

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS
TECNICOS, PROFESIONALES Y/O ESPECIALIZADOS REALIZADOS POR
PERSONAS NATURALES**

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 ANILLADO, FOTOCOPIADO Y REPRODUCCIÓN, 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 **15,040 (quince mil cuarenta) fotocopias y 18 anillados (capacidad de 200 hojas y apertura de 360°)**, de acuerdo al siguiente detalle técnico:

Ítem	Descripción	Cant	Unid	Características
1	Formato "Control de Indicadores de Esterilización"	1,300	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones
2	Formato "Formato de Trazabilidad"	9,500	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple
3	Formato "Registro de Autoclave – registro de Carga"	3,600	Copia y Anillado	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro ORGANIZADOS EN 18 ANILLADOS (Capacidad de 200 HOJAS Y APERTURA DE 360° Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple
4	Formato "Formato de Monitoreo de Limpieza de Instrumental /Material"	300	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple
5	Formato "Formato de Supervisión de	100	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4

	Desinfección de Alto Nivel (DAN)"			Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple
6	Formato "Formato de Supervisión de descontaminación y Lavado de Material"	120	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple
7	Formato " Formato de supervisión del Almacenamiento de material estéril"	120	Copia	Material: Papel bond blanco de 75 gramos como mínimo. Tamaño: A4 Color copia: Blanco y negro Legibilidad: fotocopia clara, sin manchas, ni borrones Fotocopia simple

IV. REQUISITOS MÍNIMOS

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.

V. PLAZO DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución y entrega total del servicio será de diez (10) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio o de la entrega de los formatos originales por parte del área usuaria (lo que ocurra último).

VI. ENTREGABLES

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

El contratista declara que no ha ofrecido ni ofrecerá pagos, regalos o cualquier beneficio indebido a evaluadores del proceso de contratación ni a servidores del Hospital Regional Cusco para obtener ventajas en el proceso o durante la ejecución del contrato.

Asimismo, se compromete a mantener una conducta íntegra y a adoptar las medidas necesarias para prevenir actos de corrupción durante la ejecución del contrato. En caso tome conocimiento de actos de corrupción o conducta funcional, deberá denunciarlos ante las autoridades competentes.

El incumplimiento de estas obligaciones faculta al Hospital Regional Cusco a resolver total o parcialmente el contrato.

XIV. 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.




Mg. Ruth Nataly Salcedo Cordova
ESPEC. EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
CEP. 069148 ESP. 025837

Sello y Firma



CONTROL DE INDICADORES - CEyE – HRC



AUTOCLAVE: _____

FECHA: _____

OPERADOR: _____

- CONTROL DE AUTOCLAVE (Bowie Dick)

- CONTROL DE EXPOSICION CINTA CONTROL

- CONTROL DE PAQUETE (Indicador interno, Integradores)

- CONTROL DE CARGA (Indicador Biológico)

INICIO:

LECTURA:

SUPERVISION

FORMATO DE TRAZABILIDAD
RECEPCION, PROCESAMIENTO Y DEVOLUCION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL

[illegible]



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 ____ Manchas ____ Distorsiones ____		Patrón de color		Uniforme ____ No uniforme ____ 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 () Goma ()		Contenido de carga		Instrumental () Ropa () 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			

[illegible]

***TENER EN CUENTA:** Al momento de verificación, PASA ≤ 50 URL, NO PASA >50 URL

Anexo N° 3

FORMATO DE SUPERVISION DE DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)

ACTIVIDAD: DESINFECCION DE ALTO NIVEL				
SERVICIO: _____		Fecha: _____		Hora: _____
PERSONAL QUE PARTICIPA DE LA VISITA: _____ _____				
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Eliminar microorganismos mediante acción química.				
¿El servicio cuenta con espacio / área destinado a la Desinfección de Alto Nivel?				
		SI	NO	
A CONTINUACION MARQUE EN EL RECUADRO DE SI / NO SEGÚN CORRESPONDA				
	PREPARACION	SI	NO	OBSERVACION
1	El operador cuenta con EPP (Guantes, mascarilla, lentes, mandil descartable y gorro)			
2	Cuenta con Equipamiento e insumos necesarios.			
	PROCEDIMIENTO (Observación al operador)			
3	Lavado de manos clínico			
4	Colocación de EPP (Guantes, bata, lentes)			
5	Coloca cuidadosamente material en recipiente con Desinfectante de Alto Nivel.			
6	Espera tiempo de inmersión señalado según indicaciones de fabricante.			
7	Cambio de EPP estéril (guantes)			
8	Asegura que desinfectante llegue a superficies poco accesibles (lúmenes). Se ayuda de otros instrumentos.			
9	Aclara (enjuaga) el instrumental con agua estéril a chorro, ayudando a retirar residuos de desinfectante. (debe existir un operador extra que colabore en echar el agua estéril)			
10	Seca el material con campos estériles .			
ACTIVIDAD: EMPAQUETADO y ALMACENADO DE MATERIAL				
11	Coloca equipo desinfectado y seco en manga mixta estéril.			
_____ Jefe Enfermería del Servicio visitado		_____ Central de Esterilización		

