENEDORES PARA RESIDUOS PUNZOCORTANTES DE AL MENOS 3 LITROS CADA UNO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GABINETE-ASIENTO** | |  |  |  |
| **E96** | ESTRUCTURA FABRICADA EN ALUMINIO O  MATERIAL MÁS RESISTENTE E INOXIDABLE DE LARGA DURACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E97** | RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E98** | ANCHO MÍNIMO DE 0.35 M Y MÁXIMO QUE NO INTERFIERA CON EL ESPACIO LIBRE MÍNIMO REQUERIDO PARA LA CAMILLA DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E99** | LIVIANO, LONGITUDINAL, TIPO CAJÓN, UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON COLCHONETA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O TRES SENTADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E100** | DEBERÁ CONTAR CON TRES (03) CINTURONES DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E101** | DEBERÁ CONTAR CON BROCHES PARA ASEGURAR A UN PACIENTE EN TABLA ESPINAL ACOSTADO A LO LARGO DE LA BANCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E102** | ACOLCHADO Y TAPIZADO EN MATERIAL IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, EN COLOR AZUL CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E103** | CADA PLAZA DEBERÁ CONTAR CON APOYACABEZAS Y RESPALDOS INDIVIDUALES TAPIZADOS EN EL MISMO MATERIAL QUE LOS ASIENTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E104** | ASIENTO DE TAPA REBATIBLE DE APERTURA HACIA LOS RESPALDARES DEL ASIENTO Y CAPACIDAD DE ALOJAMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPOS VARIOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E105** | BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E106** | PASAMANOS VERTICAL DE SEGURIDAD ACOLCHADO, ANCLADO FIRMEMENTE AL PISO Y TECHO DE LA CABINA. FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO, INSTALADO SOBRE EL EXTREMO DELANTERO (LADO DE PUERTA LATERAL) DEL ASIENTO BUTACA, DE TAL MANERA QUE PROVEA PUNTOS DE AGARRE PARA EL PERSONAL SENTADO SOBRE LA BANCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ASIENTO PARA PERSONAL DE SALUD** | |  |  |  |
| **E107** | UN (01) ASIENTO ABATIBLE GIRATORIO CON BLOQUEO Y/O FIJO, TIPO AUTOMOTRIZ CON CABEZAL, CON TAPIZADO IMPERMEABLE, LAVABLE Y ERGONÓMICO. CON UN (01) CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES (3) PUNTOS. DEBERÁ ESTAR UBICADO A LA CABECERA DEL PACIENTE, EN LÍNEA RECTA AL EJE LONGITUDINAL DE LA CAMILLA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F.** | **HERRAMIENTAS BÁSICAS** |  |  |  |
| **F01** | DOS (02) JUEGOS DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F02** | DOS (2) EXTINTORES: UNO (1) DE CO2 DE 4 KG INSTALADO EN LA CABINA MÉDICA; Y UNO (1) DE PQS DE 2 KG INSTALADO EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN. AMBOS DEBERÁN CONTAR CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F03** | UNA (01) GATA HIDRÁULICA SEGÚN CAPACIDAD DE LA UNIDAD MÓVIL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F04** | UNA (01) FAJA DE REMOLQUE REFORZADA TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS DE LONGITUD, Y CAPACIDAD DE CARGA DE AL MENOS 3 VECES EL PESO DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F05** | UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F06** | UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL LED CON ALIMENTACIÓN 12V TIPO CIGARRERA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F07** | UNA (01) LLAVE DE RUEDAS DE PALANCA EN L CON EXTENSIÓN Y DADO SEGÚN MEDIDA DE TUERCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F08** | UN (01) JUEGO DE DESARMADORES (ESTUCHE) MIN 4 PIEZAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F09** | UN (01) JUEGO DE LLAVES MIXTAS, DE AL MENOS 10 PIEZAS, MEDIDAS PULGADAS O MILIMÉTRICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F10** | UNA (01) LLAVE FRANCESA DE: 10" | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F11** | UN (01) ALICATE UNIVERSAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F12** | UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS , DE RANGO SUFICIENTE SEGÚN LA PRESIÓN RECOMENDADA DE INFLADO DE LOS NEUMÁTICOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F13** | DOS (02) TACOS DE SEGURIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F14** | UNA (01) LINTERNA DE MANO RECARGABLE TIPO LED, CON CONO DE SEÑALIZACIÓN AMARILLO, NARANJA O ROJO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F15** | DOS (02) MARTILLOS DE FRAGMENTACIÓN, CON NAVAJA PARA CORTE DE CINTURÓN DE SEGURIDAD, INSTALADOS UNO EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN, Y UNO INSTALADO EN LA CABINA MÉDICA AL ALCANCE DEL ASIENTO DEL PERSONAL DE SALUD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F16** | UNA (01) CAJA O MALETA PARA HERRAMIENTAS PARA ALMACENAMIENTO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F17** | DOS (2) CONOS DE SEGURIDAD, PLEGABLES, DE COLOR NARANJA, MÍNIMO DE 0,50 M DE ALTURA, CON BANDA REFLECTANTE (ANCHA) DE COLOR BLANCO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F18** | UNA (01) EXTENSIÓN ELÉCTRICA AL MENOS 10 METROS, POLARIZADA CON TIERRA FÍSICA CON CAPACIDAD DE AL MENOS 10 AMP. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G.** | **PLANOS, DIAGRAMAS Y DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |  |  |  |
| **G01** | PLANOS ESTRUCTURALES DEL DISEÑO DE LA AMBULANCIA, CON GUÍA MECÁNICA Y DESCRIPCIÓN DE LA CONVERSIÓN EN ORIGINAL, DICHOS PLANOS SERVIRÁN COMO EVIDENCIA DOCUMENTAL TÉCNICA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G02** | PLANOS DEL SISTEMA DE OXIGENO (GASES MEDICINALES) EN HABITÁCULO, INCLUYENDO VISUALIZACIÓN DE LAS TOMAS DE OXÍGENO.  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS, CONEXIONES Y MANTENIMIENTOS DEL SISTEMA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G03** | PLANOS ELÉCTRICOS DE LA CABINA MÉDICA Y CABINA DE CONDUCCIÓN CORRESPONDIENTES A LOS TRABAJOS DE CONVERSIÓN. DEBERÁ INCLUIRSE UN RESUMEN Y MEMORIA DE CÁLCULO DE LAS CARGAS ELÉCTRICAS, LOS CONSUMOS, CODIFICACIÓN DE COLORES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y LOS CALIBRES DEL CABLEADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G04** | PLANOS DE LA DISTRIBUCIÓN Y ANCLAJE DE LOS EQUIPOS INSTALADOS.  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS, CONEXIONES Y MANTENIMIENTOS DEL SISTEMA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G05** | PLANOS DEL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LAS CONEXIONES Y ELEMENTOS DEL SISTEMA PARA SU MANTENIMIENTO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G06** | DEMO VIRTUAL DE LA AMBULANCIA EN 3D  PARA IDENTIFICAR LOS DETALLES DEL HABITÁCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H.** | **GARANTIA DEL BIEN** |  |  |  |
| **H01** | DECLARACIÓN DEL LICITANTE QUE ACEPTA LAS CONDICIONES DE LA GARANTÍA TÉCNICA Y COMERCIAL ESTABLECIDAS EN LAS BASES Y QUE SE COMPROMETE A ENTREGAR JUNTO CON LOS BIENES LOS CERTIFICADOS DE GARANTÍA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GARANTIA TECNICA DEL FABRICANTE** | |  |  |  |
| **H02** | EL VEHÍCULO, LA CABINA MEDICA, LA CAMILLA, BALON DE OXIGENO Y LOS EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN CONTARÁN, CADA UNO, CON UNA GARANTÍA CONTRA DEFECTOS DE DISEÑO O FABRICACIÓN NO DETECTADOS AL MOMENTO DE OTORGAR LA CONFORMIDAD DE LA ENTREGA SIENDO RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL FABRICANTE ASUMIR DEFECTOS EN SU TOTALIDAD.  SE PRECISA QUE LA GARANTÍA DEL VEHÍCULO, CABINA MEDICA (Y TODOS SUS ELEMENTOS) DEBERÁN SER DE TRES (03) AÑOS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA CONFORMIDAD OTORGADA POR LA ENTIDAD.  LA GARANTÍA DE LA CAMILLA, BALON DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN DEBERÁ SER DE 1 AÑO,A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA CONFORMIDAD OTORGADA POR LA ENTIDAD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GARANTÍA COMERCIAL** | |  |  |  |
| **H03** | CONTRA DEFECTOS DE DISEÑO Y/O FABRICACIÓN, AVERÍAS O FALLOS DE FUNCIONAMIENTO ORIGINADOS POR EL USO NORMAL O HABITUAL DE LOS BIENES (AMBULANCIAS INCLUIDO: CAMILLA/ BALONES DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN), NO DETECTADOS AL MOMENTO QUE SE OTORGÓ LA CONFORMIDAD. LA GARANTÍA INCLUYE LA MANO DE OBRA QUE ORIGINEN LOS CAMBIOS DEL REPUESTO DEFECTUOSO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H04** | ES NECESARIO QUE EL CONTRATISTA OFREZCA UNA GARANTÍA COMERCIAL INTEGRAL QUE ABARQUE TODAS LAS AMBULANCIAS Y SUS COMPONENTES ADQUIRIDOS.  SE ESTABLECE DE MANERA ESPECÍFICA QUE LA DURACIÓN MÍNIMA DE LA GARANTÍA COMERCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, SERÁ DE TRES (03) AÑOS PARA LAS AMBULANCIAS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO Y DOS (02) AÑOS PARA LA CAMILLA, BALONES DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN, CONTABILIZADOS A PARTIR DE LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PROCEDIMIENTO DE LA GARANTÍA DE AMBULANCIAS Y EQUIPOS** | |  |  |  |
| **H05** | LA ENTIDAD COMUNICARÁ AL CONTRATISTA CUALQUIER RECLAMO CON CARGO A LA GARANTÍA TÉCNICA DEL FABRICANTE O GARANTÍA COMERCIAL, YA SEA POR CORREO ELECTRÓNICO O POR ESCRITO. AL RECIBIR LA NOTIFICACIÓN, EL CONTRATISTA LLEVARÁ A CABO UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA, TENIENDO UN PLAZO PARA EMITIR OPINIÓN TÉCNICA EN UN PLAZO NO MAYOR A TRES (03) DÍAS HÁBILES DESDE REPORTADO EL EVENTO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H06** | EL PROCESO DE REEMPLAZO E INSTALACIÓN DE REPUESTOS SE EJECUTARÁ EN UN PLAZO DE SIETE (07) DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE EMITIDA LA OPINIÓN TÉCNICA DEL CONTRATISTA. EN CASO DE IMPORTACIÓN, SE OTORGARÁ UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS. ES RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA EXTENDER EL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA CUANTAS VECES SEA NECESARIO DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I.** | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |
| **I01** | EL CONTRATISTA LLEVARÁ A CABO UNA PRIMERA CAPACITACIÓN PRESENCIAL Y DOS CAPACITACIONES POSTERIORES VIRTUALES, DESTINADA A UN MÍNIMO DE VEINTIDOS (22) PROFESIONALES, INCLUYENDO MÉDICOS, ENFERMEROS Y PILOTOS (2 PERSONAS POR AMBULANCIA) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I02** | LA PRIMERA CAPACITACIÓN SE IMPARTIRÁ EN MODALIDAD PRESENCIAL EN LIMA METROPOLITANA  - EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR CON PROYECTOR, EQUIPO INFORMÁTICO, MATERIAL DIDÁCTICO (BROCHURE) Y EQUIPOS PARA LA CAPACITACIÓN.  - LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA (AUDITORIOS), SE GESTIONARA ENTRE UNOPS y MINSA, CERCA AL LUGAR DE ENTREGA DE AMBULANCIAS.  - DURACIÓN MÍNIMA: 6 HORAS ACADEMICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I03** | LA PRIMERA CAPACITACIÓN SE IMPARTIRÁ EN MODALIDAD PRESENCIAL EN LIMA METROPOLITANA. SE DEBERÁ LLEVAR A CABO PREVIA A LA RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LAS AMBULANCIAS POR PARTE DEL COMITÉ DE RECEPCIÓN EL CUMPLIMIENTO DE LA CAPACITACIÓN ES REQUISITO PARA OBTENER LA CONFORMIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I04** | EL CONTENIDO MÍNIMO DE LA CAPACITACIÓN DEBERÁ INCLUIR: CAPACITACIÓN DE MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE LAS AMBULANCIAS Y LA CAMILLA DIRIGIDA AL PERSONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: PILOTOS, ENFERMEROS Y MÉDICOS QUIENES USAN LOS BIENES. EL ÁREA USUARIA EN CONJUNTO CON EL CONTRATISTA COORDINARA LOS DETALLES LOGÍSTICOS DEL LUGAR, HORARIO Y MEDIOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I05** | EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE CINCO (05) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE EFECTUADA LA CAPACITACIÓN, UN CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN, A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN RECIBIDO LA CAPACITACIÓN RESPECTIVA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I06** | LA SEGUNDA Y TERCERA CAPACITACIÓN SE REALIZARAN DE MANERA VIRTUAL. SE USARÁ COMO BASE DE LAS CAPACITACIONES VIRTUALES, VIDEOS INSTRUCTIVOS Y EL VIDEO EDITADO DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN. EL MINSA COORDINARÁ CON EL CONTRATISTA LA FECHA PARA LLEVAR A CABO ESTAS CAPACITACIONES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **J.** | **SEGUROS, PLACAS Y TARJETAS DE PROPIEDAD** |  |  |  |
| **J01** | EL LICITANTE ADJUDICADO REALIZARÁ EL TRÁMITE DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), VIGENCIA POR 1 AÑO.  ASIMISMO DEBERÁ REALIZAR LOS TRÁMITES DE LA INSCRIPCIÓN DE LOS REGISTROS PÚBLICOS Y PARALELO A ELLO LAS RESPECTIVAS PLACAS DE RODAJE Y TARJETA DE PROPIEDAD A NOMBRE DEL MINISTERIO DE SALUD PREVIA COORDINACIÓN CON EL ÁREA USUARIA. DICHOS GASTOS Y TRÁMITES DEBERÁN ESTAR INCLUIDOS EN LA OFERTA ECONÓMICA DEL LICITANTE.  EL SEGURO, PLACAS Y TARJETA DE PROPIEDAD SERÁN ENTREGADOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, PREVIA CANCELACIÓN AL 100% DE LA FACTURA DE LAS AMBULANCIAS PARA LO CUAL PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN JURADA DONDE INDIQUE QUE DICHOS TRÁMITES SERÁN SIN COSTO ALGUNO A LA ENTIDAD (DEBERÁ PRESENTARSE PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO).  CUALQUIER DEMORA QUE NO SEA IMPUTABLE O ATRIBUIBLE AL CONTRATISTA SERÁ TOMADA EN CONSIDERACIÓN A LO INDICADO EN LOS PLAZOS DE ENTREGA DE PLACAS Y TARJETA DE PROPIEDAD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **K.** | **LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA** |  |  |  |
| **K01** | - **LUGAR**: LIMA METROPOLITANA  - **PLAZO DE ENTREGA:**  PRESENTAR UN PLAN DE ENTREGA CONSIDERANDO LO SIGUIENTE:  - DESEABLE, PRIMERA ENTREGA DENTRO DE LOS 180 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO.  - SEGUNDA ENTREGA OBLIGATORIA DE AL MENOS EL 50% DEL SALDO RESTANTE DE LAS CANTIDADES DEL LOTE OFERTADO, DENTRO DE LOS 210 Y 270 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO. SE PERMITIRÁN ENTREGAS CON PLAZOS MENORES.  - TERCERA ENTREGA DEL SALDO RESTANTE DE AMBULANCIAS, DENTRO DE LOS 300 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L.** | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO** |  |  |  |
| **L01** | EL CONTRATISTA PRESENTARÁ UN PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO BASADO EN LAS ACTIVIDADES MÍNIMAS POR KILOMETROS ESTABLECIDO EN "**ANEXO 2 - ACTIVIDADES MÍNIMAS MANTENIMIENTO PREVENTIVO",** DETALLANDO LA FRECUENCIA Y LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS A ABORDAR EN CADA INTERVENCIÓN, POR UN PERIODO DE TRES (03) AÑOS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO.  ADICIONALMENTE, EL CONTRATISTA DEBERÁ INCLUIR LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO SIGUIENDO LAS INDICACIONES ESPECÍFICAS DEL FABRICANTE, QUIEN PROPORCIONARÁ MANUALES DETALLADOS PARA CADA MARCA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L02** | LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LAS AMBULANCIAS SE LLEVARÁN A CABO EN CONCESIONARIOS Y/O TALLERES AUTORIZADOS DE LA MARCA. ESTOS CONCESIONARIO O TALLERES DEBERÁN PROPORCIONAR EL MANUAL DE SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL MOMENTO DEL INTERNAMIENTO DE LOS BIENES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L03** | EL CUAL DEBERÁ DESARROLLARSE COMO MÍNIMO EN 5 PUNTOS ESTRATÉGICOS A NIVEL NACIONAL: NORTE, SUR, CENTRO, NOR ORIENTE Y SUR ORIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L04** | LAS PARTES Y PIEZAS ORIGINALES, LOS CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS Y MANO DE OBRA SERÁN ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD. SE ESTABLECERÁ LA OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA DE MANTENER REGISTROS DETALLADOS DE CADA MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INFORMANDO AL ÁREA USUARIA AL RESPECTO, ASÍ MISMO DEBERÁ PROPORCIONAR INFORMES SOBRE DICHOS MANTENIMIENTOS AL FINALIZAR CADA EJECUCIÓN EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 DÍAS HÁBILES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L05** | EL CONTRATISTA DEMOSTRARÁ EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO CON INSTRUMENTOS QUE CUENTEN CON CERTIFICACIÓN DE CALIBRACIÓN VIGENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L06** | SI EL SERVICIO NO SE AJUSTA AL REQUERIMIENTO AUTORIZADO EL CONTRATISTA SUBSANARÁ LA ACTIVIDAD DE MANTENIMIENTO DENTRO DEL PLAZO QUE DISPONGA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O UNIDAD EJECUTORA O DIRESA/GERESA CORRESPONDIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L07** | EL CONTRATISTA, DEBE ATENDER EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO REQUERIDO DENTRO DE 3 DÍAS HÁBILES DE HABERSE SOLICITADO EL SERVICIO Y, LA DURACIÓN DEL MANTENIMIENTO SE EJECUTARÁ EN UN MÁXIMO DE 24 HORAS, CONTADOS DESDE EL INGRESO DEL VEHÍCULO AL TALLER DESIGNADO POR EL CONTRATISTA, SALVO HALLAZGOS QUE REQUIERAN ATENCIÓN ESPECIAL O DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L08** | LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO DEBERÁN SER PROGRAMADOS Y REGISTRADOS EN LA ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO - OTM, SIENDO ESTE EL DOCUMENTO DE SUSTENTACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, EL CUAL DEBE CONTAR CON LAS SIGUIENTES FIRMAS DE CONFORMIDAD:  - RESPONSABLE DE LA AMBULANCIA O QUIEN DESIGNE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.  - EL RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA O TALLER. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **M.** | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO O CORRECTIVO DE LA CAMILLA** |  |  |  |
| **M01** | - EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO DE LA CAMILLAS, EL CUAL DEBERÁ SER APROBADO POR LA ENTIDAD.  - EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR EL MANTENIMIENTO DE LAS CAMILLAS INCLUIDAS EN LAS AMBULANCIAS, CONSIDERANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:  - LOS MANTENIMIENTOS DEBERÁN REALIZARSE EN EL LUGAR DE DESTINO DONDE SE ENCUENTREN LAS AMBULANCIAS O DONDE SE COORDINE CON EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. EN CASO DE QUE, DEBIDO A LA NATURALEZA DEL MANTENIMIENTO, ÉSTE DEBA SER LLEVADO A CABO EN LAS INSTALACIONES DEL REPRESENTANTE DE SERVICIO TÉCNICO LOCAL, TODOS LOS GASTOS ESTARÁN A CARGO DEL CONTRATISTA.  - EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERÁ INCLUIR MINIMO 2 (DOS) VISITAS ANUALES Y EL CAMBIO DE LOS REPUESTOS (CUANDO APLIQUE), REPARACIONES Y VERIFICACIONES, COMO LOS PREVISTOS EN EL MANUAL DE LAS CAMILLAS.  - EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBE SER REALIZADO POR UNA EMPRESA RADICADA EN PERÚ.  - LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN SER COORDINADOS POR QUIEN EL BENEFICIARIO DESIGNE.  - CONSIDERANDO QUE LAS CAMILLAS SE ENCUENTRAN A BORDO DE AMBULANCIAS Y QUE SE REQUIERE MANTENER EL SERVICIO ACTIVO LAS 24 HORAS, ES NECESARIO QUE LA EMPRESA QUE BRINDA MANTENIMIENTO TENGA AL MENOS 5 CAMILLAS DE REEMPLAZO (A CARGO DEL CONTRATISTA) QUE PUEDAN SER ENTREGADAS EN PRÉSTAMO MIENTRAS SE REALIZAN LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS O CORRECTIVOS, A FIN DE ASEGURAR LA OPERATIVIDAD DE LAS AMBULANCIAS.  - EN LA PLANIFICACIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE LAS AMBULANCIAS PODRÍAN ESTAR OCUPADAS POR LAS LLAMADAS DE EMERGENCIAS.  - EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y UN CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN SEGÚN LA UBICACIÓN Y FECHAS DE ENTREGAS DE LAS AMBULANCIAS, EL CUAL DEBERÁ SER APROBADO POR LA ENTIDAD.  - EN EL PLAZO MÁXIMO DE 60 DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LAS CAMILLAS.  - LAS PARTES, PIEZAS Y/O ACCESORIOS ORIGINALES, LOS CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS Y MANO DE OBRA SERÁN ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N.** | **CONSIDERACIONES ADICIONALES**  **(DOCUMENTOS A PRESENTAR DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL)** |  |  |  |
| **N01** | PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LAS AMBULANCIAS Y CAMILLAS APROBADOS POR UNOPS/MINSA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N02** | MANUALES DEL VEHÍCULO, CAMILLA Y BALONES TIPO M POR TRIPLICADO, EN FÍSICO O DIGITALES EN IDIOMA ESPAÑOL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N03** | DOCUMENTO QUE CERTIFIQUE LA PRUEBA DE OPERATIVIDAD DE CONEXIONES ELÉCTRICAS Y EQUIPOS INSTALADOS EN CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N04** | CERTIFICADOS DE CONFORMIDAD DE MODIFICACIÓN EMITIDO POR UNA ENTIDAD CERTIFICADORA REGISTRADA SEGÚN NORMAS DE MTC DE ACUERDO CON LO DETALLADO, DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES. EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N05** | DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE QUE GARANTICE LA PRUEBA DE ESTANQUEIDAD DE LA INSTALACIÓN DE OXÍGENO QUE CONTENGA LA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PRUEBA PRESURIZADA REALIZADO DURANTE LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE OXÍGENO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O.** | **CAMILLA TELESCÓPICA (1 UNIDAD)** |  |  |  |
| **O01** | CAMILLA PARA USO EN AMBULANCIA CONSTRUIDA EN ACERO TUBULAR INOXIDABLE, ALUMINIO O MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O02** | ALTURA AJUSTABLE: AL MENOS TRES (03) NIVELES CONTROLADOS MANUALMENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O03** | COLCHONETA DE LA MISMA MARCA DE LA CAMILLA, DE ESPUMA DE ALTA DENSIDAD, DE 2.5” O MÁS DE ESPESOR, FORRO LAVABLE E IMPERMEABLE CON COSTURAS SELLADAS Y HERMÉTICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O04** | RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE DE RCP. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O05** | CAPACIDAD PARA ADOPTAR POSICIONES FOWLER Y TRENDELEMBURG DE FORMA NEUMÁTICA Y/O MANUAL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O06** | DIMENSIONES: 195 CM +/-5 CM DE LARGO Y 55 CM +/-5 CM DE ANCHO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O07** | PATAS PLEGABLES CON MECANISMO DE LIBERACIÓN, PARA INGRESO A AMBULANCIA, DE LONGITUD SUFICIENTE PARA INGRESO SIN NECESIDAD DE LEVANTARLA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O08** | RUEDAS OMNIDIRECCIONALES, Y SISTEMA DE FRENOS EN AL MENOS DOS DE LAS RUEDAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O09** | CON SISTEMA DE RUEDAS ADICIONALES PARA SUBIR LA CAMILLA A LA AMBULANCIA CON UN SOLO OPERADOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O10** | PESO MÁXIMO 50 KG. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O11** | CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 250 KG | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O12** | CON SISTEMA DE ANCLAJE QUE PERMITA SUJETAR LA CAMILLA EN DOS PUNTOS, CON SISTEMA DE SEGURIDAD ANTI RETROCESO Y DE ACUERDO AL MODELO DE LA CAMILLA, PARA EVITAR MOVIMIENTOS EN EL TRANSPORTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O13** | BARANDAS LATERALES RETRACTILES Y/O ABATIBLES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ACCESORIOS CAMILLA** | |  |  |  |
| **O14** | SISTEMA PORTA BALÓN DE OXÍGENO CON RECEPTÁCULO Y CORREAS O MECANISMO DE SUJECIÓN DE SEGURIDAD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O15** | GANCHO DE SEGURIDAD PARA EVITAR DESCENSO DE CAMILLA (OPCIONAL) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O16** | UN (01) PORTASUERO TELESCÓPICO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O17** | CORREAS DE SUJECIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TÓRAX, ADEMÁS PARA LOS HOMBROS, CON CLIP METÁLICO Y CIERRE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOCUMENTACIÓN CAMILLA A PRESENTAR CON LA OFERTA** | |  |  |  |
| **O18** | AL MENOS UNA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EMITIDA POR UN PAÍS MIEMBRO FUNDADOR DE GHTF, A SABER:  - CERTIFICADO DE CONFORMIDAD CON LA REGULACIÓN EUROPEA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS: MDR 2017/745/EU O MDD 93/42/CEE (SÓLO VÁLIDA PARA CERTIFICADOS EMITIDOS ANTES DEL 25/05/2020)  - AUTORIZACIÓN FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE EEUU.  - SOR/98-282 DE CANADÁ.  - TGA CONFORMITY CERTIFICATION DE AUSTRALIA  - PMDA PRE-MARKET APPROVAL DE JAPÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O19** | CERTIFICADO ISO 13485 DEL FABRICANTE EMITIDO POR UN ORGANISMO NOTIFICADO O ACREDITADO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS, JAPÓN, CANADÁ O AUSTRALIA O POR EL FORO INTERNACIONAL DE ACREDITACIÓN (IAF).  EL CERTIFICADO MENCIONADO DEBERÁ SER EMITIDO POR CAB (CONFORMITY ASSESSMENT BODY), POR ORGANISMOS NOTIFICADOS O POR ORGANISMOS ACREDITADOS POR LAS AUTORIDADES REGULATORIAS INDICADAS Y DEBERÁ INDICAR AL MENOS LO SIGUIENTE:  - NORMA DE CALIDAD.  - NOMBRE DEL ORGANISMO CERTIFICADOR.  - PAÍS DE EMISIÓN.  - NÚMERO DE REGISTRO/CERTIFICADO  - FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO.  - FECHA DE VENCIMIENTO DEL CERTIFICADO.  EL DOCUMENTO PRESENTADO DEBERÁ ESTAR VIGENTE, CON SUS RESPECTIVOS ANEXOS DONDE SE IDENTIFIQUE EL ALCANCE DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN RELACIONADA CON LA NATURALEZA DEL EQUIPO OFERTADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O20** | CERTIFICADOS DE PRUEBA DE 10G PARA LA CAMILLA Y SU ANCLAJE A LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O21** | MANUAL DE USUARIO COMPLETO Y FOLLETO TÉCNICO EN ESPAÑOL O TRADUCCIÓN SIMPLE EN ESPAÑOL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O22** | DECLARACIÓN DEL LICITANTE QUE ACEPTA LAS CONDICIONES DE GARANTÍA TÉCNICA Y COMERCIAL ESTABLECIDAS EN LAS BASES Y QUE SE COMPROMETE A ENTREGAR JUNTO CON EL BIEN UN CERTIFICADO DE GARANTÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O23** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O24** | DECLARACIÓN JURADA DEL LICITANTE QUE LA EMPRESA (RADICADA EN PERÚ) QUE REALIZARÁ EL MANTENIMIENTO (SEA EL OFERENTE, FABRICANTE O UN TERCERO) SE COMPROMETE A EJECUTAR LA GARANTÍA Y LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES Y CONDICIONES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O25** | LISTADO COMPLETO DE ACCESORIOS, CONSUMIBLES Y PARTES CON NÚMERO DE PARTE/CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P.** | **BALÓN DE OXÍGENO (EQUIPO COMPLETO) TIPO M122 CON REGULADOR (2 UNIDADES)** |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS GENERALES BALÓN** | |  |  |  |
| **P01** | BALÓN DE ALUMINIO PARA OXÍGENO TIPO M122 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P02** | DEBE TENER UNA CAPACIDAD ALMACENAMIENTO DE 3450 +/- 5% LITROS DE OXÍGENO GASEOSO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P03** | FABRICADO EN ALEACIÓN DE ALUMINIO 6061. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P04** | VÁLVULA DE OXÍGENO CGA-540 CON VÁLVULA DE ALIVIO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P05** | CON CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P06** | CON REGULADOR DE PRESIÓN DE OXÍGENO, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI, CON MANÓMETRO DE OXÍGENO RANGO ENTRE 0 A 3000 PSI Y CONEXIÓN A LA RED DE OXÍGENO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P07** | DOS (02) FLUJÓMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE OXÍGENO, DE CONEXIÓN TIPO DISS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P08** | DOS (02) FRASCOS HUMIDIFICADORES REUSABLES Y AUTOCLAVABLES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOCUMENTACIÓN BALÓN PARA PRESENTAR EN LA OFERTA** | |  |  |  |
| **P09** | CERTIFICADO VIGENTE DE FABRICACIÓN CON FECHA DE INSPECCIÓN/PRUEBAS BAJO NORMA DOT-3AL Ó CERTIFICADO VIGENTE ISO 7866:2013 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P10** | DECLARACIÓN JURADA COMPROMETIÈNDOSE A ENTREGAR UN CERTIFICADO CON FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA HIDROSTÁTICA, CON CERTIFICADO Y SÍMBOLO DEL FABRICANTE DE LOS BALONES DE OXÍGENO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P11** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |

