

TERMINO DE REFERENCIA DE SERVICIO

Órgano y/o Unidad Orgánica	UNIDAD EJECUTORA RED INTEGRADA DE SALUD DE ACOBAMBA
Actividad del POI	FUENTE: RECURSOS ORDINARIOS GERERICA: 2.3 META: 142 ESPECIFICA: 2.3.2.4.7.1

I. FINALIDAD PÚBLICA
La finalidad pública de la presente contratación busca asegurar el nivel de atención de pacientes y usuarios, así como garantizar la operatividad y preservar la vida útil de los Equipos Biomédicos, Electromecánicos, Mobiliario y Vehículos, para continuar con la prestación de los servicios del **Hospital Provincial de Acobamba de la Red Integrada de Salud de Acobamba**.

II. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN
El presente documento establece los términos de referencia para el mantenimiento **DE EQUIPO BIOMEDICO ELECTROBISTURIMONO/BIPOLAR**, con el fin de garantizar su correcto funcionamiento, prolongar su vida útil y prevenir fallas que puedan afectar la calidad de la atención o la seguridad del paciente.

III. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
El servicio a prestar por el proveedor tiene la siguiente cobertura durante su vigencia:

- a) El proveedor ejecutará las labores de mantenimiento **correctivo** en las instalaciones del Hospital Provincial de Acobamba.
- b) El Servicio de Mantenimiento preventivo/Correctivo a todo costo, comprende al Equipo y todos sus componentes, según lo solicitado de ser el caso.
- c) El proveedor asumirá las actividades contratadas por su cuenta y riesgo, contarán con sus propios recursos financieros, técnicos, equipamiento, instrumentación, insumos y sus trabajadores estarán bajo su exclusiva subordinación.

El servicio contratado incluye el suministro e instalación de todos los repuestos y accesorios necesarios para la correcta operatividad de los equipos en la cobertura del contratista por lo que los participantes contarán con todas las facilidades para verificar y evaluar los equipos, bajo supervisión del jefe de la UPSS y el responsable de Mantenimiento de Equipos Biomédicos o quien haga sus veces, antes de ofertar su propuesta técnica.

DESCRIPCION

IV. CARACTERISTICAS

a) **ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO**
SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO, ELECTROBISTURIMONO/BIPOLAR
MARCA: LED
MODELO: SURTRON
SERIE: 3690105213
CODIGO PATRIMONIAL: 532233820001 **HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA**

01. REALIZAR DESMONTAJE Y MONTAJE DEL EQUIPO DE ACUERDO A PROTOCOLO INDICADO POR EL FABRICANTE.
02. REALIZAR INSPECCIÓN GENERAL DEL EQUIPO.
03. REALIZAR LIMPIEZA DE LA TARJETA ELECTRÓNICA DE LA FUENTE ALIMENTACIÓN.
04. REALIZAR LIMPIEZA DE LA TARJETA ELECTRÓNICA PRINCIPAL.
05. REALIZAR AJUSTE DE LOS CONTACTOS Y BORNERAS DE LA TARJETA ELECTRÓNICA PRINCIPAL.
06. REALIZAR CAMBIO DE TODOS LOS BOTONES DEL PANEL DE CONTROL.
07. LIMPIEZA INTEGRAL A PEDAL DEL EQUIPO.
08. VERIFICACIÓN DE POTENCIA DE CORTE.
09. VERIFICACIÓN DE POTENCIA DE COAGULACIÓN.
10. REALIZAR CALIBRACIÓN DE LA POTENCIA SUMINISTRADA
11. LIMPIEZA INTERNA Y EXTERNA DEL EQUIPO.
12. LIMPIEZA Y LUBRICACIÓN DEL COCHE DE TRASLADO DEL EQUIPO.
13. VERIFICACIÓN DEL SISTEMA ELECTRÓNICO (CABLES, ENCHUFE, FUSIBLE).
14. SUMINISTRO DE PLACA NEUTRA.
15. PRUEBA FUNCIONAL Y OPERATIVIDAD DEL EQUIPO.



