Carta de la Oferta

**Fecha de presentación de esta Oferta:** *[Indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

**SDO n.°:** *CSJ-39-RFB-GO*

**Solicitud de Oferta n.°:** *EQUIPO DE ALTA GAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DESDE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, PROMOVIENDO Y PROTEGIENDO EL NEURODESARROLLO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS EN LA ETAPA NEONATAL Y PEDIÁTRICA, INCLUYENDO AQUELLOS CON FACTORES DE RIESGO*

Para:***[Indique el nombre del Comprador]****.*

1. **Sin reservas:** Hemos examinado el Documento de Licitación, incluidas las enmiendas emitidas de conformidad con la IAL 8, y no tenemos reserva alguna al respecto.
2. **Elegibilidad:** Cumplimos los requisitos de elegibilidad y no tenemos conflictos de intereses, de acuerdo con la IAL 4.
3. **Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta:** No hemos sido suspendidos ni declarados inelegibles por el Comprador sobre la base de la suscripción de una Declaración de Mantenimiento de Oferta/Propuesta en el País del Comprador de acuerdo con la IAL 4.7.
4. **Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx):** [*seleccione la opción apropiada de (i) a (iii) a continuación y elimine las demás.* *En caso de los miembros de una APCA y/o subcontratistas, indicar la situación de descalificación por parte del Banco de cada miembro de la APCA y/o subcontratista.]*

Nosotros, incluyendo todos nuestros subcontratistas:

1. [no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx.]
2. [estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx]
3. [habíamos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx. Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor.]
4. **Conformidad:** Ofrecemos proveer los siguientes bienes de conformidad con el Documento de Licitación y de acuerdo con el Cronograma de Entregas establecido en los Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos: *[proporcione una descripción breve de los Bienes y Servicios Conexos].*
5. **Precio de la Oferta:** El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el artículo (f) a continuación es:

(a) precio total de cada lote *[inserte el precio total de cada lote en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas],* y (b) precio total de todos los lotes (suma de todos los lotes) *[inserte el precio total de todos los lotes en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

1. **Descuentos:** Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son los siguientes:

(i) Los descuentos ofrecidos son: *[especifique cada descuento ofrecido]*.

(ii) El método de cálculo exacto para determinar el precio neto luego de aplicados los descuentos se detalla a continuación: *[detalle la metodología que se usará para aplicar los descuentos].*

1. **Validez de la Oferta:** Nuestra Oferta se mantendrá válida por el período establecido en la IAL 18.1 de los DDL (y sus enmiendas, si las hubiera), a partir de la fecha de vencimiento del plazo para la presentación de Ofertas establecida en la IAL 22.1 de los DDL (y sus enmiendas, si las hubiera), y seguirá teniendo carácter vinculante para nosotros y podrá ser aceptada en cualquier momento antes del vencimiento de dicho período.
2. **Garantía de Cumplimiento:** Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con el Documento de Licitación.
3. **Una Oferta por Licitante:** No estamos presentando ninguna otra Oferta como Licitantes individuales, y no estamos participando en ninguna otra Oferta ni como miembros de una APCA ni como subcontratistas, y cumplimos con los requisitos de la IAL 4.3, sin considerar las Ofertas Alternativas presentadas de acuerdo con la IAL 13.
4. **Suspensión e inhabilitación:** Nosotros, junto con todos nuestros subcontratistas, proveedores, consultores, fabricantes o prestadores de servicios requeridos para ejecutar cualquier parte del contrato, no dependemos de ninguna entidad o persona, ni somos controlados por ninguna entidad o persona, que esté sujeta a una suspensión o inhabilitación temporal impuesta por el Grupo Banco Mundial ni a una inhabilitación impuesta por el Grupo Banco Mundial de conformidad con el Acuerdo de Aplicación Mutua de las Decisiones de Inhabilitación, suscrito por el Banco Mundial y otros bancos de fomento. Asimismo, no somos inelegibles en virtud de las leyes o regulaciones oficiales del País del Comprador ni en virtud de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
5. **Empresa o ente de propiedad estatal:** *[Seleccione la opción correspondiente y elimine la otra]. [No somos una empresa o ente de propiedad estatal]*/*[Somos una empresa o ente de propiedad estatal, pero cumplimos con los requisitos de la IAL 4.6].*
6. **Comisiones, gratificaciones, honorarios:** Hemos pagado o pagaremos los siguientes honorarios, comisiones o gratificaciones en relación con el Proceso de Licitación o la ejecución del Contrato: *[proporcione el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación, y la cantidad y moneda de cada comisión o gratificación a la que se haga referencia]*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del receptor | Dirección | Concepto | Monto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Si no ha efectuado o no se efectuará pago alguno, escriba “ninguno”).

