

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000532

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00513

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE REACTIVOS DE MICROBIOLOGIA AUTOMATIZADA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HRGDV	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	UNIDAD	355800020265	ANTIFUNGIGRAMA AUTOMATIZADO PARA LEVADURAS X 20 TARJETAS  <b>SE REQUIERE: FUNGIGRAMA PARA LEVADURAS CANTIDAD: 40 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
100	UNIDAD	355800020261	KIT DE REACTIVOS PARA SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE ENTEROBACTERIAS X 20 DETERMINACIONES  <b>SE REQUIERE: SISTEMA DE IDENTIFICACION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS CANTIDAD: 100 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
60	UNIDAD	355800020077	SISTEMA PARA IDENTIFICACION DE GRAM NEGATIVOS NO ENTEROBACTERIAS X 25 DETERMINACIONES  <b>SE REQUIERE: ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAM NEGATIVAS SISTEMICA CANTIDAD: 60 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
2	UNIDAD	355800020003	SISTEMA PARA IDENTIFICACION DE LEVADURAS X 20 DETERMINACIONES  <b>SE REQUIERE: SISTEMA DE IDENTIFICACION PARA LEVADURAS CANTIDAD: 40 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
60	UNIDAD	355800020080	SISTEMA PARA IDENTIFICACION DE STREPTOCOCCUS Y BACTERIAS RELACIONADAS X 25 DETERMINACIONES  <b>SE REQUIERE: ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAM POSITIVAS CANTIDAD: 60 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
<b>TOTAL</b>					

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

**Condiciones de Compra**

- Forma de Pago:
- Garantía:
- La Cotización debe incluir el I.G.V.
- Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :
- Tipo de Moneda :
- Validez de la cotización :
- Indicar Marca de Procedencia
- Tipo de Cambio :

Atentamente;

**Requerimientos Técnicos:**

- Producto Original o Compatible
- Descripción del ítem
- Características Adicionales
- Accesorios/Repuestos Adicionales Requeridos



## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000532

**Fecha :** 17/06/2026

**Hora :** 10:42

**Página :** 2 de 2

**UNIDAD EJECUTORA :** 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

**NRO. IDENTIFICACIÓN :** 001037

**N° E/M :** 00513

<b>Señores :</b>		<b>R.U.C. :</b>	
<b>Dirección :</b>			
<b>Teléfono :</b>	<b>Fax :</b>		
<b>Email :</b>	<b>Fecha :</b>	<b>Moneda :</b>	S/.
<b>Concepto :</b>	REQUERIMIENTO DE REACTIVOS DE MICROBIOLOGIA AUTOMATIZADA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HRGDV		

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	DET	355800020023	SISTEMA DE IDENTIFICACION + ANTIBIOGRAMA DE BACTERIAS GRAM POSITIVAS  <b>SE REQUIERE: SISTEMA DE IDENTIFICACION PARA BACTERIAS GRAM POSITIVAS</b> <b>CANTIDAD: 60 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>		
100	DET	355800020022	SISTEMA PARA IDENTIFICACION + ANTIBIOGRAMA DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS  <b>SE REQUIERE: ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAM NEGATIVAS URINARIAS</b> <b>CANTIDAD: 100 DETERMINACIONES O TARJETAS</b>  CON EQUIPO EN CESION EN USO  SE ADJUNTAN ESPECIFICACIONES TECNICAS		
<b>TOTAL</b>					

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

**Condiciones de Compra**

- Forma de Pago:
  - Garantía:
  - La Cotización debe incluir el I.G.V.
  - Plazo de Entrega en N° Días/ Ejecución del Servicio :
  - Tipo de Moneda :
  - Validez de la cotización :
  - Indicar Marca de Procedencia
  - Tipo de Cambio :
- Atentamente;

**Requerimientos Técnicos:**

- Producto Original o Compatible
- Descripción del ítem
- Características Adicionales
- Accesorios/Repuestos Adicionales Requeridos





# GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



05

## FORMATO N° 01

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA , ANATOMÍA PATOLÓGICA Y BANCO DE SANGRE – SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA
Actividad del POI:	BRINDAR ATENCIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS MICROBIOLÓGICOS A PACIENTES PROCEDENTES DE LOS SERVICIOS DE INFECTOLOGÍA, EMERGENCIA, UCI , UCIM , CIRUGIA .
Denominación de la Contratación:	ADQUISICIÓN DE REACTIVO DE IDENTIFICACIÓN Y ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO

#### I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

Garantizar la adecuada prestación de los servicios de diagnóstico microbiológico en el establecimiento de salud – HRGDV. Asimismo garantiza la adecuada prestación de los servicios de diagnóstico microbiológico en el establecimiento de salud

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

El reactivo de identificación y Antibiograma automatizado es un insumo de uso diagnóstico in vitro diseñado para la identificación de microorganismos y la determinación de su perfil de susceptibilidad a los agentes antimicrobianos mediante sistemas automatizados de microbiología clínica.