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA
RED DE SALUD ACOBAMBA
WILSON SANCHEZ GOMEZ
C.R. - 23394673
RESERVA DE TRANSPORTES

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD ACOBAMBA
Agapito Córdova Córdova

V. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

- Deberá contar con Registro Único de Contribuyentes (RUC) vigente, condición activo y habido; asimismo; deberá estar en la actividad económica en relación al objeto de la contratación.
 - Deberá contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente.
 - Deberá contar Código de Cuenta Interbancario (CCI).
 - Deberá contar con profesión ingeniero electrónico y/o electricista y/o mecánico y/o biomédico y/o mecatrónico titulado y habilitado; con 3 años de experiencia en el rubro de mantenimiento de equipos biomédicos y/o electrónicos al igual que el personal a su cargo en entidades públicas y/o privadas en general.
 - El proveedor deberá contar con personal capacitado y las herramientas e instrumentos adecuados para realizar los trabajos del presente término de referencia.
- Experiencia del postor en el rubro debe comprobarse con 3 contratos iguales o similares al objeto de la contratación.
- Deberá contar con experiencia en mantenimiento de electrobisturías de diferentes marcas y modelos. La experiencia del profesional se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: Copia simple de contratos o constancias o certificados o cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

VI. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

- El servicio se realizará en el Hospital Provincial de Acobamba – Provincia de Acobamba - Región Huancavelica.
- El plazo de ejecución será de hasta DIEZ (10 días) días calendarios contabilizada desde el día siguiente de la notificación de la Orden de Servicio.

VII. ENTREGABLES

Deberá considerar las actividades recomendadas y establecidas en los manuales del fabricante con el fin de complementar las actividades establecidas en los términos de referencia, para beneficio y conservación del equipo y sus componentes.

Deberá entregar al Servicio Usuario (UPSS) y al responsable del Mantenimiento de Equipos Biomédicos o quien haga sus veces, un informe técnico para dejar constancia de las actividades realizadas y una OTM (Orden de Trabajo de Mantenimiento), de los trabajos realizados y repuestos cambiados, en las fechas realizadas.

Deberá coordinar permanentemente con el responsable del Plan de Mantenimiento de Equipos de la RIS Acobamba, los aspectos necesarios para la adecuada prestación del servicio.

Acta de inicio de servicio
Al inicio de la ejecución de la actividad de mantenimiento, la Unidad de Gestión de Servicios entregará al PROVEEDOR, tres (03) copias de la Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) para ser llenado al finalizar la actividad.

- Acta de haber realizado el protocolo de pruebas y resultados esperados del equipo (uso de instrumento / equipos utilizados) elaborado por la empresa
- Acta de entrega de materiales o repuestos reemplazados
- Acta de capacitación en manejo, operación funcional, cuidado y conservación del equipo.
- Fotografía del servicio realizado (antes, durante y después), detallados.
- Acta de haber realizado el cumplimiento del mantenimiento, de acuerdo al requerimiento
- Certificado de garantía del servicio de mantenimiento preventivo/correctivo.
- Acta de verificación del servicio por el supervisor y/o responsable de servicio.
- Guía de remisión de repuestos cambiados

Una vez adquiridos los repuestos, partes y/o software, el PROVEEDOR procederá a revisarlos, instalarlos, y realizar las pruebas operativas que sean necesarias, hasta asegurar el correcto funcionamiento del equipo antes indicado.

VIII. CONFORMIDAD

La conformidad deberá realizar el jefe del área, responsable de equipamiento y mantenimiento de la IPRESS, jefe y/o Director de la IPRESS y el representante de la Oficina de Equipamiento y Mantenimiento de la Unidad Ejecutora Red de salud de Acobamba.

IX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará en soles en un solo pago, una vez culminado el servicio y firmada la conformidad, previa presentación de la carta del cumplimiento del servicio, debiendo presentar para ello los siguientes documentos:

- Factura o Comprobante de pago.
- Acta de Conformidad firmada por el usuario y/o un representante de la Oficina de Equipamiento y Mantenimiento de la Unidad Ejecutora Red de salud de Acobamba.
- Carta de Garantía.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo no



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
RED DE SALUD ACOBAMBA
[Signature]
WILLY SANCHEZ GOMEZ
R - 23394673
RESP. AREA DE TRANSPORTES

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD ACOBAMBA
[Signature]
Agapito Ccencho Cahuana

menor de tres (03) o máximo siete (07) días calendarios si es un bien complejo de producida la recepción, luego de internado el bien o prestado el servicio.
 La ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de otorgada la conformidad del servicio, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

X. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

El Proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (1) año, contando a partir de la conformidad por la entidad, el cual se activará la carta de garantía automáticamente.