**LOTE 2 - AMBULANCIAS RURALES, 4X4**

|  |  | **MARCA:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **MODELO:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ORIGEN:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Requerimientos técnicos mínimos de UNOPS** | **¿Cumple la cotización con los requerimientos?** (Completar esta columna) | **Detalles sobre los bienes ofrecidos**  (Completar esta columna insertando detalles técnicos sobre los bienes) | **Nombre documento y Nº de folio de su oferta donde se sustente el cumplimiento** |
| **DESCRIPCIÓN FUNCIONAL: VEHÍCULO 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.** | | | | |
| **A.** | **NORMATIVIDAD** |  |  |  |
| **A01** | NORMAS DE REFERENCIA POR LA QUE LA AMBULANCIA ESTÁ FABRICADA:  - UNE 1789  - FEDERAL KKK 1822  - O SU EQUIVALENTE INTERNACIONAL PARA AMBULANCIA 4X4 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A02** | CERTIFICADO ISO 9001:2015 DE FABRICANTE DE LA AMBULANCIA (CARROCERO) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A03** | DEBERÁN CUMPLIR CON REGLAMENTO NACIONAL DE VEHÍCULOS DEL PERÚ (D.S. 058 2003 MTC Y TODAS SUS MODIFICATORIAS) A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A04** | DEBERÁ CUMPLIR CON NTS No. 051-MINSA/OGDN-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PRA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE", Y SUS MODIFICATORIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **A05** | DEBERÁ CUMPLIR CON D.S. 010-2017-MINAM QUE ESTABLECE LOS LÍMITES MÁXIMOS PERMISIBLES DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS PARA VEHÍCULOS AUTOMOTORES Y TODAS SUS MODIFICATORIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B.** | **CARACTERÍSTICAS GENERALES** |  |  |  |
| **B01** | AÑO MODELO: AL MENOS 2025  AÑO FABRICACIÓN: EL VEHÍCULO NO DEBE TENER UNA ANTIGÜEDAD MAYOR A 12 MESES DE FABRICACIÓN A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE OFERTA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B02** | MÁXIMO 150 KM DE RECORRIDO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **B03** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES PARA EL VEHICULO Y LA CABINA MÉDICA, POR 10 AÑOS EN EL PAÍS,EN CASO DE ADJUDICACIÓN.  RM Nº 222-2024-MINSA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARROCERÍA DEL VEHÍCULO** | |  |  |  |
| **B04** | INTEGRAL DE FÁBRICA O CARROZABLE. TIPO CAMIONETA PICK UP O TIPO PANEL O FURGONETA. LAS MODIFICACIONES SERÁN APROBADAS POR UNA INSTITUCIÓN CERTIFICADORA REGISTRADA, SEGÚN NORMAS DEL MTC. DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES. EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA.  EL CHASIS O VEHÍCULO BASE ESTARÁ ACORDE A DIMENSIONES Y PESO DE LA CARROCERÍA INCLUYENDO EQUIPOS BIOMÉDICOS, ACCESORIOS, MÍNIMO DOS (02) PERSONAS EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y CUATRO (04) PERSONAS EN LA CABINA MÉDICA, INCLUIDO EL PACIENTE. CAPAZ DE FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE EN ZONAS RURALES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARROCERÍA: AMBULANCIA** | |  |  |  |
| **COLOR** | |  |  |  |
| **B05** | BLANCO CON LOGOS INSTITUCIONALES  DE ACUERDO A LOS COLORES INSTITUCIONALES, BRANDEO Y SEÑALÉTICA EN MATERIAL RETROREFLECTIVO Y RESISTENTE A LA EXPOSICIÓN SOLAR. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **EXTERIORES** | |  |  |  |
| **B06** | DISTINTIVOS ACORDES A NORMA NTS N° 051 - MINSA/OGDN-V-.01 Y A LOS SOLICITADOS POR LA INSTITUCIÓN .  LOS DISEÑOS, LOGOS INSTITUCIONALES (NÚMERO, LOCALIZACIÓN, DISEÑO) A INCLUIR DEBERÁN SER DE ACUERDO AL ESQUEMA PROPUESTO EN EL DOCUMENTO ADJUNTO, DENOMINADO **ANEXO 4 (BRANDEO REFERENCIAL AMBULANCIAS)**. SE PRECISA QUE LA EJECUCIÓN DEL BRANDEO ESTARÁ A CARGO DEL LICITANTE ADJUDICADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C.** | **COMPONENTE AUTOMOTRIZ** |  |  |  |
| **MOTOR** | |  |  |  |
| **C01** | 04 CILINDROS EN LÍNEA, COMO MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C02** | CILINDRADA DEL MOTOR NO MENOR A 2300 CC | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TORQUE DE MOTOR** | |  |  |  |
| **C03** | NO MENOR DE 400 NM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **POTENCIA DE MOTOR** | |  |  |  |
| **C04** | MÍNIMO 145 HP | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE COMBUSTIBLE** | |  |  |  |
| **C05** | COMMON RAIL DE ALTA PRESIÓN PARA MOTORES DIESEL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C06** | DEPÓSITO DE COMBUSTIBLE: CAPACIDAD MÍNIMA DE 70 LITROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **EMISIONES Y ESCAPE DE GASES** | |  |  |  |
| **C07** | LA EXPULSIÓN DE LOS GASES DE COMBUSTIÓN DEBE ESTAR UBICADOS DE TAL MANERA QUE NO INGRESEN A LA CABINA MÉDICA CUANDO TENGAN LAS PUERTAS ABIERTAS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C08** | NIVEL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS DE VEHÍCULOS CON TECNOLOGÍA EURO IV, O SU EQUIVALENTE INTERNACIONAL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C09** | LA MOTORIZACIÓN DEL VEHÍCULO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON LOS COMBUSTIBLES DISPONIBLES EN TODAS LAS REGIONES DEL PAÍS. DEBERÁ ESTAR RESPALDADO POR CARTA DEL FABRICANTE DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE ALIMENTACIÓN DE AIRE** | |  |  |  |
| **C10** | TURBO CON INTERCOOLER | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE TRANSMISIÓN** | |  |  |  |
| **C11** | MANUAL CON AL MENOS 5 MARCHAS MÁS REVERSA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE DIRECCIÓN** | |  |  |  |
| **C12** | HIDRÁULICA O  ELECTROHIDRÁULICA ASISTIDA VARIABLE O  CON CONTROL DE FLUJO VARIABLE (VFC), O  ELECTROMECÁNICA ASISTIDA,  Y TIMÓN ORIGINAL AL LADO IZQUIERDO DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TRACCIÓN** | |  |  |  |
| **C13** | 4X4 O 4WD, TODO TERRENO, CON CAJA DE TRANSFERENCIA CON SISTEMA DE SELECCIÓN MECÁNICO O ELECTRÓNICO AUTOMÁTICO DE MODO DE TRACCIÓN: 4X2, 4X4H Y 4X4L. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C14** | OPCIONAL: BLOQUEO DE DIFERENCIALES O LIMITADOR DIFERENCIAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE FRENOS** | |  |  |  |
| **C15** | CIRCUITO HIDRÁULICO DOBLE, INDEPENDIENTE.  DEBERÁ DE CONTAR CON SISTEMA ABS (ANTIBLOQUEO),  EBD O DE UNA TECNOLOGÍA EQUIVALENTE O MEJOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FRENOS DELANTEROS** | |  |  |  |
| **C16** | DISCOS VENTILADOS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FRENOS POSTERIORES** | |  |  |  |
| **C17** | DISCOS VENTILADOS O TAMBORES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C18** | FRENOS DE ESTACIONAMIENTO O DE EMERGENCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CONTROL DE TRACCIÓN** | |  |  |  |
| **C19** | SISTEMA ELECTRÓNICO DE ESTABILIDAD Y/O TRACCIÓN TIPO ESC/ESP O DE ACUERDO AL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE SUSPENSIÓN** | |  |  |  |
| **C20** | LA DISTRIBUCIÓN DE LOS PESOS SOBRE CADA UNO DE LOS EJES NO DEBERÁ SUPERAR LOS LÍMITES DE CARGA ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SUSPENSIÓN DELANTERA:** | |  |  |  |
| **C21** | SUSPENSIÓN INDEPENDIENTE, TIPO MCPHERSON Y BARRA ESTABILIZADORA O INDEPENDIENTE CON DOBLE HORQUILLA Y BARRA ESTABILIZADORA DELANTERA O EQUIVALENTE INDEPENDIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C22** | AMORTIGUADORES DELANTEROS, DE GAS O HIDRÁULICOS SEGÚN CAPACIDAD DE CARGA DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SUSPENSIÓN POSTERIOR:** | |  |  |  |
| **C23** | EJE RÍGIDO, CON MUELLES O RESORTES POSTERIORES REFORZADOS O DE USO RUDO . | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C24** | AMORTIGUADORES POSTERIORES DE GAS O HIDRÁULICOS SEGÚN CAPACIDAD DE CARGA DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **RUEDAS Y NEUMÁTICOS** | |  |  |  |
| **C25** | AROS DE ACERO DE DIÁMETRO NO MENOR A 16 PULGADAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C26** | TIPO DE NEUMÁTICOS: DELANTEROS Y TRASEROS RADIALES, TIPO TODO TERRENO A/T DE LABRADO MIXTO, DE LAS MEDIDAS E ÍNDICES DE CARGA Y VELOCIDAD RECOMENDADAS POR EL FABRICANTE SEGÚN FICHA TÉCNICA DEL MISMO, CONSIDERANDO EL PESO BRUTO DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **LLANTA DE REPUESTO** | |  |  |  |
| **C27** | NEUMÁTICO CON ARO DE IGUALES CARACTERÍSTICAS A LAS SOLICITADAS, UBICADA EN LA PARTE EXTERIOR DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA CON SEGURO INCORPORADO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA ELÉCTRICO Y SEÑALIZACIÓN** | |  |  |  |
| **BATERÍA** | |  |  |  |
| **C28** | UNA (01) BATERÍA DE 12 VOLTIOS, MÍNIMO DE 65 AMP-HR, QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE CARGA** | |  |  |  |
| **C29** | ALTERNADOR, DE 12V., 120 AMP. MÍNIMO QUE GARANTICE EL ÓPTIMO FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS QUE SERÁN INSTALADOS EN LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **LUCES DELANTERAS** | |  |  |  |
| **C30** | DOS (02) HALÓGENAS O LED O MEJOR TECNOLOGÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **NEBLINEROS FRONTALES** | |  |  |  |
| **C31** | DOS (02) FAROS NEBLINEROS INSTALADOS SOBRE LA CABINA DE CONDUCCIÓN, QUE NO INTERFIERAN CON EL RESTO DE LOS ELEMENTOS LUMINOSOS DE LA AMBULANCIA CONTROLADOS DESDE EL PANEL UBICADO EN LA CABINA DEL CONDUCTOR. POTENCIA MÍNIMA DE 100W HALÓGENO O SUPERIOR DE EQUIVALENTE LUMÍNICO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C32** | AL FRENTE, EN LA MASCARILLA/PARRILLA DEL VEHÍCULO, AL MENOS DOS (2) LUCES LED ROJAS Y DOS (2) BLANCAS O DOS (2) BICOLOR ROJO/BLANCO CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C33** | UNA BARRA DE LUCES DE TECHO TIPO BANDERA DE CUATRO ELEMENTOS, DE LUZ ESTROBOSCÓPICA TIPO LED DE LUZ BLANCA Y ÁMBAR, DIMENSIONES MÍNIMAS DE 100 CM A LO ANCHO Y 13 CM A LO ALTO, CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOMO PARA ALUMBRADO EXTERNO** | |  |  |  |
| **C34** | DOMO PARA ALUMBRADO EXTERNO: TRES (03) LÁMPARAS LED DE POTENCIA MAYOR O IGUAL A 30 WATTS DE LUZ BLANCA PROTEGIDOS CON PLÁSTICO ABS TERMOFORMADO O POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA, PROTECCION AL MENOS GRADO IP66: | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) PARA EL LADO IZQUIERDO SUPERIOR EN LA CARROCERÍA, AL CENTRO DE LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) EN EL LADO DERECHO SUPERIOR SOBRE LA PUERTA CORREDIZA (DEBEN GUARDAR RELACIÓN CON LA UNIDAD) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - UNO (01) EN EL LADO POSTERIOR (FAENERO), AL CENTRO DE LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C35** | OCHO (08) FAROS PERIMETRALES DE TECNOLOGÍA LED de 4”x6" O 5”x7" O 7”x3" O DIMENSIONES EQUIVALENTES, CON MICA DE POLICARBONATO DE ALTA RESISTENCIA A IMPACTOS, PROTECCIÓN AL MENOS GRADO IP66. DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR EN LA PARTE LATERAL DERECHA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR EN LA PARTE LATERAL IZQUIERDA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR ÁMBAR SOBRE EL MARCO DE LAS PUERTAS POSTERIORES, A LOS EXTREMOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| - DOS (02) FAROS DE COLOR BLANCO EN LA PARTESOBRE EL MARCO DE LAS PUERTAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C36** | TODAS LAS LUCES POSTERIORES DEBERÁN IR MONTADAS SOBRE UNA BASE AERODINÁMICA SOBRE EL TECHO. TODAS LAS LUCES POSTERIORES DEBERÁN SER VISIBLES DESDE ATRÁS INCLUSO CON LAS PUERTAS ABIERTAS. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C37** | TODOS LOS ELEMENTOS DE ILUMINACIÓN EXTERNA DEBERÁN ESTAR COMANDADOS DESDE UN PANEL CENTRAL EN CABINA DEL CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C38** | UNA (01) SIRENA ELECTRÓNICA CON PARLANTE Y CON MICRÓFONO , MÍNIMO CON CUATRO (04) SONIDOS OFICIALES: WAIL, YELP, PIERCER Y HI-LO, Y PARLANTE MÍNIMO DE 100W, POTENCIA REAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C39** | ALARMA DE PROXIMIDAD Y CÁMARA DE RETROCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **C40** | TONO AUDIBLE AUTOMÁTICO DE RETROCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DIMENSIONES EXTERIORES Y PESOS ANTES DE TRANSFORMACIÓN** | |  |  |  |
| **LONGITUD** | |  |  |  |
| **C41** | 5,000 MM, MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ALTURA** | |  |  |  |
| **C42** | SEGUN FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ANCHO** | |  |  |  |
| **C43** | SIN ESPEJOS ENTRE 1,700 MM Y 2,100MM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CAPACIDAD DE CARGA:** | |  |  |  |
| **CARGA ÚTIL ANTES DE CONVERSION** | |  |  |  |
| **C44** | 1,050 KG MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PESO BRUTO** | |  |  |  |
| **C45** | PESO TOTAL BRUTO NO DEBE EXCEDER LO ESTABLECIDO POR EL FABRICANTE DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D.** | **COMPONENTES DE CABINA DE CONDUCCIÓN** |  |  |  |
| **DISEÑO** | |  |  |  |
| **D01** | COMPARTIMENTO SEPARADO CON LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICADAS ENTRE SÍ POR UNA VENTANA CORREDIZA QUE PERMITE LA COMUNICACIÓN (AUDITIVA Y VISUAL) ENTRE LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y LA CABINA MÉDICA.  EN CASO QUE EL VEHÍCULO NO CUENTE CON LA CARACTERÍSTICA DESDE FÁBRICA, DEBERÁ REEMPLAZAR EL MEDALLÓN/CRISTAL TRASERO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PRESENTE REQUERIMIENTO, DE DIMENSIONES SIMILARES A AQUELLAS REQUERIDAS EN EL LITERAL E66 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D02** | ASIENTOS: ORIGINAL DE FÁBRICA PARA PILOTO, COPILOTO Y/O ACOMPAÑANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D03** | EQUIPO DE SONIDO: RADIO AM/FM CON PUERTO USB Y PARLANTES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D04** | SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO: TIPO DUAL (FRÍO/CALOR), AUTOMÁTICO O MANUAL, INDEPENDIENTE PARA LA CABINA DEL CONDUCTOR. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMAS DE RADIOCOMUNICACIÓN** | |  |  |  |
| **D05** | UN EQUIPO DE RADIO COMUNICACIÓN MÓVIL PARA VEHÍCULO COMPATIBLE CON SISTEMA TETRA Y/O SISTEMA HF ó VHF ó UHF, SEGÚN EL LUGAR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL CUAL SERA DESTINADO. 10W POTENCIA DE TRANSMISIÓN. MODO REPETIDOR Y GATEWAY SOPORTE/CAPACIDAD GPS Y ANTENA GPS. MICRÓFONO EXTERNO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D06** | EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN PORTÁTIL, COMPATIBLE CON SISTEMA TETRA Y/O SISTEMAS HF Y VHF  POTENCIA TRANSMISIÓN 3W, SOPORTE GPS  BASE/CARGADOR  1 BATERÍA ADICIONAL  CONFIRMAR CAP BATERÍA DE AL MENOS 1600 mAh  DEBERÁ INCLUIR CLIP PARA SUJECIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D07** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMAS DE PROTECCIÓN** | |  |  |  |
| **D08** | AIRBAG, MÍNIMO DOS UNIDADES (02) , UNA PARA PILOTO Y UNA PARA PASAJERO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D09** | CINTURONES DE SEGURIDAD ORIGINALES DE USO AUTOMOTRÍZ MÍNIMO: DOS (02) DE TRES PUNTOS; UNO (01) DE DOS PUNTOS, EN CASO DE CORRESPONDER | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ACCESORIOS** | |  |  |  |
| **D10** | DEBERÁ CONTAR CON MOQUETAS O ALFOMBRILLAS ORIGINALES DEL FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D11** | TOMACORRIENTES 12V TIPO CIGARRERA CON TAPA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D12** | INTERCOMUNICADOR QUE PERMITA LA COMUNICACIÓN POR VOZ ENTRE LA CABINA DE CONDUCCIÓN Y LA CABINA MÉDICA. DEBERÁ PROPORCIONAR COMUNICACIÓN LIBRE DE RUIDOS INTERFERENCIAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TABLERO DE CONTROL** | |  |  |  |