1. **Contrato vinculante:** Entendemos que esta Oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en su Carta de Aceptación, constituirá una obligación contractual entre nosotros hasta que las partes hayan preparado y perfeccionado un contrato formal.
2. **Comprador no obligado a aceptar:** Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta con el costo evaluado más bajo, la Oferta más Conveniente ni ninguna otra Oferta que reciban.
3. **Fraude y Corrupción:** Por el presente, certificamos que hemos tomado las medidas necesarias para garantizar que ninguna persona que actúe en nuestro nombre o representación incurra en prácticas fraudulentas o corruptas.

**Nombre del Licitante\*:** *[proporcione el nombre completo del Licitante].*

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Licitante**\*\***:** *[proporcione el nombre completo de la persona debidamente autorizada a firmar el Formulario de la Oferta].*

**Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:** *[indique el cargo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

**Firma de la persona nombrada anteriormente:** *[indique la firma de la persona cuyo nombre y capacidad se indican en los párrafos anteriores].*

**Fecha de la firma: El día** *[indique la fecha de la firma]* **del mes** *[indique mes]* **del año** *[indique año].*

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Licitante.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Licitante. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

Formulario de Información sobre el Licitante

*[El Licitante deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO n.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Licitante: *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 2. Si se trata de una APCA, nombre jurídico de cada miembro: *[indique el nombre jurídico de cada miembro de la APCA].* |
| 3. País donde está registrado el Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse: *[indique el país donde está registrado el Licitante en la actualidad o país donde intenta registrarse].* |
| 4. Año de registro del Licitante: *[indique el año de registro del Licitante].* |
| 5. Dirección del Licitante en el país donde está registrado: *[indique el domicilio legal del Licitante en el país donde está registrado].* |
| 6. Información del representante autorizado del Licitante:  Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado].*  Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado].*  Números de teléfono y fax*: [indique los números de teléfono y fax del representante autorizado].*  Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan]*  🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación), o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAL 4.4.  🞎 Si se trata de una APCA, carta de intención de formar la APCA, o el Convenio de APCA, de conformidad con la IAL 4.1.  🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, de conformidad con la IAL 4.6, documentación que acredite:   * su autonomía jurídica y financiera, * su operación conforme al Derecho comercial, * que el Licitante no se encuentra bajo la supervisión del Comprador.   8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. *Si se requiere bajo DDL IAL 45.1, el Licitante seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva].* |

Formulario de información sobre los miembros de la APCA

*[El Licitante deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. El siguiente cuadro deberá ser completado por el Licitante y por cada uno de los miembros de la APCA].*

Fecha: *[indique día, mes y año de la presentación de la Oferta].*

SDO n.°: *[indique el número del proceso de Licitación].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación, si esta es una oferta por una alternativa].*

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ páginas

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Licitante *[indique el nombre jurídico del Licitante].* |
| 2. Nombre jurídico del miembro de la APCA *[indique el nombre jurídico del miembro de la APCA].* |
| 3. Nombre del país de registro del miembro de la APCA *[indique el nombre del país de registro del miembro de la APCA].* |
| 4. Año de registro del miembro de la APCA: *[indique el año de registro del miembro de la APCA].* |
| 5. Dirección del miembro de la APCA en el país donde está registrado: *[domicilio legal del miembro de la APCA en el país donde está registrado].* |
| 6. Información sobre el representante autorizado del miembro de la APCA:  Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Números de teléfono y fax: *[indique los números de teléfono y fax del representante autorizado del miembro de la APCA].*  Dirección de correo electrónico: *[indique la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro de la APCA].* |
| 7. Se adjuntan copias de los siguientes documentos originales: *[marque las casillas que correspondan].*  🞎 Estatutos de la Sociedad (o documentos equivalentes de constitución o asociación) o documentos de registro de la persona jurídica antes mencionada, y de conformidad con la IAL 4.3  🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera, su operación de conformidad con el Derecho comercial y que no se encuentra bajo la supervisión del Comprador, de conformidad con la IAL 4.6  8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. *Si se requiere bajo DDL IAL 45.1, el Licitante seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real de cada miembro de la APCA, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva].* |

