

## ANEXO 1

### TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

|                                  |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Órgano y/o Unidad Orgánica:      | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN                                                                                                              |
| Actividad del POI:               | GESTION Y VERIFICACION DE LA EFECTIVIDAD DEL PROCESO DE ESTERILIZACION                                                                 |
| Denominación de la Contratación: | SERVICIO DE FOTOCOPIADO Y REPRODUCCIÓN DE FORMATOS TÉCNICOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y TRAZABILIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN |

#### I. FINALIDAD PÚBLICA

Asegurar la disponibilidad oportuna y el abastecimiento sistemático de los formatos de registro técnico y administrativo de la Central de Esterilización. Esto tiene como propósito garantizar la trazabilidad absoluta de los dispositivos médicos reprocesados, el control riguroso de los indicadores de calidad (físicos, químicos y biológicos), y el correcto archivo documental, mitigando así el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y salvaguardando la seguridad de los pacientes en los diferentes servicios del hospital.

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Se requiere la contratación del servicio de fotocopiado y reproducción de formatos de control interno para la Central de Esterilización, con la finalidad de registrar y validar el adecuado procesamiento del material instrumental y dispositivos médicos. Este requerimiento contribuye directamente al cumplimiento de la Ley General de Salud (Ley N° 26842), la Ley N° 31972 (Ley que fortalece la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud - IAAS) y el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (R.M. 1472-2002-SA/MINSA).

#### III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:

El contratista realizará la reproducción de un total de 22,800 (veintidós mil ochocientos) fotocopias, de acuerdo al siguiente detalle técnico:

| Ítem | Descripción                                         | Cant   | Unid         | Características                                                                                                                                                                  |
|------|-----------------------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Formato "Manejo de Autoclaves"                      | 2,000  | Copia duplex | Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo.<br>Tamaño: A4<br>Color copia: Blanco y negro<br>Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones<br>Fotocopia Duplex |
| 2    | Formato "Formato de Trazabilidad"                   | 16,100 | Copia        | Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo.<br>Tamaño: A4<br>Color copia: Blanco y negro<br>Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones<br>Fotocopia simple |
| 3    | Formato "Registro de Autoclave – registro de Carga" | 3,400  | Copia        | Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo.<br>Tamaño: A4<br>Color copia: Blanco y negro<br>Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones<br>Fotocopia simple |
| 4    | Formato "Control de Indicadores"                    | 13,00  | Copia        | Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo.<br>Tamaño: A4<br>Color copia: Blanco y negro<br>Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones<br>Fotocopia simple |

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

Este requerimiento contribuye directamente al cumplimiento de la Ley General de Salud (Ley N° 26842), la Ley N° 31972 (Ley que fortalece la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud - IAAS) y el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (R.M. 1472-2002-SA/MINSA), en finalidad de garantizar el procesamiento seguro de material e instrumental para la atención del paciente en las diferentes áreas usuarias.

#### V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

**Fidelidad de reproducción:** Las fotocopias deberán ser idénticas a los documentos fuente (matrices originales). El área usuaria facilitará los formatos originales al contratista al inicio del servicio.

**Calidad del material:** Todo el producto final deberá entregarse cortado uniformemente en tamaño A4, sin arrugas, dobleces ni defectos de alimentación de máquina.

**Presentación:** Los formatos deberán entregarse debidamente empaquetados, clasificados por tipo de formato y en paquetes de 100 o 500 unidades para facilitar su conteo y control.

Contar con RUC activo y habido.

- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

#### VI. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION

El servicio se considerará ejecutado con la entrega física de la totalidad de las fotocopias requeridas en un único bloque.

- **Lugar de entrega:** Instalaciones físicas del Servicio de Central de Esterilización del Hospital Regional del Cusco.
- **Horario de entrega:** Coordinado previamente con la jefatura del área usuaria dentro del horario de atención.

#### VII. CONFORMIDAD

La conformidad de la prestación será otorgada por la Jefatura del Servicio de Central de Esterilización del Departamento de Enfermería del Hospital Regional del Cusco, previa verificación cuantitativa (conteo de unidades) y cualitativa (cumplimiento de las especificaciones técnicas y legibilidad).

#### VIII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista mediante Pago Único, luego de la entrega total del servicio.

Para la tramitación del pago, se deberá adjuntar de forma obligatoria:

- Informe de Conformidad otorgado por la Jefatura de la Central de Esterilización (Área Usuaria).
- Comprobante de pago (Factura o Recibo por Honorarios según corresponda) emitido debidamente.
- Guía de remisión o acta de recepción firmada.

La Entidad cancelará las obligaciones contractuales dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la emisión de la conformidad, conforme a la normativa de contrataciones del Estado vigente.