| **D13** | TABLERO DE CONTROL PARA SISTEMAS DE SEÑALIZACIÓN EXTERNAS. DEBERÁ INCLUIR CONTROLES DE ILUMINACIÓN, CLIMATIZACIÓN Y VENTILACIÓN DE LA CABINA MÉDICA. DICHO TABLERO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON EL TABLERO DE CONTROL UBICADO EN LA CABINA MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **VENTANAS Y PUERTAS** | |  |  |  |
| **D14** | VENTANAS/VIDRIOS DE USO AUTOMOTRIZ, CON ELEVALUNAS ELÉCTRICO EN AMBOS LADOS Y BLOQUEO DESDE LADO DE CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **D15** | SEGUROS ELÉCTRICOS CENTRALIZADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ALARMA** | |  |  |  |
| **D16** | ALARMA ELECTRÓNICA ANTIRROBO CON INMOBILIZADOR DE MOTOR, ARMADO, DESARMADO, CIERRE Y APERTURA REMOTA DE SEGUROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E.** | **COMPONENTES DE LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA** |  |  |  |
| **E01** | ORIGINAL INTEGRAL DE FÁBRICA, TIPO CAMIONETA CERRADA O CARROZABLE SOBRE VEHÍCULO DE CARGA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E02** | EN CASO DE SER CARROZABLE DEBE RESPETAR EL PERFIL AERODINÁMICO DEL VEHÍCULO, Y SER APROBADAS LAS MODIFICACIONES POR INSTITUCIÓN CERTIFICADORA REGISTRADA, SEGÚN NORMAS DEL MTC, DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES. EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E03** | CON ESPACIO PARA ALOJAR COMO MÍNIMO A UN (01) PACIENTE EN CAMILLA Y DOS (02) PERSONAS SENTADAS EN EL GABINETE ASIENTO, CON LA SUFICIENTE LIBERTAD PARA REALIZAR MANIOBRAS QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y UNO (1) EN EL ASIENTO PARA EL PERSONAL DE SALUD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E04** | ESTRUCTURA DE PAREDES LATERALES Y TECHO FABRICADO CON MATERIAL DE ALTA RESISTENCIA MECÁNICA , TALES COMO ACERO AL CARBONO O ALUMINIO REFORZADO Y BAJO PESO.  ESTRUCTURA DE PAREDES INTERNAS DE POLÍMERO RESISTENTE O MATERIAL PLÁSTICO REFORZADO TERMOFORMADO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E05** | ENTRE LOS PANELES INTERNOS Y EXTERNOS, SE DEBERÁ INSTALAR AISLAMIENTO ACÚSTICO Y TÉRMICO, RETARDANTE AL FUEGO DE ESPUMAS SINTÉTICAS PROYECTADAS O EN PANELES O TECNOLOGÍA SIMILAR. NO SE ACEPTARÁN FIBRAS MINERALES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DIMENSIONES INTERIORES** | |  |  |  |
| **E06** | LONGITUD MÍNIMA: 2400 MM. MEDIDA DESDE LA PARTICIÓN HASTA EL BORDE INTERIOR DE LAS PUERTAS POSTERIORES, SOBRE EL EJE LONGITUDINAL DEL VEHÍCULO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E07** | ALTURA AL PISO MÍNIMA: 400 MM MÍNIMO DE ALTURA, DESDE EL PISO DE LA CABINA AL SUELO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E08** | ANCHO MINIMO INTERNO: 1650 MM (SE DEBERÁ CONSIDERAR QUE EL ANCHO DEL HABITÁCULO NO INTERFIERA EN EL ÁNGULO DE VISIÓN DE LOS RETROVISORES). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E09** | ALTURA MÍNIMO: 1700 MM (SE DEBERÁ CONSIDERAR QUE LA ALTURA NO AFECTE LA ESTABILIDAD DEL VEHÍCULO EN MOVIMIENTO). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E10** | VOLUMEN MÍNIMO TOTAL: 6.7 M3 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **AIRE ACONDICIONADO** | |  |  |  |
| **E11** | SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO: TIPO DUAL (FRÍO/CALOR), AUTOMÁTICO O MANUAL, INDEPENDIENTE PARA LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E12** | SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DE CAPACIDAD TÉRMICA DE AL MENOS 12,000 BTU. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E13** | SISTEMA DE CALEFACCIÓN ALIMENTADO POR EL SISTEMA DE REFRIGERACIÓN DE MOTOR DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E14** | SISTEMA DE EXTRACCIÓN DE AIRE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **UNIDAD DE FILTRADO DE AIRE** | |  |  |  |
| **E15** | DISPOSITIVO DE FILTRACIÓN DE AIRE CON FILTRO HEPA H14 O SUPERIOR, FIRMEMENTE ADOSADO AL INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E16** | SE DEBERÁN INCLUIR AL MENOS CUATRO (04) FILTROS HEPA H14 O SUPERIOR DE REEMPLAZO COMPATIBLES CON EL DISPOSITIVO. DEBERÁ CONTAR CON MONITOR DE CONDICIÓN DEL FILTRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA DE OXÍGENO MEDICINAL** | |  |  |  |
| **E17** | COMPARTIMIENTO ADAPTADO DE FORMA VERTICAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E18** | PUERTA(S) INDEPENDIENTE(S) PARA ALOJAR DOS (02) BALONES DE OXÍGENO TIPO M122 (3450 LITROS) CON CIRCUITO DE SEGURIDAD Y LLAVE DE PASO, VÁLVULA DE CIERRE TIPO CGA-540 Y REGULADOR DE PRESIÓN DE OXÍGENO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E19** | SISTEMA DE FIJACIÓN ROBUSTO PARA AMBOS BALONES DE OXÍGENO, CON AL MENOS DOS PUNTOS DE FIJACIÓN O SISTEMA SIMILAR QUE GARANTICE EL ANCLAJE SEGURO EN CASO DE COLISIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E20** | SE DEBERÁ TOMAR EN CUENTA EL PESO DE LOS BALONES DE OXÍGENO PARA EL CÁLCULO DE PESOS TOTALES Y CAPACIDAD DE CARGA DE LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E21** | SUMINISTRO DE OXÍGENO PARA LAS TOMAS. AL MENOS DOS (02) TOMAS DE OXÍGENO TIPO DISS, (DEBERÁN INCLUIR AL MENOS DOS (02) FLUJÓMETROS DE 0-15 lpm Y FRASCOS HUMIDIFICADORES). LAS TOMAS DEBERÁN ESTAR UBICADAS SOBRE EL MUEBLE MÉDICO Y DEBERÁN ESTAR SEPARADAS AL MENOS 20 CM UNA DE OTRA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E22** | TODOS LOS CONDUCTOS DE LA INSTALACIÓN DE GASES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE PROTEGIDOS Y ASEGURADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PARED INTERNA Y SUPERFICIE INTERIOR** | |  |  |  |
| **E23** | NO DEBE PRESENTAR ARISTAS SALIENTES, NI CORTANTES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E24** | RECUBIERTO CON MATERIAL IMPERMEABLE, SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E25** | LISO SIN POROSIDADES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E26** | LAVABLE, ANTIBACTERIAL Y ANTIFUNGAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E27** | RETARDANTES DEL FUEGO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E28** | QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO HABITUAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E29** | UNIFORME Y CONTINUA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E30** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TECHO** | |  |  |  |
| **E31** | RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E32** | TENDRÁ INSTALADO UN PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E33** | AL MENOS DOS (02) DISPOSITIVOS PORTA SUERO, CON DESLIZAMIENTO PARALELO A LA CAMILLA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E34** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PISO** | |  |  |  |
| **E35** | MATERIAL SINTÉTICO PLANO, SIN ABULTAMIENTOS, RETARDANTE AL FUEGO, TOTALMENTE LAVABLE Y RESISTENTE A DESINFECTANTES DE USO COMÚN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E36** | SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E37** | RESISTENTE AL DESGASTE, DE ALTO TRÁNSITO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E38** | CON RECUBRIMIENTO FINAL DE UNA SOLA PIEZA Y SIN COSTURAS, HERMÉTICO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E39** | ESPESOR MÍNIMO DE 1.6MM | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E40** | PROTECCIÓN DE LA ZONA DE ACCESO DE LA CAMILLA CON UNA PLACA DE ALUMINIO O ACERO INOXIDABLE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E41** | COLOR EN TONO AZUL CLARO ACABADO MATE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PUERTAS POSTERIORES** | |  |  |  |
| **E42** | LAS PUERTAS POSTERIORES CON SELLO HERMÉTICO, DE DOBLE HOJA VERTICAL Y VENTANA(S) FIJAS CON VIDRIO TEMPLADO Y  PAVONADO QUE GARANTICE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E43** | PASAMANOS DE SEGURIDAD EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO, INSTALADO SOBRE EL MARCO DE LA PUERTA POSTERIOR, SOBRE EL LADO DERECHO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E44** | PELDAÑOS O ESTRIBO DE ALUMINIO DE AL MENOS 4MM DE GROSOR ESTRIADO CON ACABADO ANTIDESLIZANTE PARA ACCESO PEATONAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E45** | CERRADURA CON SISTEMA DE APERTURA INTERNA Y EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PUERTA LATERAL DERECHA** | |  |  |  |
| **E46** | CON SELLO HERMÉTICO, CORREDIZA O DE UNA HOJA BATIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E47** | VENTANA FIJA CON VIDRIO TEMPLADO Y PAVONADO, TIPO AUTOMOTRIZ QUE GARANTICE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E48** | PELDAÑOS O ESTRIBO DE ALUMINIO DE AL MENOS 4MM DE GROSOR ESTRIADO CON ACABADO ANTIDESLIZANTE PARA ACCESO PEATONAL, FUNCIÓN ABATIBLE OPCIONAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E49** | CERRADURA CON SISTEMA DE APERTURA INTERNA Y EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PROTECCIÓN ANTIVUELCO** | |  |  |  |
| **E50** | ÁNGULO DE INCLINACIÓN: DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE DEMUESTRE LA ESTABILIDAD DE LA AMBULANCIA EN AL MENOS UN ÁNGULO DE INCLINACIÓN LATERAL DE **28°**. NORMA REFERENCIAL: NHS - B0356 - REFERENTE A LAS ESPECIFICACIONES DE AMBULANCIAS DE DOBLE TRIPULACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E51** | LA ESTRUCTURA DE LA CABINA MÉDICA DEBERÁ RESISTIR AL MENOS 2.5 VECES EL PESO BRUTO DEL VEHÍCULO, PARA GARANTIZAR LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS OCUPANTES EN CASO DE VUELCO. SE DEBERÁ PRESENTAR UNA MEMORIA DESCRIPTIVA DE CÁLCULOS DE RESISTENCIA, EMITIDO POR EL FABRICANTE DE LA ESTRUCTURA DE LA CABINA MÉDICA. NORMA REFERENCIAL AMD 001 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **FIJACIÓN DE CAMILLA** | |  |  |  |
| **E52** | EL SISTEMA DE FIJACIÓN DEBERÁ SER ORIGINAL DEL MISMO FABRICANTE DE LA CAMILLA A ENTREGAR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E53** | CAMILLA INSTALADA SOBRE EL PISO DEL VEHÍCULO EN EL ESPACIO LIBRE AL LADO DEL MUEBLE DE GAVETAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E54** | SISTEMA DE FIJACIÓN DE AL MENOS DOS PUNTOS, ANCLADO DIRECTAMENTE AL PISO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E55** | CAPACIDAD DE RETENCIÓN DE 10G EN CASO DE COLISIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E56** | DESPLAZAMIENTO DEBERÁ SER LINEAL Y DIRECTO SIN OBSTÁCULOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E57** | ESPACIO LIBRE ENTRE LA CAMILLA Y LA BUTACA NO MENOR A 0.30 M (GABINETE/ASIENTO) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ILUMINACIÓN INTERIOR** | |  |  |  |
| **E58** | INDEPENDIENTE DEL SISTEMA ELÉCTRICO GENERAL PARA QUE FUNCIONE INCLUSO CUANDO EL VEHÍCULO ESTÁ APAGADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SOBRE EL ÁREA DE LA CAMILLA** | |  |  |  |
| **E59** | MÍNIMO CUATRO (04) LÁMPARAS LED LUZ BLANCA O ALTERNATIVA EQUIVALENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E60** | INTENSIDAD FIJA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E61** | INTERRUPTOR INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE A LA ILUMINACIÓN GENERAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E62** | PROMEDIO SUPERIOR DE ILUMINACIÓN 500 LUX DE MODO QUE NO ALTERE LOS COLORES NATURALES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ILUMINACIÓN GENERAL** | |  |  |  |
| **E63** | TIPO LED, DE LUZ BLANCA, REGULABLE, QUE GARANTICE LA ILUMINACIÓN DE TODO EL HABITÁCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E64** | CON SISTEMA DE ENCENDIDO Y APAGADO AUTOMÁTICO, AL MOMENTO DE ABRIR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS DE LA CABINA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E65** | LUZ DE DESCANSO O PENUMBRA EN TONO AZUL, CON INTERRUPTOR INDEPENDIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **VENTANA DE COMUNICACIÓN** | |  |  |  |
| **E66** | VENTANA ENTRE CABINA DE PILOTO Y CABINA DE ATENCIÓN, DE VIDRIO TEMPLADO DE APERTURA CORREDIZA DE 600 MM +/-10% DE ANCHO POR 300 MM +/-10% DE ALTO CON SISTEMA DE APERTURA Y CIERRE DE FÁCIL MANIPULACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **RUIDO INTERNO** | |  |  |  |
| **E67** | HASTA UN MÁXIMO DE 80 DECIBELES EN CABINA DE ATENCIÓN EN TODO MOMENTO (R.M. N° 830-2012/MINSA) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SISTEMA ELÉCTRICO** | |  |  |  |
| **E68** | TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL VEHÍCULO BASE CON BATERÍA DE 12 V, MÍNIMO 120 AMP-HR, CICLO PROFUNDO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E69** | INTERRUPTOR MAESTRO, DE 125% DE CAPACIDAD TOTAL DEL SISTEMA, UBICADO EN UN PUNTO ACCESIBLE AL CONDUCTOR DENTRO DE LA CABINA DE CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TABLERO CONTROL DE MANDO** | |  |  |  |
| **E70** | TABLERO DE CONTROL PARA SISTEMAS DE ILUMINACIÓN,CLIMATIZACIÓN Y VENTILACIÓN DE LA CABINA MÉDICA. DICHO TABLERO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON EL TABLERO DE CONTROL DE LA CABINA DEL CONDUCTOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E71** | EL TABLERO DE MANDO DEBERÁ ESTAR UBICADO EN UN LUGAR ACCESIBLE AL PERSONAL DE SALUD, DEBERÁ ESTAR IMPRESO EN TINTA FOTOLUMINISCENTE, ILUMINADO O IMPLEMENTADO COMO PANTALLA TÁCTIL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E72** | TABLERO DE FUSIBLES/DISYUNTORES DE FÁCIL ACCESO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E73** | CADA CIRCUITO DEBE SER INDEPENDIENTE Y TENER SU PROPIA PROTECCIÓN Y CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E74** | CABLE DE ALIMENTACIÓN DE 12VDC LIBRE DE HALÓGENOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E75** | CANALIZADO Y PROTEGIDO CON AISLAMIENTO ELÉCTRICO QUE EVITE LA FILTRACIÓN DE AGUA Y RESISTENTE A LA IGNICIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CONVERTIDOR DE 12VDC/220VAC** | |  |  |  |
| **E76** | POTENCIA 2000 WATTS MÍNIMO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **TOMACORRIENTES** | |  |  |  |
| **E77** | TOMACORRIENTES TIPO CIGARRERA DE 12VDC (02 UNIDADES) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E78** | TOMACORRIENTES DOBLES TIPO USB 5VCD (02 UNIDADES) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E79** | MÍNIMO CUATRO (04) TOMACORRIENTES DOBLES DE 220 VAC TIPO MIXTO AMERICANO/EUROPEO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **CARGA EXTERNA** | |  |  |  |
| **E80** | TOMA ELÉCTRICA EXTERNA MONOFÁSICA 16 AMP 250V, INDUSTRIAL CON TAPA ABATIBLE O ENROSCABLE, CON GRADO DE PROTECCIÓN IP44. LA TOMA ELÉCTRICA DEBERÁ IR MONTADA EN LA PARTE LATERAL DE LA AMBULANCIA A UNA ALTURA DE 1.8M SOBRE EL SUELO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E81** | CABLE CONCÉNTRICO VULCANIZADO DE AL MENOS 30 METROS CON ENCHUFE COMPATIBLE CON LA TOMA EXTERNA DE LA AMBULANCIA Y CON SISTEMA PARA ENROLLARLO O RECOGERLO, CON ADAPTADOR AMERICANO/EUROPEO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **SEGURIDAD ELÉCTRICA** | |  |  |  |
| **E82** | EL SISTEMA DE CARGA EXTERNA NO DEBE PERMITIR ARRANCAR EL MOTOR MIENTRAS LA AMBULANCIA ESTÉ CONECTADA A UNA FUENTE DE ALIMENTACIÓN EXTERNA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E83** | LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA Y SUS COMPONENTES NO DEBE COMPARTIR ESPACIOS CON LA INSTALACIÓN DE GASES NI ATRAVESAR SUS CONDUCTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **MOBILIARIO INCORPORADO A LA CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA** | |  |  |  |
