

## Requerimiento

### Especificaciones Técnicas



Firmado digitalmente por  
MONTAYA NAKANISHI John Martin FAU  
20131257750 hard  
Motivo: Soy el autor del documento.  
Fecha: 05.12.2025 12:11:24-0500

|  |   |
|--|---|
| <b>Órgano y/o Unidad Orgánica</b>                  | Servicio Especialidades Quirúrgicas, Hospital III Jose Cayetano Heredia   |
| <b>Actividad del POI / Acción Estratégica PEI:</b> | OEI.01 Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.<br>AEI.01.01 Prestaciones de salud oportunas para los asegurados. |
| <b>Código CUBSO y Descripción:</b>                 | <b>ITEM N° 01 - 4232161000303251</b><br>ESPACIADOR INTERVERTEBRAL CERVICAL DE TITANIO CONVEXO 5 mm RELLENO CON SUSTITUTO OSEO SINTETICO USO QUIRURGICO  |
| <b>Denominación de la contratación:</b>            | Adquisición de Material Médico para el Servicio Especialidades Quirúrgicas – Neurocirugía Hospital III Cayetano Heredia de la Red Asistencial Piura.  |

#### I. FINALIDAD PÚBLICA

La presente contratación busca mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.

#### II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

- **Objetivo General:**  
Adquirir dispositivos médicos delegados a compra local para los centros asistenciales de la Red Asistencial Piura.
- **Objetivos Específicos:**
  - Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
  - Brindar prestaciones de salud oportunas para los asegurados.

#### III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR

##### 3.1 Descripción de los bienes a contratar:

| ITEM | CODIGO SAP | CANTIDAD | UM | MATERIAL REQUERIDO        |
|------|------------|----------|----|---------------------------|
| 1    | 20104693   | 2        | UN | ESPACIADOR INTERVERTEBRAL |

##### 3.2 Características técnicas:

###### A. DEL MATERIAL MEDICO

FICHA TÉCNICA

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. Denominación técnica: | ESPACIADOR INTERVERTEBRAL CERVICAL CON SISTEMA DE BLOQUEO DE ANCLAJE  |
| 2. Unidad de medida:     | UN  |
| 3. Grupo o Familia:      | Neurocirugía  |
| 4. Código SAP:           | 20104693 Espaciador intervertebral cervical con sistema de bloqueo de anclaje   |
| 5. Descripción General:  | Dispositivo médico destinado para ser implantado en el paciente de forma permanente mediante el procedimiento de disectomía cervical anterior con fusión. El espaciador tiene forma de cilindro pequeño, hueco y/o poroso, que se implanta entre los huesos con injertos óseos, mediante un sistema de bloqueo de anclaje, con la finalidad de brindar estabilidad mecánica y espacio para que se realice la fusión ósea. |

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

6. Indicación de uso:

- o Para pacientes adultos con enfermedad degenerativa del disco cervical con mielopatía y/o radiculopatía que no responden al tratamiento conservador.

7. Componentes y Materiales del dispositivo:

ESQUEMA:



Fig.1: Espaciador intervertebral cervical con sistema de bloqueo de anclaje (no incluye diseño)

MATERIAL

- o Espaciador: Polieterecetercetona (PEEK)
- o Sistema de bloqueo: Titanio o aleación de titanio

**CARACTERÍSTICAS**

El dispositivo médico está conformado por:

- o **ESPACIADOR:**
  - o Espaciador con forma de cilindro hueco.
  - o Superficie con dentado simétrico.
  - o Con marcadores radiopacos.
  - o Compatible con equipos de RX, TAC y Resonancia Magnética.
- o **SISTEMA DE BLOQUEO**
  - o Conformado por dos (02) aletas o (02) anclas o similar para anclaje (sin placa y/o tornillo de fijación).
  - o Compatible con el espaciador intervertebral cervical.

**Condición Biológica:**

- o Estéril, aséptico, biocompatible.

**8. Esterilización:**

- o De acuerdo a lo autorizado por el Ente Rector.

**9. Dimensiones:**

| N° | Componentes        | Altura*<br>(mm) | Ancho*<br>(mm) | Profundidad*<br>(mm) | Ángulo de<br>Lordosis* | Longitud*<br>(mm) |
|----|--------------------|-----------------|----------------|----------------------|------------------------|-------------------|
| 1  | Espaciador         | De 5 a 10       | De 14 a 17     | De 12 a 14           | De 0° a 7°             | -                 |
| 2  | Sistema de bloqueo | -               | -              | -                    | -                      | De 9 a 12         |

\*El usuario determinará las dimensiones de acuerdo a su necesidad.