#### III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

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

Ítem	Cantidad	Unidad	Descripción del bien
01	40	Det	Sistema de Identificación para levaduras
02	40	Det	Fungigrama para levaduras
03	100	Det	Sistema de Identificación para bacterias Gram Negativas
04	100	Det	Antibiograma para Bacterias GRAM Negativas Urinarios
05	40	Det	Antibiograma para Bacterias GRAM Negativas Sistémicas
06	60	Det	Sistema de Identificación para bacterias Gram Positivas
07	60	Det	Antibiograma para bacterias GRAM positivas

#### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS :

##### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL REACTIVO

N°	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	
1	ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAM NEGATIVAS URINARIOS	<b>TARJETA O PANEL AUTOMATIZADO DE IDENTIFICACIÓN:</b> Identificación y antibiograma para bacterias GRAM negativas, GRAM positivas y levaduras. En presentación que reduzca la contaminación de las muestras biológicas. <b>METODOLOGÍA:</b> Identificación de Sustratos para lectura fotométrica y/o fluorescente y/o colorimétrica y/o transmitancia turbidimetría y/o redox automatizado. <b>ACCESORIOS:</b> Controles Internos
2	ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAN NEGATIVAS SISTÉMICAS	
3	ANTIBIOGRAMA PARA BACTERIAS GRAM POSITIVAS	
4	SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS	

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
ABANCAY  
Dr. Renán Ramos Morón  
MÉDICO PATÓLOGO  
C.M.P. 28721 - FONE 037457  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PC, AP Y HBS

Dr. Catty Sarmiento Valenzuela  
PATOLOGO CLÍNICO

5	SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE BACTERIAS GRAM POSITIVAS	<p>complementarios y otros de acuerdo a metodología que permitan la realización completa de la prueba. Controles de calidad interno: Semanal, según protocolo de la CLSI – M-100.</p> <p><b>EQUIPO:</b> El equipo será definido por el usuario de acuerdo presentará las especificaciones técnicas adjunto en el presente formato.</p> <p><b>MUESTRA BIOLÓGICA :</b> Cepa única</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS :</b> Identificación metodología : Sensibilidad MIC o MIC Break Point , para lectura fotométrica y/o fluorescente y/o lectura colorimétrica y/o transmitancia , turbidimetría y/o redox automatizado .</p>
6	SISTEMA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LEVADURAS	
7	ANTIBIOGRAMA PARA LEVADURAS	

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ANALIZADOR AUTOMATIZADO DE IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD MICROBIANA EN CESIÓN EN USO**

1.-Tipo	Analizador Automatizado Mediano de Diferenciación y Sensibilidad Microbiana
2.-Metodología	Fotometría o Fluorometría o Colorimetría o Transmitancia y/o Redox
3.- Performance	Capacidad para procesar 20 o más tarjetas o paneles simultáneamente
4.-Características	Incubadora integrado con capacidad para 20 o más paneles o tarjetas de diferenciación y Sensibilidad microbiana , con sistema óptico integrado para lectura de tarjetas. Identificación y Susceptibilidad Antifúngica para levaduras automatizada
5.-Muestra	Cepa de cultivo primario aislado apropiadamente : bacterias y levaduras
6.-Procesamiento de Datos :	<b>INTERNO :</b> Software y hardware para el manejo de datos del equipo (procesamiento de calibradores , controles y resultados ) . Hardware de acuerdo a requerimiento del usuario final (Computadoras , servidor y cableado ) . Con capacidad de archivo de datos en la PC y en los dispositivos informáticos de alta capacidad. Sistema que permita la incorporación de datos mínimos del paciente , asimismo que permita exportar la data a la herramienta Whonet. Actualización del Software de acuerdo a la actualización de la CLSI
7.- Accesorios del Equipo :	Fuente de poder de emergencia - UPS
8.-Consumibles, Controles complementarios y Accesorios.	Los insumos necesarios para la realización de las pruebas . La empresa proveerá los controles de interno ( mensuales ) , los cuales deberán entregarse en cantidad suficiente al inicio o cada mes, junto con la entrega de reactivos según lo detallado en el proceso de compra.