FORMATO DE SUPERVISION DE DESCONTAMINACION Y LAVADO DE MATERIAL

ACTIVIDAD: DESCONTAMINACION O PRE LAVADO

SERVICIO: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 PERSONAL QUE PARTICIPA DE LA VISITA: _____

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Remover la materia orgánica visible o suciedad de gran tamaño.
 ¿El servicio cuenta con espacio / área destinado a la descontaminación y lavado de material?
 SI NO

A CONTINUACION MARQUE EN EL RECUADRO DE SI / NO SEGÚN CORRESPONDA

	PREPARACION	SI	NO	OBSERVACION
1	El operador cuenta con EPP (Guantes, mascarilla, lentes, mandil descartable y gorro)			
2	Cuenta con lavadero e instalaciones adecuadas.			
	PROCEDIMIENTO (Observación al operador)			
3	Lavado de manos clínico			
4	Colocación de EPP (Guantes, bata, lentes)			
5	Reúne y clasifica material contaminado en un recipiente			
6	Abre y desmonta el instrumental			
7	Lleva material a pileta a chorro			
8	Realiza movimientos para limar residuos visibles en instrumental.			

ACTIVIDAD: LAVADO DE MATERIAL

	PREPARACION (Observación al operador)	SI	NO	OBSERVACION
9	Prepara detergente enzimático de acuerdo a indicaciones en el frasco, en recipiente profundo.			
	PROCEDIMIENTO (Observación al operador)			
10	Coloca cuidadosamente instrumental en recipiente con detergente enzimático.			
11	Espera tiempo de inmersión señalado según indicaciones.			
12	Usa cepillo de cerdas suaves, bajo el agua para evitar salpicaduras.			
13	Aclara (enjuaga) el instrumental con agua corriente a chorro, ayudando a retirar residuos de suciedad y detergente.			
14	Seca el material con campos limpios.			
	BIOLUMINISCENCIA: Valor por debajo de 50 URL			

ACTIVIDAD: EMPAQUETADO DE MATERIAL

15	Lavado de manos			
16	Calzado de guantes de procedimiento			
17	Inspecciona la limpieza y funcionalidad de instrumental previo a su preparación.			
18	Empaqueta material en campo de tela o papel crepado			
19	Rotula material			

¿Cuenta con recipiente para traslado de material a Central de Esterilización?
 SI NO

 Jefe Enfermería del Servicio visitado

 Central de Esterilización

Anexo N° 4

FORMATO DE SUPERVISION DEL ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL

ACTIVIDAD: ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL				
SERVICIO: _____		Fecha: _____	Hora: _____	
PERSONAL QUE PARTICIPA DE LA VISITA: _____ _____				
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Garantizar la conservación del material estéril.				
¿El servicio cuenta con espacio / área destinado al Almacenamiento de Material?				
		SI	NO	
A CONTINUACION MARQUE EN EL RECUADRO DE SI / NO SEGÚN CORRESPONDA				
PREPARACION		SI	NO	OBSERVACION
1	El operador cuenta con EPP (Guantes, mascarilla, mandil descartable y gorro)			
2	El operador verifica cinta indicadora con lote y fecha de vencimiento del artículo estéril.			
3	Los materiales se encuentran en su envoltorio en buen estado, libre de roturas y humedad.			
PROCEDIMIENTOS				
4	Higiene de manos antes de entrar en contacto con material estéril.			
5	Coloca cuidadosamente material en recipiente o superficie destinada al almacenamiento de material.			
6	Operador limita la manipulación de material estéril.			
7	Se realiza circuito de rotación según fecha de caducidad.			
8	Área destinada al almacenamiento de material estéril mantiene ventanas cerradas .			
9	Área destinada al almacenamiento de material estéril mantiene puertas cerradas .			
	*Si el material es almacenado en recipiente, este cuenta con tapa hermética.			
	BIOLUMINISCENCIA: Superficies con valor por debajo de las 100 URL			
_____ Jefe Enfermería del Servicio visitado		_____ Central de Esterilización		