#### IX. CONFIDENCIALIDAD

El/la contratista deberá mantener confidencialidad y reserva absoluta respecto de toda la información a la que tenga acceso durante la ejecución del servicio, especialmente aquella relacionada con los pacientes, historias clínicas, información médica, administrativa y cualquier otra información interna del Hospital Regional del Cusco.

Asimismo, queda prohibido revelar, divulgar o utilizar dicha información para fines distintos a los relacionados con la prestación del servicio, salvo autorización expresa de la Entidad o por mandato legal.  
El incumplimiento de esta obligación podrá dar lugar a las acciones administrativas y legales correspondientes.

#### **X. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA**

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

#### **XI. PENALIDADES**

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:

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

Donde  $F = 0.40$ .

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.

#### **XII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL**

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.
- g) Por la presentación con información inexacta o falsa de la Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidades a que se hace referencia en la Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público. Asimismo, en caso se incumpla con los impedimentos señalados en el artículo 5 de dicha ley se aplicará la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al Estado, bajo cualquier modalidad.

#### **XIII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO**

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, 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, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor del Hospital Regional Cusco.

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 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 el Hospital Regional Cusco.

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 este acápite, durante la ejecución contractual, otorga el Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

#### **XIX. SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.



Ala. B. Salcedo Cordova  
ÁREA USUARIA O TÉCNICA ESTRATÉGICA  
CALLE 100 N° 100, 025837

**Firma**  
**Área usuaria o técnica estratégica**

## MANEJO DE AUTOCLAVES

### LISTA DE CHEQUEO

FECHA: \_\_\_\_\_

AUTOCLAVE: \_\_\_\_\_

#### MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE AUTOCLAVE

| Actividad:                                                         | Nombre del responsable | Hora | Observación                        | Firma |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|------|------------------------------------|-------|
| 1 Verificación de presión de aire (diario) Ref. 70-75 PSI          |                        |      |                                    |       |
| 2 Verificación de agua (diario) Ref. Agua blanda no mayor a 10 ppm |                        |      |                                    |       |
| 3 Verificación de Energía eléctrica (diario).                      |                        |      |                                    |       |
| 4 Verificación vapor saturado (diario) Ref. 50 -60 PSI             |                        |      |                                    |       |
| 5 Limpieza de cámara interna (diario). TECNICO ENFERMERIA          |                        |      |                                    |       |
| 6 Limpieza de filtros de drenaje (mensual).                        |                        |      |                                    |       |
| 7 Descarga del generador (trimestral) – AUTOCLAVE C                |                        |      |                                    |       |
| 8 Cambio de empaque (C/ 6 meses)                                   |                        |      | Fecha de cambio:<br>____/____/____ |       |
| 9 Cambio de filtro bacteriológico (C/ 6 meses)                     |                        |      | Fecha de cambio:<br>____/____/____ |       |

#### ENCENDIDO DE AUTOCLAVE (Personal del Servicio de Mantenimiento)

| Actividad:                                        | Hora | ¿El procedimiento fue satisfactorio? |    | OBSERVACION | FIRMA                          |
|---------------------------------------------------|------|--------------------------------------|----|-------------|--------------------------------|
|                                                   |      | SI                                   | NO |             |                                |
| 1 Purgado de autoclave.                           |      |                                      |    |             | FIRMA Y NOMBRE DEL RESPONSABLE |
| 2 Encendido de monitor con pulsador.              |      |                                      |    |             |                                |
| 3 Retracción de empaquetadura.                    |      |                                      |    |             |                                |
| 4 Limpieza de canal de empaque.                   |      |                                      |    |             |                                |
| 5 Lubricado de empaque.                           |      |                                      |    |             |                                |
| 6 Test de vacío (Diario).                         |      |                                      |    |             |                                |
| 7 Test de Bowie Dick. (Lunes, Miércoles y Sábado) |      |                                      |    |             |                                |

#### APAGADO DE AUTOCLAVE (Personal del Servicio de Mantenimiento)

| Actividad:                               | Hora | ¿El procedimiento fue satisfactorio |    | OBSERVACION | FIRMA                          |
|------------------------------------------|------|-------------------------------------|----|-------------|--------------------------------|
|                                          |      | SI                                  | NO |             |                                |
| 1 Apertura de puerta hacia el área azul. |      |                                     |    |             | FIRMA Y NOMBRE DEL RESPONSABLE |
| 2 Cerrar válvula de vapor.               |      |                                     |    |             |                                |
| 3 Cerrar válvula de aire.                |      |                                     |    |             |                                |
| 4 Apagado de monitor con pulsador.       |      |                                     |    |             |                                |