- o En el implante debe estar grabado: código de producto, lote de medida y marca.
- o El instrumental y otros componentes adicionales para la colocación del implante debe ser proporcionada por la empresa proveedora, como los canjes necesarios de los componentes solicitados, de acuerdo al requerimiento del área usuaria.

**10. De la Presentación:**

**Características del envase:**

- o Que garantice las propiedades físicas, condiciones biológicas e integridad del producto durante el almacenamiento, transporte y distribución del dispositivo médico.
- o Exento de partículas extrañas, rebabas y aristas cortantes.
- o De fácil apertura.
- o De sellado hermético.

**Envase Inmediato:**

- o Según lo autorizado en su Registro Sanitario
- o Envase individual y original

**Envase Mediato:**

- o Caja de cartón u otro material distinto, que contenga en su interior una o más unidades del dispositivo médico en su envase inmediato.

**Logotipo:**

- o El envase mediató y/o inmediato (en caso de que el producto sólo cuente con envase inmediato), debe llevar el logotipo solicitado por la Entidad, con letras visibles y tinta indeleble, preferentemente de color negro:
  - o Consignar la frase: "EsSalud".
  - o Nombre de la Entidad o LOGOTIPO.
  - o Consignar la frase: "Prohibida su Venta"
  - o Nomenclatura del proceso de selección.

**11. Rotulado:**

- o De acuerdo a lo autorizado en su Registro Sanitario. El contenido de los rotulados de los envases inmediato y mediató (si aplica) deberá contener información establecida en el marco de los dispositivos legales con los cuales se otorgó la inscripción o reinscripción de su Registro Sanitario de acuerdo a lo establecido en los artículos 137° y 138° del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios aprobado por Decreto Supremo N° 016-2011-SA, modificado por el Decreto Supremo 029-2015-SA y el Decreto Supremo N° 016-2017-SA., y ser impresa con tinta indeleble y resistente a la manipulación. Tratándose del número de lote y fecha de expiración, éstos también podrán ser impresos en alto y bajo relieve.

**REQUISITOS TÉCNICOS**

El dispositivo médico debe contar con los siguientes documentos técnicos vigentes:

1. Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente, otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto éstas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) y el dispositivo médico ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado. La exigencia de vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario del producto se aplica para todo el proceso de selección y ejecución contractual.

**CONTROL DE CALIDAD**

El dispositivo médico estará sujeto al control de calidad en el Centro Nacional de Control de Calidad o cualquiera de los laboratorios autorizados que conforman la Red de Laboratorios Oficiales de Control de Calidad del país, de acuerdo a lo normado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM).



### 3.3 Embalaje y rotulado

#### 3.3.1 Embalaje

El embalaje de los bienes adquiridos debe cumplir con los siguientes requisitos:

Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento.

Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.

Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del dispositivo médico, presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento, nombre del contratista, especificaciones para la conservación y almacenamiento.

Dicha información podrá ser indicada en etiquetas. Aplica a caja master, es decir a caja completa del producto farmacéutico.

En caso que el bien amerite las caras laterales debe llevar el símbolo con letras de un tamaño mínimo de 5 cm de alto.

Además, en tipo negrita e indicar con una flecha el sentido correcto para posición de la caja.

Debe descartarse la utilización de cajas de productos comestibles o productos de tocador.

Para las dimensiones de la caja de embalaje debe considerarse la paleta (parihuela) estándar definida según NTP vigente.

Además, (si aplica) deben cumplir con los requisitos que deben contener el rotulado de los envases mediato e inmediato de los productos farmacéuticos de acuerdo al Art. 138°, 140°, 141°, 142° y 143° del Decreto Supremo N° 016-2011-SA y Decreto Supremo N° 029-2015-SA.

### **3.3.2 Rotulado**

Los envases de los bienes, que se adquieran y suministren por la Red Asistencial Piura, deberán garantizar la integridad, las propiedades físicas, las condiciones microbiológicas y biológicas del bien.

En el caso de bienes con Registro Sanitario, el rotulado de sus envases deberá estar de acuerdo al artículo 54° y 56° del “Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios”, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2011-SA y sus modificatorias.

Es obligatorio la presentación de información relacionada con el manual de instrucciones de uso o inserto de los materiales, reactivos e insumos de laboratorio (Art. No 54 y No 57 del D.S. No 016-2011-SA).

El logotipo de los envases de los bienes, independientemente de sus dimensiones deberán tener impreso la siguiente descripción, preferentemente de color negro:

- ✓ Consignar la frase : “Estado Peruano”
- ✓ Nombre de Entidad : “EsSalud”
- ✓ Consignar la frase : “Prohibida su Venta”
- ✓ Nomenclatura del proceso de selección : N° del procedimiento  
(Aplicable solo al envase mediato).