| **E84** | UN (01) GABINETE EMPOTRADO, ESTRUCTURA FABRICADA EN ALUMINIO, RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, TERMOFORMADO, RECUBRIMIENTO SINTÉTICO, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E85** | ANCLADO FIRMEMENTE AL INTERIOR DEL VEHÍCULO, RESISTENTE A VIBRACIONES, COLOCADO A TODO EL LARGO INTERIOR DE LA CABINA MÉDICA SOBRE EL LADO IZQUIERDO DE LA UNIDAD, DE PISO A TECHO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E86** | LISO Y SIN POROSIDADES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E87** | LAVABLE, QUE NO SEA AFECTADO POR LOS DESINFECTANTES DE USO COMÚN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E88** | COLOR CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E89** | PROFUNDIDAD DEL MUEBLE NO MAYOR 0.30 M., PARA GUARDAR EQUIPOS BIOMÉDICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS LIVIANOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E90** | LAS GAVETAS DEBERÁN CONTAR CON PUERTAS DESLIZANTES O CORREDIZAS, TRANSPARENTES, RESISTENTES A GOLPES, CON MECANISMO DE CIERRE QUE GARANTICE LA CONTENCIÓN DE LOS INSUMOS DURANTE EL MOVIMIENTO DE LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E91** | EL NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS GAVETAS SERÁ SEGÚN EL DISEÑO DE CADA FABRICANTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E92** | DEBERÁ CONTAR CON UNA SOBREMESA O ÁREA DE TRABAJO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E93** | DEBERÁ CONTAR CON UN COMPARTIMIENTO PARA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS CON PUERTA Y CERRADURA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E94** | DEBERÁ CONTAR CON CAJONERA DE CAJONES BASCULANTES O DESLIZABLES PARA INSUMOS PEQUEÑOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E95** | DEBERÁ CONTAR CON AMPULARIO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E96** | COMPARTIMIENTO PARA UBICAR LA TABLA RÍGIDA SEGÚN DISEÑO DE CADA FABRICANTE O SUJETADOR PARA CAMILLA CON PESTILLO DE LIBERACIÓN RÁPIDA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E97** | SOPORTE DE ACERO INOXIDABLE, INSTALADO EN LA BASE DE LA ESTANTERÍA PARA LA BOMBA DE INFUSIÓN DE 1" DE DIÁMETRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E98** | ESPACIO PARA RESIDUOS DIVIDIDO EN DOS (2):  - UNO (1) PARA RESIDUOS PELIGROSOS - BIOCONTAMINADOS-INFECCIOSOS, CON RECIPIENTE DE AL MENOS 3 LITROS, CONSTRUIDO EN HDPE O ACERO INOXIDABLE;  - UNO (1) PARA DESECHOS PELIGROSOS - CORTOPUNZANTES, CON RECIPIENTE PARA PUNZOCORTANTES DE AL MENOS 3 LITROS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E99** | DEBERÁ ENTREGAR AL MENOS CUATRO (4) CONTENEDORES PARA RESIDUOS PUNZOCORTANTES DE AL MENOS 3 LITROS CADA UNO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GABINETE-ASIENTO** | |  |  |  |
| **E100** | ESTRUCTURA FABRICADA EN ALUMINIO O  MATERIAL MÁS RESISTENTE E INOXIDABLE DE LARGA DURACIÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E101** | RECUBIERTO DE MATERIAL IMPERMEABLE, DE ALTO IMPACTO, TALES COMO PVC/HPS/ABS O POLÍMEROS TERMOFORMADO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E102** | ANCHO MÍNIMO DE 0.35 M Y MÁXIMO QUE NO INTERFIERA CON EL ESPACIO LIBRE MÍNIMO REQUERIDO PARA LA CAMILLA DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E103** | LIVIANO, LONGITUDINAL, TIPO CAJÓN, UBICADO AL LADO OPUESTO DE LA CAMILLA, (LADO DERECHO) CON COLCHONETA CON CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR UN PACIENTE ACOSTADO O DOS SENTADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E104** | DEBERÁ CONTAR CON DOS (02) CINTURONES DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E105** | DEBERÁ CONTAR CON BROCHES PARA ASEGURAR A UN PACIENTE EN TABLA ESPINAL ACOSTADO A LO LARGO DE LA BANCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E106** | ACOLCHADO Y TAPIZADO EN MATERIAL IMPERMEABLE DE FÁCIL LAVADO Y DESINFECCIÓN, EN COLOR AZUL CLARO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E107** | CADA PLAZA DEBERÁ CONTAR CON APOYACABEZAS Y RESPALDOS INDIVIDUALES TAPIZADOS EN EL MISMO MATERIAL QUE LOS ASIENTOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E108** | ASIENTO DE TAPA REBATIBLE DE APERTURA HACIA LOS RESPALDARES DEL ASIENTO Y CAPACIDAD DE ALOJAMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPOS VARIOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E109** | BORDES EXTERIORES ROMOS O REDONDEADOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **E110** | PASAMANOS VERTICAL DE SEGURIDAD ACOLCHADO, ANCLADO FIRMEMENTE AL PISO Y TECHO DE LA CABINA. FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE AISI 304 DE 1” Ø Y 2 MM DE ESPESOR COMO MÍNIMO, INSTALADO SOBRE EL EXTREMO DELANTERO (LADO DE PUERTA LATERAL) DEL ASIENTO BUTACA, DE TAL MANERA QUE PROVEA PUNTOS DE AGARRE PARA EL PERSONAL SENTADO SOBRE LA BANCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ASIENTO PARA PERSONAL DE SALUD** | |  |  |  |
| **E111** | UN (01) ASIENTO ABATIBLE, FIJO Y/O GIRATORIO CON BLOQUEO, TIPO AUTOMOTRIZ CON CABEZAL~~,~~ CON TAPIZADO IMPERMEABLE, LAVABLE Y ERGONÓMICO, CON UN (01) CINTURÓN DE SEGURIDAD DE TRES (03) PUNTOS, DEBERÁ ESTAR UBICADO A LA CABECERA DEL PACIENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F.** | **HERRAMIENTAS BÁSICAS** |  |  |  |
| **F01** | DOS (02) JUEGOS DE TRIÁNGULOS DE PELIGRO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F02** | DOS (2) EXTINTORES: UNO (1) DE CO2 DE 4 KG INSTALADO EN LA CABINA MÉDICA; Y UNO (1) DE PQS DE 2 KG INSTALADO EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN. AMBOS DEBERÁN CONTAR CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F03** | UNA (01) GATA HIDRÁULICA SEGÚN CAPACIDAD DE LA UNIDAD MÓVIL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F04** | UNA (01) FAJA DE REMOLQUE REFORZADA TIPO ESLINGA CON DISTANCIA NO MENOR DE 3 METROS DE LONGITUD, Y CAPACIDAD DE CARGA DE AL MENOS 3 VECES EL PESO DEL VEHÍCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F05** | UN (01) JUEGO CABLE DE EMERGENCIA DE BATERÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F06** | UN (01) FARO DE LUZ PORTÁTIL LED CON ALIMENTACIÓN 12V TIPO CIGARRERA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F07** | UNA (01) LLAVE DE RUEDAS DE PALANCA EN L CON EXTENSIÓN Y DADO SEGÚN MEDIDA DE TUERCA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F08** | UN (01) JUEGO DE DESARMADORES (ESTUCHE) MIN 4 PIEZAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F09** | UN (01) JUEGO DE LLAVES MIXTAS, DE AL MENOS 10 PIEZAS, MEDIDAS PULGADAS O MILIMÉTRICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F10** | UNA (01) LLAVE FRANCESA DE: 10" | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F11** | UN (01) ALICATE UNIVERSAL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F12** | UN (01) MEDIDOR DE PRESIÓN DE NEUMÁTICOS , DE RANGO SUFICIENTE SEGÚN LA PRESIÓN RECOMENDADA DE INFLADO DE LOS NEUMÁTICOS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F13** | DOS (02) TACOS DE SEGURIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F14** | UNA (01) LINTERNA DE MANO RECARGABLE TIPO LED, CON CONO DE SEÑALIZACIÓN AMARILLO, NARANJA O ROJO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F15** | DOS (02) MARTILLOS DE FRAGMENTACIÓN, CON NAVAJA PARA CORTE DE CINTURÓN DE SEGURIDAD, INSTALADOS UNO EN LA CABINA DE CONDUCCIÓN, Y UNO INSTALADO EN LA CABINA MÉDICA AL ALCANCE DEL ASIENTO DEL PERSONAL DE SALUD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F16** | UNA (01) CAJA O MALETA PARA HERRAMIENTAS PARA ALMACENAMIENTO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F17** | DOS (2) CONOS DE SEGURIDAD,PLEGABLES, DE COLOR NARANJA, MÍNIMO DE 0,50 M DE ALTURA, CON BANDA REFLECTANTE (ANCHA) DE COLOR BLANCO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **F18** | EXTENSIÓN ELÉCTRICA AL MENOS 10 METROS, POLARIZADA CON TIERRA FÍSICA CON CAPACIDAD DE AL MENOS 10 AMP. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G.** | **PLANOS, DIAGRAMAS Y DOCUMENTACIÓN DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |  |  |  |
| **G01** | PLANOS ESTRUCTURALES DEL DISEÑO DE LA AMBULANCIA, CON GUÍA MECÁNICA Y DESCRIPCIÓN DE LA CONVERSIÓN EN ORIGINAL, DICHOS PLANOS SERVIRÁN COMO EVIDENCIA DOCUMENTAL TÉCNICA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G02** | PLANOS DEL SISTEMA DE OXIGENO (GASES MEDICINALES) EN HABITÁCULO, INCLUYENDO VISUALIZACIÓN DE LAS TOMAS DE OXÍGENO.  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS, CONEXIONES Y MANTENIMIENTOS DEL SISTEMA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G03** | PLANOS ELÉCTRICOS DE LA CABINA MÉDICA Y CABINA DE CONDUCCIÓN CORRESPONDIENTES A LOS TRABAJOS DE CONVERSIÓN. DEBERÁ INCLUIRSE UN RESUMEN Y MEMORIA DE CÁLCULO DE LAS CARGAS ELÉCTRICAS, LOS CONSUMOS, CODIFICACIÓN DE COLORES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y LOS CALIBRES DEL CABLEADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G04** | PLANOS DE LA DISTRIBUCIÓN Y ANCLAJE DE LOS EQUIPOS INSTALADOS.  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS, CONEXIONES Y MANTENIMIENTOS DEL SISTEMA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G05** | PLANOS DEL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN  PARA TENER EL CONOCIMIENTO DE LAS CONEXIONES Y ELEMENTOS DEL SISTEMA PARA SU MANTENIMIENTO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **G06** | DEMO VIRTUAL DE LA AMBULANCIA EN 3D  PARA IDENTIFICAR LOS DETALLES DEL HABITÁCULO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H.** | **GARANTIA DEL BIEN** |  |  |  |
| **H01** | DECLARACIÓN DEL LICITANTE QUE ACEPTA LAS CONDICIONES DE LA GARANTÍA TÉCNICA Y COMERCIAL ESTABLECIDAS EN LAS BASES Y QUE SE COMPROMETE A ENTREGAR JUNTO CON LOS BIENES LOS CERTIFICADOS DE GARANTÍA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GARANTIA TECNICA DEL FABRICANTE** | |  |  |  |
| **H02** | EL VEHÍCULO, LA CABINA MEDICA, LA CAMILLA, BALON DE OXIGENO Y LOS EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN CONTARÁN, CADA UNO, CON UNA GARANTÍA CONTRA DEFECTOS DE DISEÑO O FABRICACIÓN NO DETECTADOS AL MOMENTO DE OTORGAR LA CONFORMIDAD DE LA ENTREGA SIENDO RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL FABRICANTE ASUMIR DEFECTOS EN SU TOTALIDAD.  SE PRECISA QUE LA GARANTÍA DEL VEHICULO Y CABINA MEDICA (Y TODOS SUS ELEMENTOS) DEBERAN SER DE TRES (03) AÑOS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA CONFORMIDAD OTORGADA POR LA ENTIDAD.  LA GARANTÍA DE LA CAMILLA, BALON DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN DEBERÁ SER DE 1 AÑO,A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA CONFORMIDAD OTORGADA POR LA ENTIDAD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **GARANTÍA COMERCIAL** | |  |  |  |
| **H03** | CONTRA DEFECTOS DE DISEÑO Y/O FABRICACIÓN, AVERÍAS O FALLOS DE FUNCIONAMIENTO ORIGINADOS POR EL USO NORMAL O HABITUAL DE LOS BIENES (AMBULANCIAS INCLUIDO: CAMILLA/ BALONES DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN), NO DETECTADOS AL MOMENTO QUE SE OTORGÓ LA CONFORMIDAD. LA GARANTÍA INCLUYE LA MANO DE OBRA QUE ORIGINEN LOS CAMBIOS DEL REPUESTO DEFECTUOSO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H04** | ES NECESARIO QUE EL CONTRATISTA OFREZCA UNA GARANTÍA COMERCIAL INTEGRAL QUE ABARQUE TODAS LAS AMBULANCIAS Y SUS COMPONENTES ADQUIRIDOS.  SE ESTABLECE DE MANERA ESPECÍFICA QUE LA DURACIÓN MÍNIMA DE LA GARANTÍA COMERCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, SERÁ DE TRES (03) AÑOS PARA LAS AMBULANCIAS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO Y DOS (02) AÑOS PARA LA CAMILLA, BALONES DE OXIGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN, CONTABILIZADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DE LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **PROCEDIMIENTO DE LA GARANTÍA DE AMBULANCIAS Y EQUIPOS** | |  |  |  |
| **H05** | LA ENTIDAD COMUNICARÁ AL CONTRATISTA CUALQUIER RECLAMO CON CARGO A LA GARANTÍA TÉCNICA DEL FABRICANTE O GARANTÍA COMERCIAL, YA SEA POR CORREO ELECTRÓNICO O POR ESCRITO. AL RECIBIR LA NOTIFICACIÓN, EL CONTRATISTA LLEVARÁ A CABO UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA, TENIENDO UN PLAZO PARA EMITIR OPINIÓN TÉCNICA EN UN PLAZO NO MAYOR A TRES (03) DÍAS HÁBILES DESDE REPORTADO EL EVENTO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **H06** | EL PROCESO DE REEMPLAZO E INSTALACIÓN DE REPUESTOS SE EJECUTARÁ EN UN PLAZO DE SIETE (07) DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE EMITIDA LA OPINIÓN TÉCNICA DEL CONTRATISTA. EN CASO DE IMPORTACIÓN, SE OTORGARÁ UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS. ES RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA EXTENDER EL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA CUANTAS VECES SEA NECESARIO DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I.** | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |
| **I01** | EL CONTRATISTA LLEVARÁ A CABO UNA PRIMERA CAPACITACIÓN PRESENCIAL Y DOS CAPACITACIONES POSTERIORES VIRTUALES, DESTINADA A UN MÍNIMO DE CIENTO SESENTA (160) PROFESIONALES, INCLUYENDO MÉDICOS, ENFERMEROS Y PILOTOS (2 PERSONAS POR AMBULANCIA) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I02** | LA PRIMERA CAPACITACIÓN SE IMPARTIRÁ EN MODALIDAD PRESENCIAL EN LIMA METROPOLITANA  - EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR CON PROYECTOR, EQUIPO INFORMÁTICO, MATERIAL DIDÁCTICO (BROCHURE) Y EQUIPOS PARA LA CAPACITACIÓN.  - LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA (AUDITORIOS), SE GESTIONARÁ ENTRE UNOPS y MINSA, CERCA AL LUGAR DE ENTREGA DE AMBULANCIAS.  - DURACIÓN MÍNIMA: 6 HORAS ACADEMICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I03** | LA PRIMERA CAPACITACIÓN SE IMPARTIRÁ EN MODALIDAD PRESENCIAL EN LIMA METROPOLITANA. SE DEBERÁ LLEVAR A CABO PREVIA A LA RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LAS AMBULANCIAS POR PARTE DEL COMITÉ DE RECEPCIÓN EL CUMPLIMIENTO DE LA CAPACITACIÓN ES REQUISITO PARA OBTENER LA CONFORMIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I04** | EL CONTENIDO MÍNIMO DE LAS CAPACITACIONES DEBERÁ INCLUIR: CAPACITACIÓN DE MANEJO, OPERACIÓN FUNCIONAL, CUIDADO Y CONSERVACIÓN BÁSICA DE LAS AMBULANCIAS Y LA CAMILLA DIRIGIDA AL PERSONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: PILOTOS, ENFERMEROS Y MÉDICOS QUIENES USAN LOS BIENES. EL ÁREA USUARIA EN CONJUNTO CON EL CONTRATISTA COORDINARÁ LOS DETALLES LOGÍSTICOS DEL LUGAR, HORARIO Y MEDIOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I05** | EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE CINCO (05) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE EFECTUADA LA CAPACITACIÓN, UN CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN, A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HAYAN RECIBIDO LA CAPACITACIÓN RESPECTIVA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **I06** | LA SEGUNDA Y TERCERA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁN DE MANERA VIRTUAL. SE USARÁ COMO BASE DE LAS CAPACITACIONES VIRTUALES, VIDEOS INSTRUCTIVOS Y EL VIDEO EDITADO DE LA PRIMERA CAPACITACIÓN. EL MINSA COORDINARÁ CON EL CONTRATISTA LA FECHA PARA LLEVAR A CABO ESTAS CAPACITACIONES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **J.** | **SEGUROS, PLACAS Y TARJETAS DE PROPIEDAD** |  |  |  |
| **J01** | EL LICITANTE ADJUDICADO REALIZARÁ EL TRÁMITE DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), VIGENCIA POR 1 AÑO.  ASIMISMO DEBERÁ REALIZAR LOS TRÁMITES DE LA INSCRIPCIÓN DE LOS REGISTROS PÚBLICOS Y PARALELO A ELLO LAS RESPECTIVAS PLACAS DE RODAJE Y TARJETA DE PROPIEDAD A NOMBRE DEL MINISTERIO DE SALUD PREVIA COORDINACIÓN CON EL ALMACÉN CENTRAL. DICHOS GASTOS Y TRÁMITES DEBERÁN ESTAR INCLUIDOS EN LA OFERTA ECONÓMICA DEL LICITANTE.  EL SEGURO, PLACAS Y TARJETA DE PROPIEDAD SERÁN ENTREGADOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, PREVIA CANCELACIÓN AL 100% DE LA FACTURA DE LAS AMBULANCIAS PARA LO CUAL PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN JURADA DONDE INDIQUE QUE DICHOS TRÁMITES SERÁN SIN COSTO ALGUNO A LA ENTIDAD (DEBERÁ PRESENTARSE PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO).  CUALQUIER DEMORA QUE NO SEA IMPUTABLE O ATRIBUIBLE AL CONTRATISTA SERÁ TOMADA EN CONSIDERACIÓN A LO INDICADO EN LOS PLAZOS DE ENTREGA DE PLACAS Y TARJETA DE PROPIEDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **K.** | **LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA** |  |  |  |