Observación: \_\_\_\_\_

03



## REGISTRO DE AUTOCLAVE – Registro de Carga

| DATOS                                 |  | TIPO DE DATOS                                                    |  | DATOS                                 |  | TIPO DE DATOS                                                    |  |
|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| Fecha                                 |  |                                                                  |  | Fecha                                 |  |                                                                  |  |
| N° De Ciclo (Autoclave)               |  |                                                                  |  | N° De Ciclo (Autoclave)               |  |                                                                  |  |
| Turno                                 |  | M ____ T ____                                                    |  | Turno                                 |  | M ____ T ____                                                    |  |
| Test de vacío realizado el            |  | Si ____ No ____                                                  |  | Test de vacío realizado el            |  | Si ____ No ____                                                  |  |
| Resultado test vacío                  |  | Normal ____ Irregular ____                                       |  | Resultado test vacío                  |  | Normal ____ Irregular ____                                       |  |
| Bowie-Dick                            |  | Aprobado ____ No aprobado ____                                   |  | Bowie-Dick                            |  | Aprobado ____ No aprobado ____                                   |  |
| Patrón de color                       |  | Uniforme ____ No uniforme ____<br>Manchas ____ Distorsiones ____ |  | Patrón de color                       |  | Uniforme ____ No uniforme ____<br>Manchas ____ Distorsiones ____ |  |
| Nombres de operadores de Carga        |  |                                                                  |  | Nombres del operadores de Carga       |  |                                                                  |  |
| Temperatura Programada (°C)           |  |                                                                  |  | Temperatura Programada (°C)           |  |                                                                  |  |
| Tiempo De Exposición (Min)            |  |                                                                  |  | Tiempo De Exposición (Min)            |  |                                                                  |  |
| Temperatura Alcanzada                 |  |                                                                  |  | Temperatura Alcanzada                 |  |                                                                  |  |
| Presión Alcanzada (mB)                |  |                                                                  |  | Presión Alcanzada (mB)                |  |                                                                  |  |
| F0                                    |  |                                                                  |  | F0                                    |  |                                                                  |  |
| Término                               |  | Normal ____ Irregular ____                                       |  | Término                               |  | Normal ____ Irregular ____                                       |  |
| Hora de inicio y Hora de termino      |  | I: ____ T: ____                                                  |  | Hora de inicio y Hora de termino      |  | I: ____ T: ____                                                  |  |
| Indicador Químico                     |  | Tipo 1, Tipo 2, Tipo 4, Tipo 5                                   |  | Indicador Químico                     |  | Tipo 1, Tipo 2, Tipo 4, Tipo 5                                   |  |
| Resultado Indicador Químico (DDP) ( ) |  | Aceptable ____ No aceptable ____                                 |  | Resultado Indicador Químico (DDP) ( ) |  | Aceptable ____ No aceptable ____                                 |  |
| Indicador Biológico                   |  | Lote ____                                                        |  | Indicador Biológico                   |  | Lote ____                                                        |  |
| Resultado Indicador Biológico (DDP)   |  | Negativo ____ Positivo ____                                      |  | Resultado Indicador Biológico (DDP)   |  | Negativo ____ Positivo ____                                      |  |
| Lote de carga                         |  |                                                                  |  | Lote de carga                         |  |                                                                  |  |
| Contenido de carga                    |  | Instrumental ( ) Ropa ( )<br>Goma ( )                            |  | Contenido de carga                    |  | Instrumental ( ) Ropa ( )<br>Goma ( )                            |  |
| N° de registro                        |  |                                                                  |  | N° de registro                        |  |                                                                  |  |
| N° de bultos/ paquetes                |  |                                                                  |  | N° de bultos/ paquetes                |  |                                                                  |  |
| N° de sobres                          |  |                                                                  |  | N° de sobres                          |  |                                                                  |  |
| Ciclo aprobado                        |  | Sí ____ No ____                                                  |  | Ciclo aprobado                        |  | Sí ____ No ____                                                  |  |
| Ciclo no aprobado                     |  | Reprocesado ____ Cuarentena ____                                 |  | Ciclo no aprobado                     |  | Reprocesado ____ Cuarentena ____                                 |  |
| Fecha caducidad                       |  |                                                                  |  | Fecha caducidad                       |  |                                                                  |  |
| Observaciones                         |  |                                                                  |  | Observaciones                         |  |                                                                  |  |
| Sellos y Firmas                       |  |                                                                  |  | Sellos y Firmas                       |  |                                                                  |  |

**CONTROL DE INDICADORES**  
**CENTRAL DE ESTERILIZACION HOSPITAL REGIONAL**

**AUTOCLAVE:**

---

**FECHA:**

---

**OPERADOR:**

---

**CONTROL DE EQUIPO (BOWIE DICK)**

**CONTROLDE EXPOSICION CINTA CONTROL**

**CONTROLDE PAQUETE (INDICADOR INTERNO, INTEGRADORES)**

**CONTROL DE CARGA (INDICADOR BIOLOGICO)**

**INICIO:**

**LECTURA:**

**SUPERVISION**