XI. PENALIDADES

PENALIDADES:

De acuerdo al ARTICULO 120 del REGLAMENTO DE LA LEY N° 32069, LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PUBLICAS, en caso de retraso injustificada del contratista derivado de la Orden de Compra, Orden de Servicio o Contrato, la entidad contratante aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez (10%) del monto de la Orden de Compra, Orden de Servicio o del Contrato vigente o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Esta penalidad será deducida de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final.

XII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Unidad Ejecutora Red de Salud de Acobamba puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por incumplimiento injustificado de las obligaciones contractuales, legales o reglamentarias a su cargo, pese a haber sido requerido para ello.
- b) Por la 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.
- c) Por la paralización o reducción injustificada de la ejecución de la prestación pese a haber sido requerido para corregir la situación.
- d) Por caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad de la ejecución, amparado en un hecho o evento extraordinario, imprevisible e irresistible o por un hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, orden de compra o servicio que no sea imputable a las partes.
- e) La Entidad podrá resolver el contrato con sola comunicación de tal decisión, conforme a lo establecido en el Artículo N°1430 del Código Civil.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de compra o de servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área usuaria.

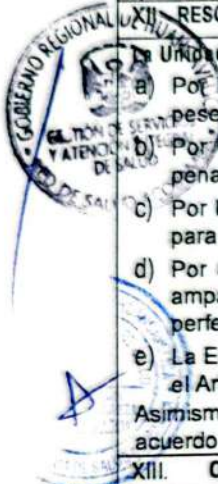
XIII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

- f) El Postor declara y garantiza no haber directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado cualquier pago o en general cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.
- g) Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR se compromete a comunicar a las autoridades competentes de manera directa oportuna cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento; y adoptar medidas técnicas organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos y prácticas.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA

J.B.C.
Obsta. Jennifer M. Bautista Culqui
RESPONSABLE DE EQUIPAMIENTO

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
RED DE SALUD ACOBAMBA

W. Sánchez Gómez
WILSON SANCHEZ GOMEZ
R. 23394673
RESP. AREA DE TRANSPORTES

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD ACOBAMBA

Agustina Cecilia Carrizosa
Agustina Cecilia Carrizosa

INFORME DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO

43

N°	FECHA
78	04/06/25

IPRESS	SERVICIO HOSPITALARIO	AMBIENTE
HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA	UPSS CENTRO QUIRURGICO	SALA DE OPERACIONES

DENOMINACIÓN DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	COD. PATRIMONIAL
ELECTROBISTURIMONO/BIPOLAAR	LED	SURTRON	3690105213	532233820001

DIAGNÓSTICO TECNICO

El equipo requiere mantenimiento correctivo para su operatividad.

TIPO DE MANTENIMIENTO	Preventivo <input type="checkbox"/>	ESTADO DEL EQUIPO		Operativo <input type="checkbox"/>	Operativo Parcial <input checked="" type="checkbox"/>	Inoperativo <input type="checkbox"/>
	Correctivo <input checked="" type="checkbox"/>	PRIORIDAD	Urgente <input checked="" type="checkbox"/>	TIPO DE EQUIPAMIENTO		
Otro:	Necesario <input type="checkbox"/>		Biomédico <input checked="" type="checkbox"/>	Electromecánico <input type="checkbox"/>	Infraestructura <input type="checkbox"/>	Instalaciones <input type="checkbox"/>

N°	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES QUE REQUIERE EL EQUIPO
01	Realizar desmontaje y montaje del equipo de acuerdo a protocolo indicado por el fabricante.
02	Realizar inspección general del equipo.
03	Realizar limpieza de la tarjeta electrónica de la fuente alimentación.
04	Realizar limpieza de la tarjeta electrónica principal.
05	Realizar ajuste de los contacto y borneras de la tarjeta electrónica principal.
06	Realizar cambio de todos los botones del panel de control.
07	Limpieza integral a pedal del equipo.
08	Verificación de potencia de corte.
09	Verificación de potencia de coagulación.
10	Realizar calibración de la potencia suministrada
11	Limpieza interna y externa del equipo
12	Limpieza y lubricación del coche de traslado del equipo.
13	Verificación del sistema eléctrico (cable, enchufe, fusible).
14	Suministro de placa neutra.
15	Prueba funcional y operatividad del equipo.