Es obligatorio para el contratista imprimir los rótulos indicados en el presente numeral, en el 100% de los envases de las cantidades a entregar mensualmente. EsSalud no está obligado a recibir los dispositivos médicos que no estén de acuerdo a las normas legales vigentes.

En el caso de bienes sin Registro Sanitario, el rotulado de sus envases deberá contener como mínimo la siguiente información:

- ✓ Nombre o denominación del bien.
- ✓ País de fabricación
- ✓ Fecha de vencimiento
- ✓ En caso que el bien contenga algún insumo o materia prima que presente algún riesgo para el consumidor o usuario, debe ser declarado.
- ✓ Nombre y domicilio legal del fabricante y/o del importador o distribuidor responsable, según corresponda.
- ✓ Registro Único de Contribuyente (RUC).

### **3.4 Certificación de calidad del bien:**

#### **3.4.1. Método de muestreo:**

Se realizará de acuerdo con la legislación y normatividad vigente, y lo establecido por el Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC) del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (MINSA), en su calidad de autoridad de los Laboratorios autorizados pertenecientes a la Red Nacional de Laboratorios Oficiales de Control de Calidad.

### **3.4.2. Método de ensayo o prueba:**

Se realizará de acuerdo con la legislación y normatividad vigente, y lo establecido por el Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC) del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (MINSA), en su calidad de autoridad de los Laboratorios autorizados pertenecientes a la Red Nacional de Laboratorios Oficiales de Control de Calidad.

Los costos que demande el control de calidad del producto farmacéutico deben ser asumidos por el contratista.

### **3.5 Transporte**

El transporte de los dispositivos médicos, es responsabilidad del contratista desde el momento de la salida de sus almacenes hasta el momento de entrega en la Unidad de Almacén de la Red Asistencial Piura.

### **3.6 Vigencia dispositivo médico:**

La vigencia mínima del dispositivo médico debe ser igual o mayor a veinticuatro (24) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad; asimismo, para el caso de suministros periódicos de bienes de un mismo lote, serán aceptados hasta con una vigencia mínima de veintiún (21) meses.

### **3.7 Garantía comercial:**

12 meses, contados a partir de la fecha en la que se otorgó la conformidad de recepción del dispositivo médico.

Alcance de la garantía: Contra defectos de diseño y/o fabricación, averías, entre otros, por un mal funcionamiento o pérdida total de los bienes contratados, derivados de desperfectos o fallas ajenas al uso normal o habitual de los bienes, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

### **3.8 Lugar y plazo de ejecución de la prestación**

#### **3.8.1 Lugar**

El dispositivo médico, se entregará en el Almacén de la Red Asistencial Piura; sito en Av. Independencia-Urbanización Miraflores-Distrito de Castilla-Departamento de Piura, en el horario de atención de lunes a viernes de 8:00 am a 16:00 pm.

#### **3.8.2 Plazo**

El plazo de ejecución de la prestación es de 10 días calendario, el mismo que se computa desde el día siguiente de la notificación de la orden de compra.

## **IV. OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

### **4.1 Otras obligaciones**

#### **4.1.1. Otras obligaciones del contratista**

Se solicita que el contratista que obtenga la buena pro en dispositivos médicos de alto volumen, realice las entregas mensuales por no contar con almacenes de alto volumen en EsSalud Piura.

### **4.2 Confidencialidad:**

El contratista, no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad sobre ninguno de los documentos preparados con el fondo de EsSalud, tales derechos pasarán a ser propiedad de la EsSalud.

### **4.3 Propiedad intelectual**

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

### **4.4 Recepción y conformidad de los bienes**

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 156 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas. La recepción será

otorgada por el Servidor Responsable de la Unidad de Almacén de la Red Asistencial Piura y la conformidad será otorgada por el Responsable de la **Jefatura del Servicio Especialidades Quirúrgicas** del Hospital III José Cayetano Heredia de la Red Asistencial Piura, en el plazo máximo de siete (7) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD CONTRATANTE las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar el cual no debe ser mayor al 30% del plazo del entregable correspondiente, dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD CONTRATANTE puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar sin considerar los días en los que pudiera incurrir la entidad contratante para efectuar las revisiones y notificar las observaciones correspondientes.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD CONTRATANTE no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

#### **4.5 Forma de pago**

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley.

La entidad contratante paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria, y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realiza de acuerdo con lo que se indique en el contrato de consorcio.