| **K01** | - **LUGAR**: LIMA METROPOLITANA  - **PLAZO DE ENTREGA:**  PRESENTAR UN PLAN DE ENTREGA CONSIDERANDO LO SIGUIENTE:  - DESEABLE, PRIMERA ENTREGA DENTRO DE LOS 180 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO.  - SEGUNDA ENTREGA OBLIGATORIA DE AL MENOS EL 50% DEL SALDO RESTANTE DE LAS CANTIDADES DEL LOTE OFERTADO, DENTRO DE LOS 210 Y 270 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO. SE PERMITIRÁN ENTREGAS CON PLAZOS MENORES.  - TERCERA ENTREGA DEL SALDO RESTANTE DE AMBULANCIAS, DENTRO DE LOS 300 DÍAS CALENDARIOS, CONTADOS DESDE LA FIRMA DEL CONTRATO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L.** | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO** |  |  |  |
| **L01** | EL CONTRATISTA PRESENTARÁ UN PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO BASADO EN LAS ACTIVIDADES MÍNIMAS POR KILÓMETROS ESTABLECIDO EN "**ANEXO 2 - ACTIVIDADES MÍNIMAS MANTENIMIENTO PREVENTIVO",** DETALLANDO LA FRECUENCIA Y LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS A ABORDAR EN CADA INTERVENCIÓN, POR UN PERIODO DE TRES (03) AÑOS O 180,000 KM, LO QUE OCURRA PRIMERO.  ADICIONALMENTE, EL CONTRATISTA DEBERÁ INCLUIR LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO SIGUIENDO LAS INDICACIONES ESPECÍFICAS DEL FABRICANTE, QUIEN PROPORCIONARÁ MANUALES DETALLADOS PARA CADA MARCA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L02** | LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LAS AMBULANCIAS SE LLEVARÁN A CABO EN CONCESIONARIOS Y/O TALLERES AUTORIZADOS DE LA MARCA. ESTOS CONCESIONARIO O TALLERES DEBERÁN PROPORCIONAR EL MANUAL DE SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL MOMENTO DEL INTERNAMIENTO DE LOS BIENES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L03** | EL CUAL DEBERÁ DESARROLLARSE COMO MÍNIMO EN 5 PUNTOS ESTRATÉGICOS A NIVEL NACIONAL: NORTE, SUR, CENTRO, NORORIENTE Y SUR ORIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L04** | LAS PARTES Y PIEZAS ORIGINALES, LOS CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS Y MANO DE OBRA SERÁN ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD. SE ESTABLECERÁ LA OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA DE MANTENER REGISTROS DETALLADOS DE CADA MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INFORMANDO AL ÁREA USUARIA AL RESPECTO, ASÍ MISMO DEBERÁ PROPORCIONAR INFORMES SOBRE DICHOS MANTENIMIENTOS AL FINALIZAR CADA EJECUCIÓN EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 DÍAS HÁBILES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L05** | EL CONTRATISTA DEMOSTRARÁ EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO CON INSTRUMENTOS QUE CUENTEN CON CERTIFICACIÓN DE CALIBRACIÓN VIGENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L06** | SI EL SERVICIO NO SE AJUSTA AL REQUERIMIENTO AUTORIZADO EL CONTRATISTA SUBSANARÁ LA ACTIVIDAD DE MANTENIMIENTO DENTRO DEL PLAZO QUE DISPONGA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O UNIDAD EJECUTORA O DIRESA/GERESA CORRESPONDIENTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L07** | EL CONTRATISTA, DEBE ATENDER EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO REQUERIDO DENTRO DE 3 DÍAS HÁBILES DE HABERSE SOLICITADO EL SERVICIO Y, LA DURACIÓN DEL MANTENIMIENTO SE EJECUTARÁ EN UN MÁXIMO DE 24 HORAS, CONTADOS DESDE EL INGRESO DEL VEHÍCULO AL TALLER DESIGNADO POR EL CONTRATISTA, SALVO HALLAZGOS QUE REQUIERAN ATENCIÓN ESPECIAL O DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **L08** | LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL VEHÍCULO DEBERÁN SER PROGRAMADOS Y REGISTRADOS EN LA ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO - OTM, SIENDO ESTE EL DOCUMENTO DE SUSTENTACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, EL CUAL DEBE CONTAR CON LAS SIGUIENTES FIRMAS DE CONFORMIDAD:  - EL RESPONSABLE DE LA AMBULANCIA O QUIEN DESIGNE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.  - EL RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA O TALLER. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **M.** | **MANTENIMIENTO PREVENTIVO O CORRECTIVO DE LA CAMILLA** |  |  |  |
| **M01** | - EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR LA RUTINA DE MANTENIMIENTO DE LA CAMILLAS, EL CUAL DEBERÁ SER APROBADO POR LA ENTIDAD.  - EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR EL MANTENIMIENTO DE LAS CAMILLAS INCLUIDAS EN LAS AMBULANCIAS, CONSIDERANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:  - LOS MANTENIMIENTOS DEBERÁN REALIZARSE EN EL LUGAR DE DESTINO DONDE SE ENCUENTREN LAS AMBULANCIAS O DONDE SE COORDINE CON EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. EN CASO DE QUE, DEBIDO A LA NATURALEZA DEL MANTENIMIENTO, ÉSTE DEBA SER LLEVADO A CABO EN LAS INSTALACIONES DEL REPRESENTANTE DE SERVICIO TÉCNICO LOCAL, TODOS LOS GASTOS ESTARÁN A CARGO DEL CONTRATISTA.  - EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBERÁ INCLUIR MÍNIMO 2 (DOS) VISITAS ANUALES Y EL CAMBIO DE LOS REPUESTOS (CUANDO APLIQUE), REPARACIONES Y VERIFICACIONES, COMO LOS PREVISTOS EN EL MANUAL DE LAS CAMILLAS.  - EL SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBE SER REALIZADO POR UNA EMPRESA RADICADA EN PERÚ.  - LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEBERÁN SER COORDINADOS POR QUIEN EL BENEFICIARIO DESIGNE.  - CONSIDERANDO QUE LAS CAMILLAS SE ENCUENTRAN A BORDO DE AMBULANCIAS Y QUE SE REQUIERE MANTENER EL SERVICIO ACTIVO LAS 24 HORAS, ES NECESARIO QUE LA EMPRESA QUE BRINDA MANTENIMIENTO TENGA AL MENOS 5 CAMILLAS DE REEMPLAZO (A CARGO DEL CONTRATISTA) QUE PUEDAN SER ENTREGADAS EN PRÉSTAMO MIENTRAS SE REALIZAN LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS O CORRECTIVOS, A FIN DE ASEGURAR LA OPERATIVIDAD DE LAS AMBULANCIAS.  - EN LA PLANIFICACIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE LAS AMBULANCIAS PODRÍAN ESTAR OCUPADAS POR LAS LLAMADAS DE EMERGENCIAS.  - EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y UN CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN SEGÚN LA UBICACIÓN Y FECHAS DE ENTREGAS DE LAS AMBULANCIAS, EL CUAL DEBERÁ SER APROBADO POR LA ENTIDAD.  - EN EL PLAZO MÁXIMO DE 60 DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA DEBERÁ PRESENTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LAS CAMILLAS.  - LAS PARTES, PIEZAS Y/O ACCESORIOS ORIGINALES, LOS CONSUMIBLES, HERRAMIENTAS Y MANO DE OBRA SERÁN ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N.** | **CONSIDERACIONES ADICIONALES**  **(DOCUMENTOS A PRESENTAR DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL)** |  |  |  |
| **N01** | CERTIFICADOS DE PRUEBA DE VUELCO Y PRUEBA DE SUSPENSIÓN DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES. EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N02** | PROTOCOLO DE PRUEBAS DE LAS AMBULANCIAS Y CAMILLAS APROBADOS POR UNOPS /MINSA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N03** | MANUALES DEL VEHÍCULO, CAMILLA Y BALONES DE OXIGENO TIPO M POR TRIPLICADO, EN FÍSICO O DIGITALES EN IDIOMA ESPAÑOL | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N04** | DOCUMENTO QUE CERTIFIQUE LA PRUEBA DE OPERATIVIDAD DE CONEXIONES ELÉCTRICAS Y EQUIPOS INSTALADOS EN CABINA DE ATENCIÓN MÉDICA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N05** | CERTIFICADOS DE CONFORMIDAD DE MODIFICACIÓN EMITIDO POR UNA ENTIDAD CERTIFICADORA REGISTRADA SEGÚN NORMAS DE MTC DE ACUERDO CON LO DETALLADO, DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PREVIA A LA ENTREGA DE LOS BIENES. EL COSTO DE TRAMITACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL CONTRATISTA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **N06** | DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE QUE GARANTICE LA PRUEBA DE ESTANQUEIDAD DE LA INSTALACIÓN DE OXÍGENO QUE CONTENGA LA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PRUEBA PRESURIZADA REALIZADO DURANTE LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE OXÍGENO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O.** | **CAMILLA TELESCÓPICA (1 UNIDAD)** |  |  |  |
| **O01** | CAMILLA PARA USO EN AMBULANCIA CONSTRUIDA EN ACERO TUBULAR INOXIDABLE, ALUMINIO O MATERIAL RESISTENTE A LA CORROSIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O02** | ALTURA AJUSTABLE: AL MENOS TRES (03) NIVELES CONTROLADOS MANUALMENTE | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O03** | COLCHONETA DE LA MISMA MARCA DE LA CAMILLA, DE ESPUMA DE ALTA DENSIDAD, DE 2.5” O MAS DE ESPESOR, FORRO LAVABLE E IMPERMEABLE CON COSTURAS SELLADAS Y HERMÉTICAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O04** | RESPALDAR PLANO PARA SOPORTE DE RCP. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O05** | CAPACIDAD PARA ADOPTAR POSICIONES FOWLER Y TRENDELEMBURG DE FORMA NEUMÁTICA Y/O MANUAL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O06** | DIMENSIONES: 195 CM+/-5 CM DE LARGO Y 55 CM+/-5 CM DE ANCHO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O07** | PATAS PLEGABLES CON MECANISMO DE LIBERACIÓN, PARA INGRESO A AMBULANCIA, DE LONGITUD SUFICIENTE PARA INGRESO SIN NECESIDAD DE LEVANTARLA. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O08** | RUEDAS OMNIDIRECCIONALES, Y SISTEMA DE FRENOS EN AL MENOS DOS DE LAS RUEDAS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O09** | CON SISTEMA DE RUEDAS ADICIONALES PARA SUBIR LA CAMILLA A LA AMBULANCIA CON UN SOLO OPERADOR | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O10** | PESO MÁXIMO 50 KG. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O11** | CAPACIDAD DE CARGA NO MENOR A 250 KG | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O12** | CON SISTEMA DE ANCLAJE QUE PERMITE SUJETAR LA CAMILLA EN DOS PUNTOS, CON SISTEMA DE SEGURIDAD ANTI RETROCESO Y DE ACUERDO AL MODELO DE LA CAMILLA, PARA EVITAR MOVIMIENTOS EN EL TRANSPORTE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O13** | BARANDAS LATERALES RETRACTILES Y/O ABATIBLES. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **ACCESORIOS CAMILLA** | |  |  |  |
| **O14** | SISTEMA PORTA BALÓN DE OXÍGENO CON RECEPTÁCULO Y CORREAS O MECANISMO DE SUJECIÓN DE SEGURIDAD. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O15** | GANCHO DE SEGURIDAD PARA EVITAR DESCENSO DE CAMILLA (OPCIONAL) | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O16** | UN (01) PORTASUERO TELESCÓPICO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O17** | CORREAS DE SUJECIÓN PARA PIERNAS, ABDOMEN Y TÓRAX, ADEMÁS PARA LOS HOMBROS, CON CLIP METÁLICO Y CIERRE. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOCUMENTACIÓN CAMILLA A PRESENTAR CON LA OFERTA** | |  |  |  |
| **O18** | AL MENOS UNA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EMITIDA POR UN PAÍS MIEMBRO FUNDADOR DE GHTF, A SABER:  - CERTIFICADO DE CONFORMIDAD CON LA REGULACIÓN EUROPEA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS: MDR 2017/745/EU O MDD 93/42/CEE (SÓLO VÁLIDA PARA CERTIFICADOS EMITIDOS ANTES DEL 25/05/2020)  - AUTORIZACIÓN FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE EEUU.  - SOR/98-282 DE CANADÁ.  - TGA CONFORMITY CERTIFICATION DE AUSTRALIA  - PMDA PRE-MARKET APPROVAL DE JAPÓN | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O19** | CERTIFICADO ISO 13485 DEL FABRICANTE EMITIDO POR UN ORGANISMO NOTIFICADO O ACREDITADO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS, JAPÓN, CANADÁ O AUSTRALIA O POR EL FORO INTERNACIONAL DE ACREDITACIÓN (IAF).  EL CERTIFICADO MENCIONADO DEBERÁ SER EMITIDO POR CAB (CONFORMITY ASSESSMENT BODY), POR ORGANISMOS NOTIFICADOS O POR ORGANISMOS ACREDITADOS POR LAS AUTORIDADES REGULATORIAS INDICADAS Y DEBERÁ INDICAR AL MENOS LO SIGUIENTE:  - NORMA DE CALIDAD.  - NOMBRE DEL ORGANISMO CERTIFICADOR.  - PAÍS DE EMISIÓN.  - NÚMERO DE REGISTRO/CERTIFICADO  - FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO.  - FECHA DE VENCIMIENTO DEL CERTIFICADO.  EL DOCUMENTO PRESENTADO DEBERÁ ESTAR VIGENTE, CON SUS RESPECTIVOS ANEXOS DONDE SE IDENTIFIQUE EL ALCANCE DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN RELACIONADA CON LA NATURALEZA DEL EQUIPO OFERTADO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O20** | CERTIFICADOS DE PRUEBA DE 10G PARA LA CAMILLA Y SU ANCLAJE A LA AMBULANCIA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O21** | MANUAL DE USUARIO COMPLETO Y FOLLETO TÉCNICO EN ESPAÑOL O TRADUCCIÓN SIMPLE EN ESPAÑOL. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O22** | DECLARACIÓN DEL LICITANTE QUE ACEPTA LAS CONDICIONES DE GARANTÍA TÉCNICA Y COMERCIAL ESTABLECIDAS EN LAS BASES Y QUE SE COMPROMETE A ENTREGAR JUNTO CON EL BIEN UN CERTIFICADO DE GARANTÍA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O23** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O24** | DECLARACIÓN JURADA DEL LICITANTE QUE LA EMPRESA (RADICADA EN PERÚ) QUE REALIZARÁ EL MANTENIMIENTO (SEA EL OFERENTE, FABRICANTE O UN TERCERO) SE COMPROMETE A EJECUTAR LA GARANTÍA Y LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES Y CONDICIONES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **O25** | LISTADO COMPLETO DE ACCESORIOS, CONSUMIBLES Y PARTES CON NÚMERO DE PARTE/CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P.** | **BALÓN DE OXÍGENO (EQUIPO COMPLETO) TIPO M122 CON REGULADOR (2 UNIDADES)** |  |  |  |
| **CARACTERÍSTICAS GENERALES BALÓN** | |  |  |  |
| **P01** | BALÓN DE ALUMINIO PARA OXÍGENO TIPO M122 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P02** | DEBE TENER UNA CAPACIDAD ALMACENAMIENTO DE 3450 +/- 5% LITROS DE OXÍGENO GASEOSO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P03** | FABRICADO EN ALEACIÓN DE ALUMINIO 6061. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P04** | VÁLVULA DE OXÍGENO CGA-540 CON VÁLVULA DE ALIVIO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P05** | CON CUBIERTA PROTECTORA DE LA VÁLVULA | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P06** | CON REGULADOR DE PRESIÓN DE OXÍGENO, CON SALIDA REGULADA A 50 PSI, CON MANÓMETRO DE OXÍGENO RANGO ENTRE 0 A 3000 PSI Y CONEXIÓN A LA RED DE OXÍGENO | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P07** | DOS (02) FLUJÓMETROS DE 0 A 15 LPM, PARA LAS TOMAS DE OXÍGENO, DE CONEXIÓN TIPO DISS | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P08** | DOS (02) FRASCOS HUMIDIFICADORES REUSABLES Y AUTOCLAVABLES | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **DOCUMENTACIÓN BALÓN PARA PRESENTAR EN LA OFERTA** | |  |  |  |
| **P09** | CERTIFICADO VIGENTE CON FECHA DE INSPECCIÓN/PRUEBAS BAJO NORMA DOT-3AL Ó CERTIFICADO VIGENTE ISO 7866:2013 | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P10** | DECLARACIÓN JURADA COMPROMETIÈNDOSE A ENTREGAR UN CERTIFICADO CON FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA HIDROSTÁTICA, CON CERTIFICADO Y SÍMBOLO DEL FABRICANTE DE LOS BALONES DE OXÍGENO. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |
| **P11** | DECLARACIÓN JURADA DEL OFERENTE GARANTIZANDO LA DISPONIBILIDAD DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR 5 AÑOS EN EL PAÍS EN CASO DE ADJUDICACIÓN. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] | [Inserte] |