N°	DNI	CARGO	NOMBRE DE PERSONAL
01	60319275	ING MECATRONICO	ANGEL BELLO MERLO
ENTIDAD EJECUTORA DEL DIAGNOSTICO			ENRRIFERRE E.I.R.L.

N°	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
01	-REALIZAR LAS DIVERSAS CALIBRACIONES CON INSTRUMENTOS DE MEDICION QUE CUENTEN CON CERTIFICACION POR INACAL.
02	-UTILIZAR LUBRICANTES DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DADAS POR EL FABRICANTE.
02	-CAPACITAR AL AREA USUARIA EN EL BUEN USO Y DESEMPEÑO DEL EQUIPO, INSTRUIR A REALIZAR LA CORRECTA LIMPIEZA E INSUMOS QUIMICOS A APLICAR.


Angel Bello Merlo
 ING. MECATRONICO
 C.I.P. 380497
 RESPONSABLE DEL DIAGNOSTICO


 Lic. Enf. L. Leslie Ayala Calderón
 C.E.P.: 59111
 JEFATURA O ENCARGADO DEL EQUIPO


 Mg. Luis Alberto Esplana Raitan
DIRECTOR
 JEFATURA DE LA IPRESS

LOGO DE LA EMPRESA	ACTA DE INICIO DEL SERVICIO	RUC:
		RAZON SOCIAL:
		DIRECCIÓN:
		TELEFONO:

DATOS DEL SERVICIO

EESS:	FECHA:	HORA:
N° DE ORDEN DE SERVICIO	N° DE SIAF	TIPO DE MANTENIMIENTO

DATOS DEL EQUIPO QUE RECIBE MANTENIMIENTO

DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL

SE REUNIERON EN LAS INSTALACIONES DEL EESS EN MENCION LOS SIGUIENTES REPRESENTANTES:

REPRESENTANTES DEL EESS

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO
1			
2			

REPRESENTANTES DEL LA EMPRESA QUE BRINDA EL SERVICIO

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO
1			
2			

CON LA FINALIDAD DE DAR INICIO AL SERVICIO DE MANTENIMIENTO SEGUN LA ORDEN DETALLADA, SE DEJA CONSTANCIA POR MEDIO DE LA PRESENTE ACTA, QUE EN LA FECHA SE DA POR INICIO CON EL SEVICIO, ESTANDO PRESENTES LOS REPRESENTANTES DEL EESS SIN NINGÚN OBSTÁCULO PARA DAR INICIO A LAS LABORES ENCOMENDADAS SEGUN EL TDR, SE SEÑALA DE CONFORMIDAD SE FIRMA A CONTINUACIÓN

REPRESENTATES DE LA EMPRESA

RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

REPRESENTANTES DE LA RED INTEGRDADA DE SALUD ACOBAMBA

JEFE DEL EESS	PERSONAL RESPONSABLE DEL EQUIPO	PERSONAL RESPONSABLE DE PATRIMONIO DEL EESS
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO



LOGO DE LA EMPRESA	ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO				RUC:	
					RASON SOCIAL:	
					DIRECCIÓN:	
					TELÉFONO:	
DATOS GENERALES						
EQUIPO:				COD. PATRI :		
MARCA:		MODELO:		SERIE:		
EES:		UPSS:		AMBIENTE:		
ESTADO INICIAL DE FUNCIONAMIENTO				ESTADO DE CONSERVACIÓN		
MALOGRADO		REGULAR		BUENO		
RESPONSABLE DEL EQUIPO:						
DATOS DEL SERVICIO						
N° ORDEN DE SERVICIO		FECHA DE NOTIFICACION DE LA ORDEN DE SERVICIO		TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ORDEN DE SERVICIO		
TIPO DE MANTENIMIENTO		PREVENTIVO		CORRECTIVO		OTROS:
PROVEEDOR:				TELÉFONO:		RUC:
RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:					PROFESIÓN:	
DESCRIPCIÓN DEE LA FALLA DEL EQUIPO						
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR						
1:						
2:						
3:						
4:						
5:						
6:						
7:						
8:						
9:						
10:						
11:						
12:						
13:						
14:						
15:						
REPUESTOS, ACCESORIOS Y MATERIALES UTILIZADOS						
DESCRIPCIÓN					CANT.	MARCA
1:						
2:						



3:		
4:		
5:		
6:		
7:		
8:		
9:		
10:		