La entidad contratante realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en único pago.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la entidad contratante debe contar con la siguiente documentación:

- Documento de recepción y verificación del Servidor Responsable de la Unidad de Almacén de la Red Asistencial Piura.
- Documento en el que conste la conformidad de la prestación efectuada suscrita por el Servidor Responsable del **Jefatura del Servicio Especialidades Quirúrgicas** del Hospital III José Cayetano Heredia de la Red Asistencial Piura.
- Comprobante de pago.

Salvo los documentos que emite la entidad contratante, es decir, de recepción y verificación, así como de conformidad, el contratista debe presentar la documentación restante en mesa de partes de La Entidad, sito en Av. Independencia S/N Urb. Miraflores, Distrito de Castilla, Provincia y Departamento de Piura, en el horario desde las 8:00 a 13:00 horas.

#### **4.6 Modalidad de Pago:**

Suma alzada.

#### **4.7 Penalidad por Mora:**

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

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

Donde:

F = 0.40

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme al numeral 128.4 del artículo 128 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

La penalidad se deduce de los pagos a cuenta, pagos parciales o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la aplicación de la penalidad por mora y otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD CONTRATANTE puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **4.8 Responsabilidad por vicios ocultos**

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en el literal c) del numeral 69.2 del artículo 69 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y 158 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE.

### **V. CLAUSULA DE ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

A la suscripción de este contrato, EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la entidad contratante. Asimismo, EL CONTRATISTA se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.

Aunado a ello, EL CONTRATISTA se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación<sup>1</sup> y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito. En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, EL CONTRATISTA se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con LA ENTIDAD CONTRATANTE.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver total o parcialmente el contrato<sup>2</sup>. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de

<sup>1</sup> Artículo 9 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

<sup>2</sup> Literal d) del Numeral 68.1 del Artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco<sup>3</sup>. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar<sup>4</sup>.

## **VI. GESTION DEL RIESGO**

LAS PARTES realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato y los documentos que lo conforman, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

## **VII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante CONCILIACIÓN, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento.

Cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 82 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

## **VIII. RESOLUCION DE CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 130 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

## **IX. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

### **A. CAPACIDAD LEGAL**

#### Requisitos:

-Resolución Directoral de autorización sanitaria de funcionamiento y de sus cambios otorgadas al establecimiento farmacéutico del proveedor, emitidas por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), o por la Autoridad Regional de Medicamentos (ARM) del Ministerio de Salud (MINSa), según corresponda.

-Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del establecimiento farmacéutico del proveedor, emitida por la ANM o ARM, según corresponda.

-Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente, emitido por la DIGEMID, como ANM.

-Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) emitido por la ANM para el fabricante nacional o para el fabricante extranjero, o el documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo con el nivel de riesgo, emitido por la autoridad o entidad competente del país de origen y autorizado por la ANM, según normativa vigente.

-Certificado de Análisis autorizado por la ANM, u otro documento correspondiente que acredite las características específicas del bien establecidas en el numeral 3.2 Características técnicas, según lo autorizado en su Registro Sanitario.

#### Acreditación:

<sup>3</sup> Literal d) del artículo 303 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas

<sup>4</sup> Numeral 130.6 del artículo 130 del Reglamento de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

-Copia simple de la Resolución Directoral de autorización sanitaria de funcionamiento y de sus cambios otorgadas al establecimiento farmacéutico del proveedor, emitidas por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), o por la Autoridad Regional de Medicamentos (ARM) del Ministerio de Salud (MINSA), según corresponda.

-Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del establecimiento farmacéutico del proveedor, emitida por la ANM o ARM, según corresponda.

-Copia simple del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente, emitido por la DIGEMID, como ANM.

-Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) emitido por la ANM para el fabricante nacional o para el fabricante extranjero, o el documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo con el nivel de riesgo, emitido por la autoridad o entidad competente del país de origen y autorizado por la ANM, según normativa vigente.

-Copia simple del Certificado de Análisis autorizado por la ANM, u otro documento correspondiente que acredite las características específicas del bien establecidas en el numeral 3.2 Características técnicas, según lo autorizado en su Registro Sanitario.

## **B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**

### Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 100,000.00 (cien mil con 00/100 soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los diez años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computaran desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

Se consideran bienes similares a los siguientes: Medicamentos y productos farmacéuticos en general.

### Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con constancia de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por entidad del sistema financiero que acredite el abono o la cancelación del mismo con comprobante de pago<sup>5</sup>, o comprobante de retención electrónico emitido por SUNAT por la retención del IGV, correspondientes a un máximo de veinte contrataciones. En caso el postor sustente su experiencia en la especialidad mediante contrataciones realizadas con privados<sup>6</sup>, para acreditarla debe presentar de forma obligatoria lo indicado en el numeral (ii) del presente párrafo; no es posible que acredite su experiencia únicamente con la presentación de contratos u órdenes de compra con conformidad o constancia de prestación.