**Nota: Todas las certificaciones requeridas para los lotes deben estar vigentes a la fecha de presentación de cotización y a la entrega del bien.**

**B.3 REQUERIMIENTO DE ENTREGA - TABLA COMPARATIVA DE DATOS**

Los requerimientos de entrega de las ambulancias ofertadas deberán presentarse en el formulario Tabla comparativa de datos de requerimientos de entrega, que se encuentra en el **Anexo D: Formulario de presentación de oferta técnica.**

| **Requerimientos de UNOPS** | | **¿Cumple la cotización con los requerimientos?**  (El licitante debe completar esta columna) | **Detalles**  (El licitante debe completar esta columna) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plazo de entrega**  **LOTE 1 y LOTE 2** | **Ambulancias(Prestación Principal):**  Presentar un plan de entrega considerando lo siguiente:  - Deseable, primera entrega dentro de los **180** días calendarios, contados desde la firma del contrato.  - Segunda entrega obligatoria de al menos el 50% del saldo restante del lote ofertado, dentro de los **210** y **270** días calendarios, contados desde la firma del contrato. Se permitirán entregas con plazos menores.  - Tercera entrega del saldo restante de ambulancias, dentro de los **300** días calendarios, contados desde la firma del contrato.  **Se aceptan entregas parciales, acorde a los plazos anteriormente indicados, para lo cual deberá presentar el cronograma correspondiente para el lote ofertado*.***  **Mantenimiento Preventivo (Prestación accesoria):**  El plazo para los mantenimientos preventivos para las ambulancias y camillas**,** se realizará de acuerdo a lo indicado en la Sección II: Lista de requerimientos (Especificaciones Técnicas.)  **Se aclara que el mantenimiento preventivo será administrado por el MINSA, según lo indicado en la presente *Sección II: Lista de requerimientos (Especificaciones Técnicas)***  **Capacitación:**  El plazo para las 3 capacitaciones de las ambulancias, se realizará de acuerdo a lo indicado en la presente Sección II: Lista de requerimientos (Especificaciones Técnicas.). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Lugar de entrega y normas Incoterms** | La entrega de las ambulancias se efectuará en las instalaciones del **Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud, ubicado en Av. Defensores del Morro N° 2268, Distrito de Chorrillos, en la ciudad de Lima, Perú**.  La entrega se realizará previa coordinación el MINSA/UNOPS  **El INCOTERM será DDP** (Delivery Duty Paid – Entrega derechos pagados hasta lugar convenido). | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Detalles sobre el consignatario** | Datos del consignatario: Los documentos deberán estar consignados a nombre del MINISTERIO DE SALUD - Proyecto 24788-001 -“Fortalecimiento de la Red Nacional de Transporte Asistido y Atención Prehospitalaria - Ambulancias Rurales y Urbanas/UNOPS”  La **factura comercial de embarque** deberá estar a nombre del MINISTERIO DE SALUD consignando el RUC 20131373237, dirección Lima, Av. Salaverry Nro. 801, Jesús María. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |
| **Derecho de UNOPS de modificar cantidades** | En el momento de adjudicación del contrato, UNOPS se reserva el derecho de modificar la cantidad de los bienes y servicios relacionados especificados *supra*, siempre que la variación no supere un 20%, sin ningún cambio en los precios unitarios u otros términos y condiciones del llamado a licitación. | ☐ Sí ☐ No | [Inserte detalles] |

1. **REQUERIMIENTOS EN CUANTO A SERVICIOS CONEXOS RELACIONADOS A LOS BIENES ADQUIRIDOS**

**C.1 GENERALES**

El licitante deberá considerar en su oferta las siguientes prestaciones, que formarán parte del contrato:

* Suministro de los siguientes documentos:

- Manual completo de operación o de uso, para ambulancias y camilla

- Manual de servicio técnico de mantenimiento para ambulancias y camilla

- Planos técnicos de las ambulancias.

- Planos, diagramas y documentación según literal G de las especificaciones técnicas.

- Documentos y certificados según literal N Consideraciones adicionales de las especificaciones técnicas.

Los manuales deberán ser originales del fabricante, en idioma español. De encontrarse en idioma Inglés, se deberá adjuntar la traducción simple al español.

* + Cada juego de manuales comprende lo siguiente:

a) Manual de Operación o de uso de ambulancia y camilla, con instrucciones de manejo y cuidados a tener en cuenta para el adecuado funcionamiento y conservación de la ambulancia y camilla.

b) Manual de Servicio Técnico de mantenimiento de ambulancia y camilla, con información detallada de:

* + - Diagramas de bloques, esquemas de circuitos eléctricos, esquemas de partes mecánicas, funcionamiento y calibración, etc. Incluyendo un listado y catálogo de piezas, repuestos y accesorios debidamente identificados con códigos del fabricante y catálogos ilustrativos.
    - Plan de mantenimiento preventivo, que deberá contener las actividades a realizarse, indicando la frecuencia y duración de las mismas. Asimismo se deberán indicar las probabilidades de que se produzcan averías y sus soluciones.
  + Cada juego de planos comprende lo siguiente:

1. Planos estructurales del diseño de la ambulancia
2. Planos del sistema de oxígeno
3. Planos eléctricos de la cabina médica y cabina de conducción correspondientes a los trabajos de conversión
4. Planos de la distribución y anclaje de los equipos instalados.
5. Planos del sistema de climatización
6. Demo virtual de la ambulancia en 3D

Notas generales aplicables a los manuales y planos:

* Cada juego de documentos deberá estar adecuadamente foliado y forrado en material resistente, con las inscripciones correspondientes del título, nombre, modelo, etc. y se entregará una copia física y digitalpor ambulancia.
* Se deberá adosar un código QR para la consulta de la documentación de uso y técnica impreso al interior de la ambulancia.

Generalidades para la entrega de las ambulancias:

* Embalaje de todo el suministro según las normas internacionales de transporte de carga.
* Realizar la entrega de las ambulancias en destino final, llevando a cabo las pruebas operativas, puesta en servicio y servicio post venta de las mismas durante el periodo de garantía técnica del fabricante y garantía comercial.
* El contratista deberá garantizar y demostrar que cuenta con el apoyo técnico suficiente de profesionales especialistas en las ambulancias y en la camilla, debiendo estar capacitados para poner a punto las ambulancias. En tal sentido, el contratista deberá entregar una declaración juarada indicando la cantidad y el rubro de los especialistas, una vez firmado el contrato.
* El contratista deberá presentar un programa de capacitación, en el plazo máximo de **60 días** después de firmado el contrato.
* Seguro “contra todo riesgo” que cubra cualquier siniestro incluido el reemplazo total del bien, durante el transporte hasta destino final, almacén en destino final, y durante las pruebas operativas hasta la puesta en servicio de las ambulancias.
* Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), según normativa peruana.
* Deberá realizar los trámites de la inscripción de los registros públicos y paralelo a ello las respectivas placas de rodaje y tarjeta de propiedad a nombre del Ministerio de Salud previa coordinación con el almacén central. Dichos gastos y trámites deberán estar incluidos en la oferta económica del licitante. El seguro, placas y tarjeta de propiedad serán entregados en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, previa cancelación al 100% de la factura de las ambulancias para lo cual presentará una declaración jurada donde indique dichos trámites sin costo alguno a la entidad (deberá presentarse para la suscripción del contrato).
* Identificación: en cada ambulancia deberá instalarse una placa metálica, grabada en bajo relieve y en lugar visible que no entorpezca el manejo o reconocimiento de otros datos, con la siguiente información:

| Logo de  MINSA | ITB. N°……………………..  Modelo/Marca:……….………….  Mes/año de entrega:….……..  Periodo de garantía.................  Contratista:………………………  Correo electrónico…………. |
| --- | --- |

* **Sobre las dimensiones de esta placa, se coordinará directamente con el licitante que resulte adjudicado.**
* **La placa debe ser instalada en un lugar visible, dentro del habitáculo del conductor; este aspecto será determinado con el licitante que resulte adjudicado.**
* **Esta placa deberá estar firmemente remachada al cuerpo de la ambulancia.**
* Servicio post venta durante el periodo de garantía técnica del fabricante y garantía comercial, se brindará a favor del MINSA.
* Mantenimiento preventivo de la ambulancia completa durante el período de garantía técnica del fabricante, según los requerimientos de la presente sección.