PROTOCOLOS DE PRUEBA

PRUEBA DE SEGURIDAD ELECTRICA EQUIPO BIOMEDICO (IEC 62353)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE AISLAMIENTO ELECTRICO (LAS MEDICIONES QUE SE REQUIERA)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE AUTONOMIA FRIGORIFICA (HORAS) PARA REFRIGERADORA	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE AUTONOMIA (HORAS) PARA EQUIPOS QUE USAN BATERIAS	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE CONSUMO ELECTRICO	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE MEDICION DE RESISTENCIAS (EQUIPOS UTILIZAN RESISTENCIA PARA CALENTAR)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBAS DE MEDICION DE VACIO (EQUIPO QUE TENGAN GENERADOR DE VACIO)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBAS DE PRESIÓN (EQUIPOS QUE TRABAJEN CON FLUIDOS AIRE, AGUA, ACEITES U OTROS)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD (EQUIPO DE RAYOS X)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBAS DE VIBRACION (PARA EQUIPOS DE ROTACIÓN)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBAS TERMOGRAFICAS	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA
PRUEBA DE OTRAS MEDICIONES QUE SE REQUIERA (MENCIONAR)	REQUIERE	SI		NO	ADJUNTAR EVIDENCIA



OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TECNICAS

--	--	--	--	--	--

FECHA DE INICIO		FECHA CULMINACIÓN		TIEMPO DE EJECUCIÓN	HORAS
-----------------	--	-------------------	--	---------------------	-------

INCLUYE CAPACITACIÓN	SI	NO	ESTADO FINAL DESPUES DEL MANTENIMIENTO	
-----------------------------	----	----	---	--

EVIDENCIA FOTOGRAFICA DEL MANTENIMIENTO

LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS SE ANEXARAN TENIENDO EN CUENTA EL ORDEN DEL CUADRO

FOTOGRAFIA ANTES DEL MANTENIMIENTO (PANORAMICO)	FOTOGRAFIA DESPUES DEL MANTENIMIENTO (PANORAMICO)
FOTOGRAFIA DONDE SE VERIFIQUE EL CODIGO PATRIMONIAL O MARCA, MODELO Y SERIE	FOTOGRAFIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
FOTOGRAFIA DE LAS PIEZAS CAMBIADAS (POR CADA PIEZA), SE DEBE DE EVIDENCIAR LA MARCA DEL REPUESTO CAMBIADO	FOTOGRAFIAS DE LOS PROTOCOLOS REALIZADOS
FOTOGRAFIA DE LA CAPACITACION REALIZADA	FOTOGRAFIA DE LOS REPUESTOS ENTREGADOS AL PERSONAL

RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	JEFE DEL EESS
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO
RESPONSABLE DEL USO DEL EQUIPO	AREA DE MANTENIMIENTO DE LA RED	AREA USUARIA DE LA RED
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO



LOGO DE LA EMPRESA	PROTOCOLO DE PRUEBAS Y RESULTADOS			RUC:
				RAZON SOCIAL:
				DIRECCIÓN:
				TELEFONO:
DATOS DEL SERVICIO				
EESS:			FECHA:	
N° DE ORDEN DE SERVICIO		N° DE SIAF	TIPO DE MANTENIMIENTO	
DATOS DEL EQUIPO QUE SE LE REALIZA LOS PROTOCOLOS DE PRUEBA				
DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL
EQUIPOS UTILIZADOS PARA REALIZAR LOS PROTOCOLOS DE PRUEBA				
DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	N° DE CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN
PROTOCOLOS DE PRUEBA				
ITEM	DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO A REALIZAR	VALOR DEL RESULTADO	OBSERVACIÓN TÉCNICAS	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
LAS PRUEBAS REALIZADAS DEBEN ESTAR SUSTENTADAS CON EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS RESPECTIVAMENTE				
RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO		PERSONAL RESPONSABLE DEL EQUIPO DEL EESS		RESPONSABLE DE LA RED INTEGRADA DE SALUD ACOBAMBA
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO



LOGO DE LA EMPRESA	ACTA DE ENTREGA DE REPUESTOS REEMPLAZADOS	RUC:
		RAZON SOCIAL:
		DIRECCIÓN:
		TELÉFONO:

DATOS DEL LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZA EL SERVICIO

EESS:	FECHA:	
N° DE ORDEN DE SERVICIO	N° DE SIAF	TIPO DE MANTENIMIENTO

DATOS DEL EQUIPO QUE RECIBE MANTENIMIENTO

DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL

REPUESTOS CAMBIADOS ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT.	MEDIDA	MARCA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

CONCLUSIÓN

LOS REPUESTOS REMPLAZADOS SERAN ENTREGADOS AL RESPONSABLE DE PATRIMONIO DE CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE REALIZA EL MANTENIMIENTO CORRESPONDIENTE.

RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	JEFE DEL EESS
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO
PERSONAL RESPONSABLE DEL EQUIPO	PERSONAL RESPONSABLE DE PATRIMONIO DEL EESS	
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	



LOGO DE LA EMPRESA	ACTA DE CAPACITACIÓN		RUC:
			RASON SOCIAL:
			DIRECCIÓN:
			TELEFONO:
DATOS DEL LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZA LA CAPACITACIÓN			
EESS:			
FECHA :		TIEMPO:	
DATOS DEL EQUIPO QUE SE CAPACITA			
DENOMINACION DEL EQUIPO:			COD.PATR.:
MARCA:	MODELO:	SERIE:	
OBJETIVOS DE LA CAPACITACION			
TEMAS A TRATAR			
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES			
INCLUYE CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN		SI	NO
			EN CASO DE SI ADJUNTAR COPIA AL INFORME
LISTA DE PARTICIPANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO	DNI
FIRMA			
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA CAPACITACIÓN		PERSONAL QUE REALIZA LA CAPACITACIÓN	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
		FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO



LOGO DE LA EMPRESA	ACTA DEL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO/CORRECTIVO, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO				RUC:
					RAZON SOCIAL:
					DIRECCIÓN:
					TELÉFONO:
DATOS DEL SERVICIO					
EESS:				FECHA :	
N° DE ORDEN DE SERVICIO		N° DE SIAF		TIPO DE MANTENIMIENTO	
DATOS DEL EQUIPO QUE RECIBE MANTENIMIENTO					
DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL	
RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO					
DATOS				PROFESIÓN	
CONCLUSIÓN					
ESTADO FINAL DESPUES DEL MANTENIMIENTO		OPERATIVO		INOPERATIVO	
RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO		REPRESENTANTE DE LA EMPRESA			
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO			



pLOGO DE LA EMPRESA		ACTA DE VERIFICACION EL SERVICIO			RUC:	
					RAZON SOCIAL:	
					DIRECCIÓN:	
					TELEFONO:	
DATOS DEL LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZA LA VERIFICACIÓN						
EESS:				FECHA :		HORA:
N° DE ORDEN DE SERVICIO		N° DE SIAF		TIPO DE MANTENIMIENTO		
DATOS DEL EQUIPO QUE RECIBE MANTENIMIENTO						
DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL		
DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SUPERVISIÓN						
ITEM	PROFESIÓN			DNI	CARGO	
1						
2						
REPRESENTANTES DEL LA EMPRESA						
ITEM	PROFESIÓN			DNI	CARGO	
1						
2						
VERIFICACION DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO						
ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIÓN		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7	OTRO:					
DESPUES DE REALIZAR LA VERIFICACION SE TIENE LAS SIGUIENTES OBSERVACIONES:						
RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO					RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN	
FIRMA Y SELLO					FIRMA Y SELLO	



LOGO DE LA EMPRESA	CONFORMIDAD DEL SERVICIO	RUC:
		RAZON SOCIAL:
		DIRECCIÓN:
		TELEFONO:

DATOS DEL LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZA EL SERVICIO

EESS:	FECHA:	
N° DE ORDEN DE SERVICIO	N° DE SIAF	TIPO DE MANTENIMIENTO

DATOS DEL EQUIPO QUE RECIBE MANTENIMIENTO

DENOMINACION DEL EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CODIGO PATRIMONIAL

RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO

DATOS	PROFESIÓN

RESPONSABLE VERIFICAR EL MANTENIMIENTO

DATOS	PROFESIÓN



CONCLUSIÓN

ESTADO FINAL DESPUES DEL MANTENIMIENTO	OPERATIVO	INOPERATIVO
---	-----------	-------------

ENCONTRANDOCE TODO CONFORME SE FIRMA EL PRESENTE ACTA LOS REPRESENTANTES

RESPONSABLE DE REALIZAR EL MANTENIMIENTO	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	JEFE DEL EESS
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO
PERSONAL RESPONSABLE DEL EQUIPO		
FIRMA Y SELLO		