---

<sup>5</sup> El solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Es válido el sello colocado por el cliente del postor (sea utilizando el término "cancelado" o "pagado").

<sup>6</sup> Entendiéndose por estas a aquellos que no son entidades contratantes.

**ANEXO N° 03**

**DIRECTORIO**

|  |  |
|--|--|
| <i>DIRECCIONES ALMACENES CENTRALES - REDES ASISTENCIALES</i> |  |
| <i>ZONA NORTE</i>  |  |
| Red Piura  | Calle 8 S/N° - Urb. Miraflores; Hosp III – José Cayetano Heredia - Piura |

Fuente: Sub Gerencia de Almacenamiento y Distribución



**SOLICITUD DE REQUERIMIENTO DE MATERIAL MEDICO**

CENTRO ASISTENCIAL **HOSPITAL III "JOSÉ GAYETANO HEREDIA"**

FECHA

**I. DATOS DEL PACIENTE**

APELLIDO PATERNO **COLOMANOS** APELLIDO MATERNO **CHAVEZ** 1ER NOMBRE **DIANA** 2DO NOMBRE

FECHA NACIMIENTO **7/9/85** EDAD **39** DNI **03591939** AUTOGENERADO  HISTORIA

DIRECCIÓN  TELEFONO/CASA  CELULAR

TIPO DE ASEGURADO  TIPO DE SEGURO  FECHA DE VIGENCIA

En caso de menores de edad

**II. DATOS DEL TITULAR**

APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO  1ER NOMBRE  2DO NOMBRE

**COBERTURA Y ACREDITACIÓN**

CAPA SIMPLE NO  SI  CAPA COMPLEJA NO  SI

**III. DIAGNOSTICO:**

1.- **Hup con vial** PRESUNTIVO  DEFINITIVO  CIE-10   
2.-

**VI. REQUERIMIENTO DE MATERIAL MEDICO:**

**Espraidon 14kms/100ml** CANTIDAD **2** CODIGO SAP **20104693**  
**Concual con melleja**

**VII. DATOS ADICIONALES**

**Huero. Surtido 100ml** CODIGO SAP **2040257**  
**Nota aprobada. Se requiere surtido. Tu fondo Oro Español**

**EsSalud**  
HOSPITAL III JOSÉ GAYETANO HEREDIA  
RED ASISTENCIAL - PIURA  
Acreditado por: *[Signature]*  
Cond de Usuario: *[Signature]*  
Vigencia: **07/11/25**  
Contrato con A:   
Último Voucher N°:   
Empleado: *[Signature]*  
V°B°

**Dr. José Rojas Retorno**  
NEUROCIROJANO  
C.M.P. 22329 R.N.E. 10802  
S.U.R. ESPECIALIDAD QUIRURGICA  
HOSPITAL III "GAYETANO HEREDIA"  
EsSalud



|                                |  |                      |                           |
|--------------------------------|--|----------------------|---------------------------|
| <b>Acto Medico</b> 2597745     | (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)      |                      |                           |
| <b>Apellidos y Nombres</b>     | <b>CUADROS CHIRA DIANA DEL PILAR</b>         | Nro Historia Clínica | 5015071                   |
| <b>Doc. de Identidad</b>       | D.N.I. 03595979 Sexo FEMENINO                | Tipo de Paciente     | ASEGURADO REFERIDO        |
| <b>CAS de Atención</b>         | H.III C. HEREDIA                             | Tipo de Seguro       | S.REGULAR D.LEG.1057(CAS) |
| <b>Fecha de Atención</b>       | 23/09/2025 Edad en la Atención 59 A 5 M 22 D | Plan de Salud        |                           |
| <b>Area Hospitalaria</b>       | CONSULTA EXTERNA                             | Servicio Hosp.       | ANEST. ANALG. Y REANT.    |
| <b>Profesional Asistencial</b> | RUIZ TELLO FATIMA Colegiatura 70218          | Actividad Hosp.      | ATEN.MED.AMBUL.           |
| <b>Actividad Especifica</b>    | PRE-OPERATORIO                               |                      |                           |

**Anamnesis** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)  
 DX:  
 HNP C4CS EXTRUIDA + QUISTE ARACNOIDEO DORSOLUMBAR