**C.2. CAPACITACIÓN**

Capacitación al personal médico y pilotos, en el correcto manejo, operación, funcionamiento, cuidado y conservación básica de la ambulancia, cabina médica y camilla dirigido a los profesionales que designe el MINSA.

El contratista, tendrá que realizar 3 capacitaciones durante el período de garantía comercial de las ambulancias (3 años o 180.000 kilómetros, lo que ocurra primero). Cada capacitación deberá ser de al menos 6 horas académicas. El número de participantes será definido por el MINSA durante la ejecución del contrato.

El contratista deberá entregar un "Certificado de Capacitación" a cada una de las personas que haya aprobado la capacitación impartida.

**Respecto a las capacitaciones:**

PRIMERA CAPACITACIÓN

La primera capacitación, se realizará en Lima Metropolitana y de acuerdo a la cantidad de entregas detalladas en su cronograma. Se deberá llevar a cabo previa a la recepción y conformidad de las ambulancias por parte del Comité de recepción.

El contratista deberá contar con proyector, equipo informático, material didáctico (brochure) y equipos para la capacitación. La infraestructura adecuada (auditorios) para la capacitación teórica, se gestionará entre UNOPS y MINSA cerca al lugar de entrega de ambulancias. El traslado del personal del MINSA a Lima Metropolitana estará a cargo del MINSA. La logística, hospedaje y alimentación, estará a cargo de UNOPS. Es responsabilidad del personal capacitado brindar la réplica de la capacitación en su lugar de origen a cada uno de sus compañeros y según su especialidad.

Asimismo, el contratista deberá realizar un "video editado" de la primera capacitación el cual deberá ser entregado a UNOPS en un plazo no mayor de 30 días para su posterior entrega al MINSA. El mismo será utilizado a manera de consulta y para las siguientes capacitaciones que serán de manera virtual.

**El contratista deberá realizar una evaluación: Examen Práctico de uso y conservación para la primera capacitación**

El contratista deberá entregar como parte de los documentos de cada ambulancia, lo siguiente:

- un video instructivo que abarque el temario completo de las capacitaciones, en medio físico (p. ej. memoria USB), y

- un enlace de consulta, accesible por código QR impreso al interior de la ambulancia.

- una guía rápida del uso y operación de la ambulancia, cabina médica y camilla.

SEGUNDA Y TERCERA CAPACITACIÓN

Las dos (2) capacitaciones faltantes, se realizarán de manera virtual, posteriores a la finalización de las entregas y dentro del periodo de garantía comercial. Las fechas de las capacitaciones serán coordinadas entre el Contratista y el MINSA.

Se usará como base de las capacitaciones virtuales, videos instructivos y el "video editado" de la primera capacitación.

**Un examen virtual evaluará el conocimiento adquirido en la segunda y tercera capacitación.**

**C.2.1 PLAN DE ACTIVIDADES PARA LA CAPACITACIÓN EN LA OPERACIÓN Y MANEJO DE LA AMBULANCIA, CABINAS MÉDICA Y CAMILLA (personal médico y pilotos)**

En el plazo máximo de 60 días calendario posteriores a la firma del contrato, el contratista deberá presentar un programa de capacitación para el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia, cabina médica y camilla el cual será presentado al MINSA para su conformidad.

De ser el caso y a solicitud del MINSA, el contratista deberá mejorar o actualizar las actividades de capacitación.

El material a entregarse en físico a cada participante será:

* Una copia del Programa y temario de Capacitación.
* Una guía rápida del uso y operación de la ambulancia, cabina médica y camilla.
* Certificado de la capacitación, con las horas académicas cumplidas.

Las **actividades mínimas** a desarrollar durante las capacitaciones, son las siguientes:

1. Presentación y orientación en el Manejo de la ambulancia, cabina médica y camilla.
2. Reconocimiento y empleo de accesorios y componentes de la ambulancia, cabina médica y camilla.
3. Cuidados básicos en la limpieza diaria de las camillas y sus accesorios y componentes.
4. Seguridad de los Camillas de transporte.
5. Para las ambulancias:

* Descripción e instrucción en el funcionamiento integral (balizas, sirena, , tableros, accesorios, herramienta, vehículo,, etc.)
* Conocimiento del control de niveles de fluidos (aceite motor, refrigerante del radiador, lubricantes, dirección, frenos, etc.)
* Detección de fallas eléctricas (panel de fusibles, controles, disyuntores y su ubicación).
* Cuidados y orientación en el manejo de las ambulancias
* Cuidados básicos de las ambulancias y sus componentes.
* Seguridad de la unidad móvil.
* Otros que considere el contratista.
* Evaluación: Examen Práctico de uso y conservación para la primera capacitación y examen virtual para la segunda y tercera capacitación.

**C. 3 MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE AMBULANCIAS**

**C.3.1. PRESTACIONES TÉCNICAS**

* El contratista deberá coordinar a nivel nacional con los diferentes concesionarios y/o talleres acreditados/autorizados por el representante de la marca del vehículo a nivel nacional, para que brinde un adecuado mantenimiento y disponibilidad de repuestos en las principales zonas (norte, sur, centro, nororiente y suroriente) - "Anexo 1 - Distribución 184 Ambulancias MINSA".
* Los concesionarios y/o talleres autorizados deberán contar con un stock suficiente de refacciones y piezas, optimizando los tiempos de atención.
* Se deberá garantizar la disponibilidad de piezas y refacciones en el país durante al menos 5 años desde la primera entrega para la camilla, balon de oxígeno y equipos de radiocomunicación, y de 10 años como mínimo para el vehículo y la cabina médica con sus elementos.
* El contratista deberá disponer, como mínimo, de un coordinador técnico que será el responsable de la gestión y administración del servicio de mantenimiento a nivel nacional
* El contratista deberá contemplar la designación de sub-coordinadores regionales o zonales, de acuerdo a la distribución geográfica de las ambulancias.
* Es obligación del contratista contar con un sistema de control de la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo para las ambulancias, en entorno web (en línea) que deberá compartir con el MINSA, para poder verificar lo siguiente:

1. El cumplimiento del servicio contratado.
2. El número de ambulancias atendidas o por atender.
3. Kilometraje recorrido de cada ambulancia
4. Estado de las ambulancias
5. Ordenes de trabajo de mantenimiento preventivo
6. Informes de atención por kilometraje recorrido
7. Ficha técnica de las ambulancias y su registro histórico de las intervenciones
8. Informes y reportes ejecutivos de atención, servicios ejecutados y estadísticas, respecto al servicio requerido

Esta información en el entorno web debe estar actualizada cada 48 horas como máximo.

**C.3.2 CONDICIONES EN QUE SE PRESTARÁ EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO:**

* La prestación de los servicios deberán efectuarse en cada uno de los concesionarios y/o talleres acreditados /autorizados por el representante de la marca del vehículo a nivel nacional, los cuales deben contar con la infraestructura adecuada y óptima para brindar un servicio de garantía y calidad, implementado con los equipos, herramientas, instrumentos, consumibles, repuestos y accesorios necesarios para la ejecución de las actividades de mantenimiento preventivo requeridas en la presente Sección II**.**
* Al ingresar la unidad al taller correspondiente para su servicio de mantenimiento de acuerdo al kilometraje recorrido, se deberá realizar un inventario de los componentes de la ambulancia y del estado en que ingresa, el contratista se hace responsable de los componentes de la unidad vehicular. El MINSA puede exigir la reposición del componente en caso de pérdida atribuible a la empresa contratada.
* El contratista deberá, en los mantenimientos preventivos, realizar inspecciones o revisiones globales y específicas del motor, frenos, suspensión, dirección, sistema eléctrico y sistemas de aire acondicionado al igual que el reemplazo de las refacciones consideradas en el Plan de Mantenimiento Preventivo y en la periodicidad por kilometraje definida.
* El contratista, debe atender el mantenimiento preventivo requerido dentro de 3 días hábiles de haberse solicitado el servicio y, la duración del mantenimiento se ejecutará en un máximo de 24 horas, contados desde el ingreso del vehículo al taller designado por el contratista, salvo hallazgos que requieran atención especial o de mantenimiento correctivo.
* Al finalizar cualquier trabajo de mantenimiento el Contratista presentará un informe técnico con el

detalle de las actividades realizadas, piezas reemplazadas y consumibles utilizados, cuando

aplique. La documentación generada por el concesionario y/o taller deberá contener al menos los siguientes datos:

- Fechas de ingreso y egreso,

- datos del vehículo,

- kilometraje,

- actividades realizadas,

- piezas utilizadas,

- consumibles,

- firmas del responsable de mantenimiento,

- firma de usuario.

* Si el servicio no se ajusta a las actividades de mantenimiento exigidas, el contratista subsanará o concluirá la actividad de mantenimiento dentro del plazo perentorio que disponga el MINSA.
* En caso que lo requiera la Entidad, todas las partes y repuestos cambiados (usados) deberán ser entregados a las unidades operativas desconcentradas beneficiarias del bien.

**C.3.3 PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

* El mantenimiento al vehículo deberá ejecutarse cada 5,000 kilómetros a partir de la fecha de entrega , durante un plazo de 3 (tres) años o 180,000 kilómetros, lo que suceda primero.
* Luego de culminados los mantenimientos preventivos y el periodo de garantía del fabricante de los 3 (tres) años o 180,000 km, lo que ocurra primero, el contratista deberá mantener operativo los concesionarios y/o talleres autorizados por un mínimo 2 años adicionales, a fin de que los usuarios puedan continuar realizando los mantenimientos que requieran, con el respectivo reconocimiento de costos al contratista.

**C.3.4. ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

* Los mantenimientos preventivos periódicos deberán incluir calibraciones, ajustes, lecturas de voltaje, control, relleno y cambio de fluidos y/o filtros cuando hiciera falta, como: lubricantes, liquido de freno, filtros de aires, filtros de combustible, filtros de aceite, líquido refrigerante, etc. así como también calibraciones y/o ajustes de las pastillas de freno, y otros parámetros conforme las recomendaciones del Fabricante de acuerdo al kilometraje recorrido, sin costo adicional para la Entidad Contratante, y cualquier otra actividad pertinente y necesaria para garantizar el correcto funcionamiento de la ambulancia.
* Se establecerá la obligación del contratista de mantener registros detallados de cada mantenimiento preventivo, informando al área usuaria al respecto, así mismo deberá proporcionar informes periódicos sobre dichos mantenimientos.
* Las partes, piezas y/o accesorios originales, los consumibles, herramientas y mano de obra serán asumidos por el contratista sin costo adicional para la entidad.
* El contratista deberá brindar las siguientes **actividades mínimas**, para realizar el servicio de mantenimiento preventivo, según el "Anexo 2 - Actividades Mínimas Mantenimiento preventivo"

**C.3.5 CONFORMIDAD DE CADA SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

* La administración, el monitoreo, la verificación y el cumplimiento de la ejecución del servicio de mantenimiento preventivo de las ambulancias es responsabilidad de la Entidad mediante sus representantes designados. **UNOPS no intervendrá en la gestión y ejecución de los servicios de mantenimiento, por lo que cualquier controversia, reclamación deberá ser resuelta entre el MINSA y el contratista.**
* Como señal de conformidad de los servicios de mantenimiento preventivo, el MINSA emitirá los respectivos documentos de conformidad de cada mantenimiento preventivo.
* En caso de disconformidad/incumplimiento de los servicios de mantenimiento preventivo, el MINSA podrá ejecutar la "Garantía bancaria de cumplimiento de la Garantía del fabricante y de los Mantenimientos Preventivos"
* El MINSA podrá requerir al Contratista la entrega de los repuestos cambiados durante la ejecución de las actividades de mantenimiento preventivo, mediante un listado para control posterior.

**C.3.6 CONFORMIDAD TOTAL DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS AMBULANCIAS**

* La Entidad contratista mediante sus representantes designados, es el responsable de la supervisión y monitoreo de la ejecución del servicio de mantenimiento preventivo, mediante el sistema de control en entorno web, proporcionado por el contratista.
* El contratista deberá presentar al MINSA, el sustento técnico en el cual se demuestre, que se realizaron todas las actividades de mantenimiento del total de las ambulancias del contrato, de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas en la presente Sección.
* El MINSA después de revisar el sustento técnico presentado por el contratista del servicio de mantenimiento preventivo de las ambulancias y corroborar su ejecución, emitirá una constancia de cumplimiento del servicio contratado de acuerdo a las especificaciones técnicas.

**C.4 MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS CAMILLAS**

**El contratista deberá realizar el mantenimiento de las camillas incluidas en las ambulancias, considerando los siguientes aspectos:**

* El contratista deberá presentar el Plan de mantenimiento de las camillas, la cual deberá ser aprobada por la Entidad/Unops.
* Los mantenimientos deberán realizarse en el lugar de destino donde se encuentren las ambulancias. En caso que, debido a la naturaleza del mantenimiento, éste deba ser llevado a cabo en las instalaciones del representante de servicio técnico local, todos los gastos estarán a cargo del Contratista.
* El mantenimiento preventivo incluye al menos 2 (dos) visitas anuales y el cambio de los repuestos(cuando aplique), reparaciones y verificaciones, como los previstos en el manual de las camillas
* El servicio técnico de mantenimiento preventivo debe ser realizado por una empresa radicada en Perú.
* Los mantenimientos preventivos deberán ser coordinados por quien el beneficiario designe.
* Considerando que las camillas se encuentran a bordo de ambulancias y que se requiere mantener el servicio activo las 24 horas, es necesario que la empresa que brinda el mantenimiento tenga al menos 5 camillas de reemplazo, que puedan ser entregadas en préstamo, mientras se realizan los mantenimientos, a fin de asegurar la operatividad de las ambulancias.
* En la planificación del mantenimiento preventivo se deberá tener en cuenta que las ambulancias podrían estar ocupadas por las llamadas de emergencias.
* El contratista deberá presentar el Plan de Mantenimiento preventivo y un cronograma de ejecución según la ubicación y fechas de entregas de las ambulancias, el cual deberá ser aprobado por La Entidad.
* En el plazo máximo de 60 días calendario posteriores a la firma del contrato, el contratista deberá presentar el Plan de Mantenimiento preventivo para las camillas.
* Las partes, piezas y/o accesorios originales, los consumibles, herramientas y mano de obra serán asumidos por el contratista sin costo adicional para la entidad.

1. **RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LAS AMBULANCIAS**

La conformidad de recepción de las ambulancias estará referida a los siguientes aspectos:

1. Verificación de la correspondencia entre la ambulancia recibida y el detalle de las especificaciones técnicas incluidas en la oferta aceptada.
2. Constatación del buen funcionamiento y conformidad de las pruebas operativas de la ambulancia, cabina médica y camilla, teniendo en consideración el protocolo de pruebas referencial que se adjunta en la Sección III: Anexos de la oferta.
3. Documento que certifique la prueba de operatividad de conexiones eléctricas y equipos instalados en cabina de atención médica.
4. Certificados de conformidad de modificación emitido por una entidad certificadora registrada según normas de MTC de acuerdo con lo detallado, durante la ejecución contractual, previa a la entrega de los bienes.
5. Documento de Soporte que garantice la prueba de estanqueidad de la instalación de oxígeno que contenga la descripción del proceso de prueba presurizada realizado durante la instalación del sistema de oxígeno.
6. Entrega del seguro (SOAT), placas y tarjeta de propiedad a nombre del Ministerio de Salud (MINSA)
7. Constatación que las ambulancias sean modelo 2025 verificadas en la placa del VIN.
8. Constatación del año de fabricación del vehículo: no debe tener una antigüedad mayor a 12 meses de fabricación a la fecha de la presentacion de oferta.
9. Constatación del kilometraje: inferior a los 150Km (odometro)
10. Constatación que las ambulancias sean nuevas y sin uso.
11. Constatación del adecuado funcionamiento de la ambulancia respecto al motor, sistema eléctrico, carga de baterías, iluminación, baliza frontal, sirena, luces perimetrales, entre otros.
12. Reporte membretado del PDI (Post delivery inspection) ejecutado, emitido por concesionarios y/o talleres autorizados por la marca del vehículo, donde se pueda constatar al menos los siguientes datos: nombre del taller/concesionario, fecha, folio, modelo, no. chasis, no. de motor, revisiones y actividades ejecutadas según lo exigido por el fabricante, firma de técnico y/o jefe de taller.
13. En caso que el reporte PDI se haya emitido desde un representante de la marca en el país de orígen, se deberá obtener la validez o respaldo de los concesionarios y/o talleres autorizados locales en Perú.
14. Verificación que la ambulancia se encuentra en perfecto estado de funcionamiento, incluyendo la camilla, todos los accesorios necesarios para su uso y puesta en marcha.
15. Entrega de los juegos de manuales de operación y servicio técnico de mantenimiento, y juego de planos técnicos según lo establecido en las presentes bases.
16. Entrega del Plan de Mantenimiento Preventivo para la ambulancia y para la camilla, de acuerdo a las actividades mínimas requeridas.
17. Entrega del Programa de Capacitación de acuerdo a las actividades exigidas, incluyendo la documentación y medios indicados en la presente sección.
18. Constatación de que las ambulancias se encuentren correctamente identificadas de acuerdo a los diseños, logos institucionales definidos en el Anexo 4- Brandeo de ambulancias definido por el MINSA.
19. Entrega del “Certificado de Garantía Comercial” con la vigencia estipulada en la oferta técnica.
20. Entrega del “Certificado de Garantía Técnica del fabricante” con la vigencia estipulada en la oferta técnica.
21. Carta de Compromiso, que garantice la disponibilidad de repuestos, accesorios y consumibles por un tiempo mínimo de 5 años en Perú para la camilla, balón y equipos de radiocomunicación, y para el vehículo y cabina médica con sus elementos un mínimo de 10 años.
22. Constatación que el equipo tiene grabado o adherido el logotipo del MINSA, el nombre del equipo, Nº de Proceso de Adquisición, la razón social y el teléfono del contratista.