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
ABANCAY

*Dr. Renán Ramos Morón*  
MEDICINA  
C.M.P. 28721  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PC, AP Y HBS

*Dr. Carlos Sarmento Valenzuela*  
PATÓLOGO CLÍNICO



### GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



	<p>Se proveerá como controles las cepas ATCC y/o NCTC de : Escherichia Coli 25922 . Estafilococo Aureus 29213 , Pseudomonas aeruginosa 27853.</p> <p>Los accesorios necesarios para los procedimientos como : Fuente de poder , Vortex , Detector de turbidez por suspensión - Escala de Mac- Farland . Papeles para impresión . Impresora y computadora para la correcta operación , validación de los procedimientos.</p>
9.- Soporte Técnico	<p><b>Mantenimiento Preventivo:</b> La empresa ganadora deberá presentar el Programa de Mantenimiento Preventivo de acuerdo al manual del equipo proporcionado por la empresa fabricante y su respectivo cronograma de ejecución , el cual debe ser superisado por el Jefe o responsable del área de mantenimiento de la Institución en coordinación con el jefe del Área Usuaría .</p> <p><b>Mantenimiento Correctivo :</b> La empresa ganadora se compromete a la corrección de fallas dentro de las 48 primeras horas .</p> <p>Atención de notificaciones de fallas durante las 24 horas y los 7 días de la semana incluyendo domingos y feriados</p>
10.- Modo de Operación :	220v , 60Hz
11.- Asesorías y Capacitaciones :	Brindar capacitaciones certificada en el manejo del equipo, mantenimiento a nivel del usuario., uso adecuado y conservación de controles y calibradores a todo el personal que trabaja en el procesamiento de las muestras. Brindar capacitación anual en temas relacionados al control de calidad y estándares actualizados sobre resistencia bacteriana , métodos de identificación así como de la susceptibilidad microbiana .
12.- Antigüedad y otros	Se acepta mayor a 4 años siempre en cuando se asegure la calidad de los procesos y que el Software del equipo este actualizado a su última versión y con los puntos de corte de acuerdo a la CLSI vigente .

#### IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS.

Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura  
Registro Sanitario emitido por DIGEMID  
Constancia de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Transporte .

#### V. FECHA DE VENCIMIENTO

No menor de 06 meses

#### VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

Tiempo de garantía 06 meses

#### VII. MUESTRAS

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
ABANCAY

*[Signature]*

Dr. Renán Rojas Morón  
MEDICO PATOLOGO  
CMP. 23921 - RNE 037157  
- DEL DEPARTAMENTO DE DC, AP Y HBS

*[Signature]*

Dra. Catty Sarmiento Valenzuela  
PATOLOGO CLINICO  
C.R.P. 41010 - RNE 40700



**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



Cepa única de bacterias y levaduras correctamente aisladas .
<b>VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)</b>
Constancia RNP Vigencia de Poder Registro RUC
<b>IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)</b>
<b>Lugar:</b> Almacén Central del Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega <b>Plazo:</b> A los 5 días calendario una vez recepcionada la orden de compra
<b>X. CONFORMIDAD (Obligatorio)</b>
La conformidad será realizada por el Jefe del Servicio de Patología Clínica o Jefe de Departamento de Pc , AP y Banco de Sangre para ello es necesario que la guía de remisión cuente con el sello del almacen central del HRGD , orden de compra , factura .
<b>XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)</b>
(Señalar si se realiza el pago de la contraprestación en un solo pago o pagos periódicos) (Señalar la documentación obligatoria a presentar por el proveedor para la realización del pago como: recepción de almacén central, la conformidad y comprobante de pago) La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.
<b>XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA</b>
El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.
<b>XIII. PENALIDADES (Obligatorio)</b>
Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación: En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:  <b>Penalidad Diaria = <math>0.10 \times \text{Monto}</math></b> <b>F x Plazo en días</b> Donde F tendrá el siguiente valor: 0.40  Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso. Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.
<b>XIV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)</b>
(De acuerdo con el tipo de contratación las áreas usuarias pueden establecer otras penalidades diferentes a la mora, las cuales deben ser objetivas, razonables y proporcionales con el objeto de la contratación, por lo que se debe precisar el listado de las situaciones, condiciones, el procedimiento de verificación de las ocurrencias y los montos o porcentajes a aplicar)
<b>XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)</b>
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 122 del Reglamento de la Ley N° 32069 , Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

HOSPITAL REGIONAL APURÍMAC  
Dr. Renán Ramos Morón  
MEDICO PATÓLOGO  
C.M.P. 28727  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA, AP Y HBS



Dr. Catty Sarmiento Valenzuela  
PATÓLOGO CLÍNICO