ANTEC PATOLOGICOS: HTA TTO TTO IBERSARTAN, ACIDO ACETILSALICILICO, BISOPROLOL, ATORVASTATINA. HIPOTIROIDISMO TTO LEVOTIROXINA, EPILEPSIA TTO LAMOTRIGINA Y, ACIDO VALPROICO, LIVETIRACETAM.  
 CONSUME MORFINA 10MG C12/H TRAMADOL 1AMP DIA  
 RAM: NIEGA  
 ANTEC QX: CIRUGIA DE MAMA, ARTROSCOPIA DE RODILLA, CIRUGIA DE RIÑON, COLECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA, HERNIA UMBILICAL, HISTERECTOMIA

**Examen Clínico** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)

|                                 |                  |                                     |                |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>Signos Vitales:</b>          |                  | <b>ESCALA GLASGOW</b>               |                |
| Presión Arterial (mm Hg)        | 0 / 0 P.A.M 0,00 | Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min) | 0              |
| Presión Venosa Central (cm H2O) | 0                | Frecuencia Respiratoria x Min       | 0              |
| Sat. O2                         | 0                | AO                                  | _____          |
| Temperatura Corporal (°C)       | 0,0              | RV                                  | _____          |
| <b>Antropometría:</b>           |                  | RM                                  | _____          |
| Peso (Kg)                       | 0,000            | Talla (M)                           | 0,00           |
| Perímetro Abdominal             | 0,0              | TOTAL                               | 0              |
|                                 |                  | <b>REGISTRO DE DOLOR</b>            |                |
|                                 |                  | EVA 3 <b>DOLOR LEVE</b> 😊           |                |
|                                 |                  | <b>PULMONARY SCORE</b>              |                |
|                                 |                  | FR                                  | 0              |
|                                 |                  | Sibilancias                         | 0: No          |
|                                 |                  | ECM                                 | 0: No          |
|                                 |                  | TOTAL                               | 0              |
|                                 |                  | Gravedad                            | <b>NINGUNA</b> |

EX FISICO PREFERENCIAL  
 AO: 4CM DTM: 6CM MALLAMPATI. II DENTADURA: PROTESIS SUP  
 CV: RCRR NO SOPLOS  
 TYP BPMV EN AHT  
 EIV PALPABLES  
 SNC: ECG 15PTOS

EX AUXILIARES:  
 HB 11,8 GLIC 108

RQ: II  
 ASA: II

Plan de Trabajo/Comentarios y/o Observaciones (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)  
 1.- AYUNO PREOPERATORIO 8H  
 2.- CONTINUAR TTO ANTIHIPERTENSIVO  
 3.- SUSPENDER ACIDO ACETILSALICILICO 5DIAS ANTES DE LA CIRUGIA  
 4.-CONTINUAR TTO DE HIPOTIROIDISMO Y DE EPILEPSIA.

**Diagnostico** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)

| Código | Descripción  | Tipo       | Caso  | Alta? |
|--------|--|------------|-------|-------|
| Z51.4  | ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO SUBSECUENTE, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE | PRESUNTIVO | NUEVO | NO    |

Tipo de Consulta: CONSULTA RECUPERATIVA  
 Resultado Atención: ALTA  
 Tipo Contingencia Ley 18846 NO CORRESPONDE

**Solicitudes de Citas** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)

| Nro de Solicitud | Fecha de Emisión | Especialidad Solicitud | Actividad Solicitada | Actividad Especifica Solicitada | Tipo Cita | Cita para el Estado |
|------------------|------------------|------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------|---------------------|
|                  |                  |                        |                      |                                 |           |                     |

**Exámenes Auxiliares Solicitados** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)

**Medicamentos Recetados** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)

**Procedimientos del Acto Médico** (02668932-27/09/2025 09:39-10.56.1.188)



|                                |   |                                   |                      |                           |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Acto Medico</b> 2565168     | (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)       |                                   | Nro Historia Clínica | 5015071                   |
| <b>Apellidos y Nombres</b>     | <b>CUADROS CHIRA DIANA DEL PILAR</b>          |                                   | Tipo de Paciente     | ASEGURADO REFERIDO        |
| <b>Doc. de Identidad</b>       | D.N.I. 03595979                               | Sexo FEMENINO                     | Tipo de Seguro       | S.REGULAR D.LEG.1057(CAS) |
| <b>CAS de Atención</b>         | H.III C. HEREDIA                              |                                   | Plan de Salud        |                           |
| <b>Fecha de Atención</b>       | 22/08/2025                                    | Edad en la Atención 59 A 4 M 21 D | Servicio Hosp.       | CARDIOLOGIA               |
| <b>Area Hospitalaria</b>       | CONSULTA EXTERNA                              |                                   | Actividad Hosp.      | ATEN.MED.AMBUL.           |
| <b>Profesional Asistencial</b> | ZAPATA VARGAS HECTOR MANUEL Colegiatura 27625 |                                   |                      |                           |
| <b>Actividad Especifica</b>    | RIESGO QUIRURGICO                             |                                   |                      |                           |