Declaración de Desempeño sobre Explotación y Abuso Sexual (EAS) y/o Acoso Sexual (ASx)

*[El siguiente cuadro debe ser completada por el Licitante y cada miembro de la APCA o JV y cada subcontratista propuesto por el Licitante]*

Nombre del Licitante: *[indicar el nombre completo]*

Fecha: *[insertar día, mes, año]*

SDO No. y Título: *[insertar la referencia de la SDO]*

Página *[insertar número de página] de [insertar número total] páginas*

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaración EAS y /o ASx** | |
| 🞎    🞎    🞎 | Nosotros:   1. no hemos sido objeto de descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx. 2. no estamos sujetos a descalificación por parte del Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx 3. hemos sido descalificados por el Banco por incumplimiento de las obligaciones sobre EAS/ASx pero fuimos excluidos de las empresas descalificadas Se ha dictado un laudo arbitral en el caso de descalificación a nuestro favor. |
| ***[Si (c) anterior es aplicable, adjunte evidencia de un laudo arbitral que revierta las conclusiones sobre los problemas subyacentes a la descalificación.]*** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador a ser importados | | | | | | | | | | |
| (Ofertas del Grupo C, bienes que se importarán)  Monedas de acuerdo con la IAL 15 | | | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | 9 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario  CIP *[indique lugar de destino convenido]*  de acuerdo con la IAL 14.8 (b) (i) | Precio CIP por artículo  (Col. 5 x 6) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para hacer llegar los Bienes al destino final establecido en los DDL | | | Precio total por artículo  (Col. 7 + 8) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los bienes].* | *[Indique el país de origen de los bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio CIP por unidad].* | *[Indique el precio total CIP por artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por artículo].* | | | *[Indique el precio total del artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | Precio Total |  | |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique la fecha]* | | | | | | | | | | |

(Este formulario es exclusivo para proveedores extranjeros ⁅en términos tributarios proveedores no domiciliados⁆)

**(Este formulario será completado exclusivamente por proveedores nacionales ⁅en términos tributarios proveedores domiciliados⁆ que van a importar los bienes para vendérselos al MINSAL)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador, previamente importados\* | | | | | | | | | | | |
|  | | | (Ofertas Grupo C, Bienes ya importados)  Monedas de acuerdo con la IAL 15 | | | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | País de origen | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario, incluyendo derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (i) | Derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (ii) (respaldado con documentos) | Precio unitario neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (iii)  (Col. 6 − Col.7) | Precio por artículo neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación, de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (i)  (Col. 5×8) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y por otros servicios requeridos en el País del Comprador para hacer llegar los bienes al destino final establecido en los DDL de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (v) | Impuestos sobre la venta y otros impuestos pagados o por pagar sobre el artículo, si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAL 14.8 (c) (iv) | Precio Total por artículo  (Col. 9 + 10) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los bienes].* | *[Indique el país de origen de los bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por unidad].* | *[Indique los derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad].* | *[Indique precio unitario CIP neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precios CIP por artículo neto sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación].* | *[Indique precio por transporte interno y por otros servicios requeridos en el País del Comprador].* | *[Indique los impuestos sobre la venta y otros impuestos pagaderos sobre el artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique el precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | Precio total de la Oferta |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | | | |

*\* [Para Bienes importados previamente, el precio cotizado debe ser distinguible del valor original de importación de estos bienes declarados en la aduana y debe incluir cualquier reembolso o remarcación del agente local o representante y todos los costos locales, excepto impuestos y obligaciones de importación, que el Comprador haya pagado o deba pagar. Como aclaración, se solicitará a los Licitantes que coticen el precio incluyendo las tasas de importación y, adicionalmente, proveer las tasas de importación y el precio neto de obligaciones de importación, el cual será la diferencia entre esos valores].*