* El Comité de Recepción y Entrega, compuesto por personal de la UNOPS y el MINSA, firmará la Aceptación Técnica-Operativa correspondiente sólo si se cumplen todos los requisitos. De haber un caso particular, con su debida justificación, se evaluará con la Entidad la firma de una Aceptación Técnica-Operativa parcial en caso no afecte la operatividad de las Ambulancias. Asimismo el contratista deberá presentar una carta de compromiso de levantamiento de observaciones con fecha a acordar entre la UNOPS y el MINSA. En el caso de incumplimiento del proveedor, por no levantar las observaciones en la fecha indicada en la Carta Compromiso, se procederá aplicar las penalidades indicadas en el Contrato.
* La fecha y hora de recepción de los bienes serán coordinadas con UNOPS.

1. **GARANTÍA TÉCNICA DEL FABRICANTE DEL VEHÍCULO, CABINA MEDICA (Y TODOS SUS ELEMENTOS), CAMILLA, BALON Y DE LOS EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN**

La garantía técnica del fabricante estará constituida por un “Certificado de Garantía Técnica” firmado por el fabricante o su representante autorizado y otorgado a la entrega de la ambulancia y sus equipos, a favor del MINSA, en donde se especifique la vigencia y alcances. En tal sentido, el contratista deberá presentar, 5 (cinco) certificados de garantía técnica del fabricante: 1 (uno) por el vehículo, 1 (uno) por la cabina médica y sus elementos, 1 (uno) por la camilla, 1 (uno) por el balón de oxígeno y 1 (uno) por los equipos de radiocomunicación.

* **Alcance de la Garantía:** Esta garantía técnica del fabricante es contra defectos de diseño o fabricación no detectados al momento de otorgar la conformidad de la entrega siendo responsabilidad exclusiva del fabricante asumir defectos en su totalidad.
* **Periodo de la garantía del vehículo y cabina médica (y todos sus elementos)**: 3 años o 180,000 kilómetros, lo que ocurra primero. El inicio de la garantía será computado a partir de otorgada la conformidad.
* **Periodo de la garantía de la camilla, balón y equipo de radiocomunicación**: 1 año, a partir de la fecha de otorgada la conformidad.
* **Procedimiento para hacer efectiva la garantía:** El MINSA, notificará mediante, carta o correo electrónico al contratista, la (s) observación (es) encontradas en el vehículo, cabina médica, camilla, balón de oxígeno y/o equipos de radiocomunicación, de acuerdo con la evaluación técnica y solicitará el cambio/reemplazo o reparación respectiva. El contratista deberá emitir opinión técnica en un plazo no mayor a tres (03) días hábiles desde reportado el evento.
* **Tiempo de reposición del bien por garantía**: el proceso de reemplazo e instalación de repuestos se ejecutará en un plazo de siete (07) días calendarios, contados a partir del día siguiente de emitida la opinión técnica del contratista. En caso de importación, se otorgará un plazo máximo de treinta (30) días calendarios. Es responsabilidad del contratista extender el plazo de vigencia de la garantía cuantas veces sea necesario durante el periodo de vigencia.

1. **GARANTÍA COMERCIAL DE LAS AMBULANCIAS, INCLUIDO: CAMILLA/ BALONES DE OXÍGENO Y EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIÓN**

La garantía comercial estará constituida por un “Certificado de Garantía Comercial” firmado por el representante legal del contratista y otorgado a la entrega de la ambulancia, a favor del MINSA, en donde se especifique la vigencia y alcances. En tal sentido, el contratista deberá presentar un solo "Certificado de Garantía Comercial" que abarque: el vehículo, la cabina médica y sus elementos, la camilla, balón de oxígeno y los equipos de radiocomunicación.

* **Alcance de la Garantía:** Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías o fallos de funcionamiento originados por el uso normal o habitual de los bienes (ambulancias incluido: camilla/ balones de oxigeno y equipos de radiocomunicación), y ni detectados al momento que se otorgó la conformidad. La garantía incluye la mano de obra que originen los cambios del repuesto defectuoso.
* **Periodo de la garantía del vehículo y cabina médica (y todos sus elementos)**: 3 años o 180,000 kilómetros, lo que ocurra primero. El inicio de la garantía será computado a partir de otorgada la conformidad.
* **Periodo de la garantía de la camilla, balón de oxígeno y equipo de radiocomunicación**: 2 (dos) años, a partir de la fecha de otorgada la conformidad.
* **Procedimiento para hacer efectiva la garantía:** El MINSA, notificará mediante, carta o correo electrónico al contratista, la (s) observación (es) encontradas en el vehículo, cabina médica, camilla, balón de oxígeno y/o equipos de radiocomunicación, de acuerdo con la evaluación técnica y solicitará el cambio/reemplazo o reparación respectiva. El contratista deberá emitir opinión técnica en un plazo no mayor a tres (03) días hábiles desde reportado el evento.
* **Tiempo de reposición del bien por garantía**: el proceso de reemplazo e instalación de repuestos se ejecutará en un plazo de siete (07) días calendarios, contados a partir del día siguiente de emitida la opinión técnica del contratista. En caso de importación, se otorgará un plazo máximo de treinta (30) días calendarios. Es responsabilidad del contratista extender el plazo de vigencia de la garantía cuantas veces sea necesario durante el periodo de vigencia.

1. **INSPECCIÓN Y PRUEBAS EN FÁBRICA**

* La UNOPS llevará a cabo el seguimiento puntual durante el proceso constructivo, constatando el avance e hitos relevantes. Todos los cambios, modificaciones o mejoras deberán ser documentadas y pactadas entre las partes previa a su aceptación o autorización del MINSA.
* La UNOPS realizará, en fábrica, la inspección de la ambulancia, cabina médica y camilla y podrá solicitar al contratista la ejecución de pruebas, sin costo adicional alguno, a fin de verificar su conformidad con las especificaciones técnicas del Contrato. La UNOPS notificará por escrito al Contratista, oportunamente, la identidad de todo representante designado para estos fines, incluyendo personal del MINSA y consultores de UNOPS.
* Cuando sean realizadas en recintos del contratista o de su(s) subcontratista(s), se proporcionarán a los inspectores todas las facilidades y asistencia razonables, incluido el acceso a los planos y a los datos sobre producción, sin cargo alguno para la UNOPS.
* Si los bienes inspeccionados o probados no se ajustan a las especificaciones, la UNOPS podrá rechazarlos y el contratista deberá, sin cargo para la UNOPS, reemplazarlos o hacerles todas las modificaciones necesarias para dar cumplimiento a las especificaciones técnicas.
* La inspección, prueba o aprobación de los bienes por la UNOPS con anterioridad a su embarque desde el país de origen no limitará ni anulará en modo alguno el derecho de la UNOPS a inspeccionar, someter a prueba y, cuando fuere necesario, rechazar los bienes una vez que lleguen a su país de destino.
* El contratista deberá dar la facilidad a documentos técnicos, elementos físicos y procesos de la etapa de fabricación para lograr la tramitación de los certificados pertinentes para ambulancias requeridos por el Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC) de Perú, según las normas y Decretos Supremos detallados en el literal N de la presente Sección II.
* El contratista deberá generar los reportes respectivos posterior a cada inspección y remitirlos a UNOPS dentro del plazo de 5 días hábiles.
* Nada de lo dispuesto en este requerimiento liberará al contratista de sus obligaciones en materia de garantía o de otra índole estipuladas en este Contrato.

1. **MONEDA Y FORMA DE PAGO**

La moneda de pago será en Dólares Americanos (USD)

**Forma de pago**

La forma de pago de los bienes y servicios conexos se hará en dólares de los Estados Unidos de América (USD), como sigue:

**a) Pago de bienes:**

Anticipo: A solicitud del licitante, el pago anticipado puede ser permitido por hasta USD 500,000.00 (Quinientos mil dólares estadounidenses) o hasta el 20% (veinte por ciento), lo que sea menor, contra presentación de una factura por el monto anticipado y una garantía bancaria de pago anticipado, equivalente al 100% del monto anticipado, vigente hasta 30 días calendario posteriores a la entrega y conformidad de los bienes por parte del Comité de Recepción (conformado por el MINSA y UNOPS, en calidad de veedor).

**Sustento de pago anticipado** - **Cualquier solicitud de un licitante para pago anticipado dentro o fuera** de los límites indicados anteriormente, deberá ser justificada por escrito y presentada con la OFERTA de precio del licitador. Esta justificación deberá explicar la necesidad del pago anticipado, detallar el monto solicitado y proporcionar un cronograma para la utilización de dicho monto. UNOPS no garantiza la aprobación automática del pago anticipado por el monto solicitado en caso de adjudicación del contrato. El monto final del pago anticipado, si se aprueba, y las condiciones relevantes deberán ser acordadas con el proveedor adjudicado antes de la firma del contrato.

Al entregar los bienes en el Destino Final: el 80% del precio de los bienes recibidos en el destino final, se pagará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la inspección de los bienes, contra la presentación de la factura del titular de la Orden de Compra y la recepción por parte de UNOPS de la Aceptación Técnica – Operativa del Comité de Recepción y Entrega declarando declarando que los bienes han sido recibidos a satisfacción.

De no requerir, el proveedor el anticipo del 20%, el presente pago será hasta el 100% del precio de los bienes, siempre que cumpla con las condiciones antes señaladas.

**b) Pago de Servicios Conexos:**

Cien por ciento (100%) del costo de los servicios conexos, se pagará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la recepción por parte de UNOPS de la factura emitida por el titular de la orden de compra, acompañada de la Aceptación Técnica – Operativa de **Comité de Recepción** declarando que los servicios ejecutados han sido prestados a satisfacción, tales como: Programa de Capacitaciones, Entregas de las Garantías, los Planes de Mantenimiento de ambulancia y camilla, seguro SOAT, placas de rodaje y tarjeta de propiedad a nombre del Ministerio de Salud . La Aceptación Técnica – Operativa mencionada, son las Actas de Recepción y Entrega de los bienes en destino final, los cuales, serán presentados con sus documentos de pago a UNOPS, para su trámite correspondiente ante la ENTIDAD quien aprobará el pago final.

**Considerando que la administración y gestión de los servicios de mantenimiento preventivo estarán a cargo del MINSA, el pago del 100% de los servicios conexos ya incluye el pago por todos los mantenimientos preventivos, según el Plan de Mantenimiento aprobado. Ahora bien, si el contratista no cumple con estos mantenimientos a satisfacción del MINSA, su “Garantía bancaria de cumplimiento de la Garantía técnica del fabricante y de los Mantenimientos Preventivos” podrá ser ejecutada, sin derecho a reclamo alguno.**

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, UNOPS debe contar con la siguiente documentación;

**Primer Pago de anticipo, de requerirse:**

* Factura para Pago (original y una copia).
* Contrato (original o copia según sea el caso).
* Garantía Bancaria de adelanto.

**Segundo pago:**

* Nota de entrada en el lugar de entrega del MINSA, emitido por UNOPS (original).
* Acta de Recepción y Entrega suscrita por el Comité de Recepción y Entrega.
* Factura para Pago (original).
* Contrato (original).
* Constancia de capacitación de las ambulancias.
* Constancia de entrega de juego de manuales de operación y servicio técnico (una copia).
* Ficha Técnica o Memoria Técnica de la ambulancia (una copia).
* Garantías técnicas del fabricante: del vehículo, de la cabina médica y sus componentes, de la camilla, del balón de oxígeno y de los equipos de radiocomunicación (una copia).
* Garantía comercial de las ambulancias, emitida por el contratista (una copia)
* Plan de mantenimiento preventivo de ambulancias y de las camillas.
* Carta de Compromiso del contratista, que garantice la disponibilidad de repuestos, accesorios y consumibles por un tiempo mínimo de 5 años en Perú (camilla, balón y equipos de radiocomunicación) y mínimo de 10 años para el vehículo y la cabina médica y sus elementos.
* Guía de remisión (una copia).

1. **CONFIDENCIALIDAD**

El contratista deberá mantener la total confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que se tenga acceso y la que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

1. **PENALIDADES**

Salvo en las situaciones de fuerza mayor establecidas en las Condiciones Generales de Contrato de UNOPS, si un Contratista no entrega uno o todos los bienes exigidos dentro del plazo de entrega o no presta los servicios relacionados con la entrega de los bienes dentro del plazo contractual, UNOPS podrá, sin perjuicio de los demás recursos disponibles en virtud del Contrato, deducir del precio del Contrato, en concepto de liquidación de daños y perjuicios, una cantidad equivalente al 0.1 % del precio total del contrato por cada día de retraso y hasta que tenga efectivamente lugar la entrega de dichos bienes o la prestación de los servicios . La deducción no podrá superar el 10% del precio total del contrato. Una vez alcanzado este umbral, UNOPS tendrá derecho a finalizar el contrato, de conformidad con las Condiciones Generales de Contrato.

1. **DOCUMENTOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

El licitante adjudicado deberá presentar los siguientes documentos para la suscripción del contrato:

1. **Copia simple del poder legal vigente,** inscrito en su país de origen, otorgado al Representante Legal del licitante identificado y autorizado para formular y firmar la oferta.
2. **En el caso de Consorcio,** se debe presentar copia simple de los poderes legales vigentes de los representantes de las empresas que integran el consorcio. Si dichos documentos se encontraran en otro idioma que no sea el español, el licitante deberá hacer una traducción simple al español del objeto de la empresa.
3. **Copia simple de los documentos vigentes de constitución social** (y de todas sus reformas si las hubiese) del licitante o de sus empresas integrantes en caso de consorcio.
4. **Contrato de consorcio firmada por los representantes legales de las empresas integrantes del consorcio,** de cada uno de los integrantes, de ser el caso. El contrato de Consorcio deberá, al menos, incluir la siguiente información:

- Firmas que conforman el consorcio.

- Designación de un representante legal común y domicilio fijado por el consorcio.

- Porcentaje de participación de cada empresa , según promesa de consorcio

- Declaración expresa de compromiso formal de no modificar los términos del contrato o compromiso del consorcio, hasta que la prestación haya concluido satisfactoriamente a favor de UNOPS, en caso de adjudicarse el contrato.

- Todos los integrantes serán responsables mancomunada y solidariamente por el cumplimiento del contrato.

- Indicar si los pagos se realizan a nombre del consorcio o a una de las empresas integrantes del consorcio.

1. Garantía bancaria de fiel de cumplimiento de contrato por el 10% del monto total del contrato (también puede ser presentada luego de firmado el contrato)
2. Solicitud de pago anticipado, de requerir, (también puede ser presentada luego de firmado el contrato)
3. Cronograma actualizado de entrega para el suministro de las ambulancias.

Si dichos documentos se encontraran en otro idioma que no sea el español, el contratista deberá hacer una traducción simple al español.

1. **DOCUMENTOS PARA DESPUÉS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

El licitante adjudicado deberá presentar los siguientes documentos después de suscrito el contrato y previo a la entrega de los bienes:

1. Garantía de fiel cumplimiento del contrato, si es que no fue presentada a la firma del contrato.
2. Garantía de adelanto, de proceder
3. Sustento de pago anticipado, si es que no fue presentada a la firma del contrato.
4. Programa de capacitación para el correcto manejo, operación funcional, cuidado y conservación básica de la ambulancia, cabina médica y camilla, en un plazo de 60 días de firmado el contrato.
5. Plan de mantenimiento preventivo para las ambulancias y las camillas, en un plazo de 60 días de firmado el contrato.
6. Declaración jurada para demostrar que cuenta con el apoyo técnico suficiente de profesionales especialistas en las ambulancias y en la camilla, debiendo estar capacitados para poner a punto las ambulancias, indicando la cantidad y el rubro de los especialistas
7. Declaración jurada donde indique que los trámites del seguro SOAT, placas y tarjeta de propiedad serán sin costo alguno para la Entidad. En caso de no estar establecido en el país, deberá indicar que todos los trámites serán ejecutados por un tramitador local, el cual deberá estar debidamente habilitado para dicho propósito.
8. Planos, diagramas, certificados, protocolos y documentación técnica de la ambulancia y sus componentes.
9. Evidencia documental que la empresa que realizará los mantenimientos de la camilla está radicada en Perú

Si dichos documentos se encontraran en otro idioma que no sea el español, el contratista deberá hacer una traducción simple al español.

1. **DOCUMENTOS A TRAMITAR POR EL CONTRATISTA**
2. Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), según normativa peruana, para cada uno de los vehículos entregados vigentes por 1 año.
3. Deberá realizar los trámites de la inscripción de los registros públicos y paralelo a ello las respectivas placas de rodaje y tarjeta de propiedad a nombre del Ministerio de Salud previa coordinación con el almacén central.

La Entidad hará entrega de la siguiente documentación al contratista, para que gestione los trámites indicados supra:

* Resolución de nombramiento y delegación del funcionario que cuente con las facultades necesarias.
* Oficio remitido a la SUNARP para la inscripción.
* Oficio remitido a la Asociación automotriz solicitando la elaboración de las placas para uso de emergencia.
* Carta poder para gestionar la inscripción.
* Carta poder para el recojo de las placas de rodaje.
* Otros documentos, que considere pertinente la Entidad

El contratista deberá realizar los trámites de la inscripción en los registros públicos y paralelo a ello las respectivas placas de rodaje y tarjeta de propiedad a nombre del Ministerio de Salud previa coordinación con el Area Usuaria. Dichos gastos y trámites deberán estar incluidos en la oferta económica del licitante.

El seguro, placas y tarjeta de propiedad serán entregados en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, previa cancelación al 100% de la factura de las ambulancias.

El MINSA y el contratista coordinarán la entrega de información para los respectivos trámites.

.

1. **NORMAS DEL MTC (Ministerio de Transportes y Comunicaciones)**

Las modificaciones respecto a la carrocería del vehículo, serán aprobadas por una institución certificadora registrada, según las siguientes normas del MTC:

* Norma Técnica N° 058-2003-MTC MODIFICADO POR 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
  + 023-2006-MTC
* DIRECTIVA N° 002-2006-MTC/15 APROBADA CON LA R.D. N° 4848-2006-MTC/15,
* Cualquier otra norma aplicable vigente en el Perú.