**Anamnesis** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)  
RQ II

**Examen Clínico** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

|                                 |                          |  |                |
|---------------------------------|--------------------------|--|----------------|
| <b>Signos Vitales:</b>          |                          | <b>ESCALA GLASGOW</b>                    |                |
| Presión Arterial (mm Hg)        | 0 / 0 P.A.M              | 0,00 Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min) | 0              |
| Presión Venosa Central (cm H2O) | 0                        | Frecuencia Respiratoria x Min            | 0              |
| Sat. O2                         | 0                        |  |                |
| Temperatura Corporal (°C)       | 0,0                      |  |                |
| <b>Antropometría:</b>           |                          | <b>REGISTRO DE DOLOR</b>                 |                |
| Peso (Kg)                       | 0,000 Talla (M) 0,00 IMC | 0  |                |
| Perímetro Abdominal             | 0,0                      |  |                |
|                                 |                          | <b>EVA 1 DOLOR LEVE</b> 😊                |                |
|                                 |                          | <b>PULMONARY SCORE</b>                   |                |
|                                 |                          | FR                                       | 0              |
|                                 |                          | Sibilancias 0:                           | No             |
|                                 |                          | ECM                                      | 0: No          |
|                                 |                          | TOTAL                                    | 0              |
|                                 |                          | Gravedad                                 | <b>NINGUNA</b> |

**Plan de Trabajo/Comentarios y/o Observaciones** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

**Diagnostico** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

| Código | Descripción  | Tipo       | Caso  | Añe? |
|--------|--|------------|-------|------|
| Z51.4  | ATENCION PREPARATORIA PARA TRATAMIENTO SUBSECUENTE, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE | PRESUNTIVO | NUEVO | NO   |

Tipo de Consulta: CONSULTA RECUPERATIVA

Resultado Atención: RECITA Tipo Contingencia Ley 18846 NO CORRESPONDE

**Solicitudes de Citas** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

| Nro de Solicitud | Fecha de Emisión | Especialidad Solicitud | Actividad Solicitada | Actividad Especifica Solicitada | Tipo Cita     | Cita para el | Estado              |
|------------------|------------------|------------------------|----------------------|---------------------------------|---------------|--------------|---------------------|
| 183898315        | 22/08/2025       | CARDIOLOGIA            | ATENC.PROCEDIM.      | ELECTROCARDIOGRAMA              | PROCEDIMIENTO | 23/08/2025   | CITA SIN CONFIRMAR  |
| 183885316        | 22/08/2025       | CARDIOLOGIA            | ATEN.MED.AMBUL.      | RIESGO QUIRURGICO               | RECITA        | 21/09/2025   | SOLICITUD PENDIENTE |

**Exámenes Auxiliares Solicitados** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

**Medicamentos Recetados** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

**Procedimientos del Acto Médico** (02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

Realizado Por: ZAPATA VARGAS HECTOR

Fecha del Procedimiento: 22/08/2025

Fecha y Hora del registro: 22/08/25 14:58

|         |                                       |             |      |
|---------|---------------------------------------|-------------|------|
| Codigo: | 93000 ELECTROCARDIOGRAMA, CON INFORME | Resultado : | TIRV |
|---------|---------------------------------------|-------------|------|

Acto Medico 2568420

(02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

Apellidos y Nombres CUADROS CHIRA DIANA DEL PILAR  
 Doc. de Identidad D.N.I. 03595979 Sexo FEMENINO  
 CAS de Atención H.III C. HEREDIA  
 Fecha de Atención 22/08/2025 Edad en la Atención 59 A 4 M 21 D  
 Area Hospitalaria CONSULTA EXTERNA  
 Profesional Asistencial ZAPATA VARGAS HECTOR MANUEL Colegiatura 27625  
 Actividad Especifica ELECTROCARDIOGRAMA

Nro Historia Clinica 5015071  
 Tipo de Paciente ASEGURADO REFERIDO  
 Tipo de Seguro S.REGULAR D.LEG.1057(CAS)  
 Plan de Salud  
 Servicio Hosp. CARDIOLOGIA  
 Actividad Hosp. ATENC.PROCEDIM.

**Signos Vitales:**

Presión Arterial (mm Hg) 0 / 0 P.A.M 0,00 Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min) 0  
 Presión Venosa Central (cm H2O) 0 Frecuencia Respiratoria x Min 0  
 Sat. O2 0  
 Temperatura Corporal (°C) 0,0

**Antropometría:**

Peso (Kg) 0,000 Talla (M) 0,00 IMC 0  
 Perímetro Abdominal 0,0

**ESCALA GLASGOW**

AO \_\_\_\_\_  
 RV \_\_\_\_\_  
 RM \_\_\_\_\_  
 TOTAL 0

**REGISTRO DE DOLOR**

EVA [SELECCIONAR] SIN REGISTRO

**PULMONARY SCORE**

FR 0  
 Sibilancias 0: No  
 ECM 0: No  
 TOTAL 0  
 Gravedad NINGUNA

**Solicitudes de Citas**

(02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

| Nro de Solicitud | Fecha de Emision | Especialidad Solicitud | Actividad Solicitada | Actividad Especifica Solicitada | Tipo Cita | Cita para el Estado |
|------------------|------------------|------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------|---------------------|
|                  |                  |                        |                      |                                 |           |                     |

**Exámenes Auxiliares Solicitados**

(02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

**Medicamentos Recetados**

(02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

**Procedimientos del Acto Médico**

(02668932-27/09/2025 09:42-10.56.1.186)

Realizado Por: ZAPATA VARGAS HECTOR

Fecha del Procedimiento: 22/08/2025

Fecha y Hora del registro: 22/08/25 16:41

Codigo:  
 93000 ELECTROCARDIOGRAMA, CON INFORME

Resultado :  
 TIRV

ORDEN DE INTERNAMIENTO DE HOSPITALIZACION

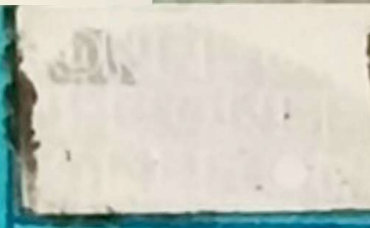
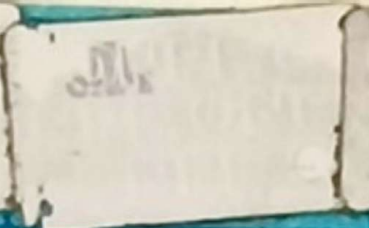
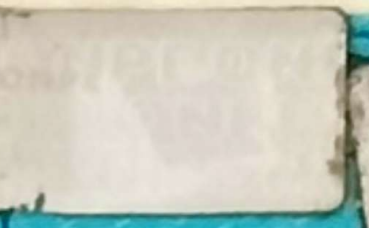
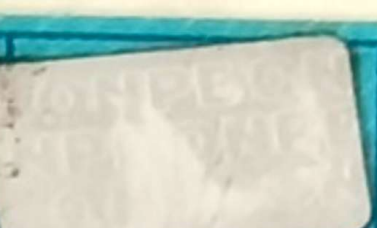
|                                |                        |                          |          |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|----------|
| Fecha Orden Internamiento      | 11/08/2025             |                          |          |
| Centro Asistencial             | H.III CAYETANO HEREDIA |                          |          |
| Nro.de Acto Médico Origen      | 2554115                |                          |          |
| Tip. Doc. Paciente             | D.N.I.                 | 03595979                 |          |
| Paciente                       | CUADROS                | CHIRA                    |          |
|                                | DIANA                  | DEL PILAR                |          |
| Servicio Hosp.Internamiento    | NEUROCIRUGIA           |                          |          |
| Tip.Doc.Identidad Médico       | D.N.I.                 | Nro.Doc.Identidad Médico | 02830976 |
| Apellido Paterno               | ROJAS                  | Apellido Materno         | REFORME  |
| Nombres                        | JOSE                   |                          |          |
| Informe Médico                 |                        |                          |          |
| Fecha Internamiento Solicitada | 12/09/2025             |                          |          |

Cancelar



**Dr. José Rojas Reforme**  
 NEUROCIRUJANO  
 CMP. 22329 RNE. 10892  
 ESPECIALIDAD QUIRURGICA  
 H.III CAYETANO HEREDIA



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |  |  |  |
| CONSTANCIA DE SUFRAGIO   | CONSTANCIA DE SUFRAGIO  | CONSTANCIA DE SUFRAGIO   | CONSTANCIA DE SUFRAGIO  |



Departamento  
**PIURA**

Provincia  
**PIURA**

Distrito  
**VEINTISEIS DE OCTUBRE**

Dirección

**MZ. LL LT. 001 INT. 02 ASENT H CONSUELO DE VELASCO**

Observaciones

Donación de Organos **NO**

Grupo de Votación **418235**



JEFE NACIONAL (1)

BERNARDO JUAN PACHAS SERRANO



Indice derecho 476855 475855 023960 0401 83243884