(Este formulario será exclusivo para la empresa nacional que fabrica los bienes a ofertar en el territorio nacional)

Lista de Precios: Bienes fabricados en el País del Comprador

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País del Comprador  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | (Ofertas de los Grupos A y B)  Monedas de acuerdo con la IAL 15 | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N.°de artículo | Descripción de los bienes | Fecha de entrega según definición de Incoterms | Cantidad y unidad física | Precio unitario EXW de cada artículo | Precio total EXW por cada artículo  (col. 4×5) | Precio por artículo por concepto de transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para enviar los Bienes al destino final | Costo de la mano de obra local, la materia prima y los componentes de origen en el País del Comprador  (% de la col. 5) | Impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado de acuerdo con la IAL 14.8 (a) (ii) | Precio total por artículo  (col. 6 + 7) |
| *[Indique el número del artículo].* | *[Indique el nombre de los Bienes].* | *[Indique la Fecha de Entrega ofertada].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique precio unitario EXW].* | *[Indique precio total EXW por cada artículo].* | *[Indique el precio correspondiente por artículo].* | *[Indique el costo de la mano de obra local, materia prima y componentes de origen en el País del Comprador como % del precio EXW de cada artículo].* | *[Indique impuestos sobre la venta y otros pagaderos por artículo si el Contrato es adjudicado].* | *[Indique precio total por artículo].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | Precio Total |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos | | | | | | | |
|  | | Monedas de acuerdo con la IAL 15 | | | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SDO n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alternativa n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Página n.° \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ | |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Servicio  N.° | Descripción de los servicios (excluye transporte interno y otros servicios requeridos en el País del Comprador para transportar los bienes a su destino final) | | País de origen | Fecha de entrega en el lugar de destino final | Cantidad y unidad física | Precio unitario | Precio total por servicio  (Col. 5 x 6 o un estimado) |
| *[Indique número del servicio].* | *[Indique el nombre de los servicios].* | | *[Indique el país de origen de los servicios].* | *[Indique la fecha de entrega al lugar de destino final por servicio].* | *[Indique el número de unidades que se proveerán y el nombre de la unidad física de medida].* | *[Indique el precio unitario por artículo].* | *[Indique precio total por artículo].* |
|  | **Lote 1: Oxímetro de pulso para tamizaje cardiaco de uso neonatal** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 4 HORAS para Operadores y 2 HORAS para personal de Mantenimiento | 1 jornada de Capacitación para Operadores y personal de Mantenimiento |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato. |  |  |
|  | **Lote 2: Equipo digital para tamizaje auditivo.** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 4 HORAS para Operadores y 2 HORAS para personal de Mantenimiento | 1 jornada de Capacitación para Operadores y personal de Mantenimiento |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 3: Cabina de Seguridad Biológica Clase II Tipo A2** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 8 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento | 1 jornada de Capacitación para Operadores y personal de Mantenimiento |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 4: Centrifuga Para Banco De Sangre** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 4 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento | 1 jornada de Capacitación para Operadores y personal de Mantenimiento |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 5: Cámara Extractora de Gases** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 4 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento | 1 jornada de Capacitación para Operadores y personal de Mantenimiento |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 6: Ventilador de uso Neonatal Híbrido** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 7: Incubadora de Transporte con Ventilador** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 8: Incubadora Fija Infantil Híbrida** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 9: Incubadora Fija** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 10: Cuna Térmica** | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
|  | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 11: Equipo de Ultrasonografía portátil** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | **Lote 12: Ecocardiógrafo** | |  |  |  |  |  |
| 1 | Capacitación | |  | 16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento | Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno.  Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas |  |  |
| 2 | Mantenimiento | |  | Conforme lo establecido en la Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos Numeral 6. Cuadro de Distribución | 12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato |  |  |
|  | | | | | Precio total de la Oferta | |  |
| Nombre del Licitante: *[indique el nombre completo del Licitante]* Firma del Licitante: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | |

Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta

*[El Licitante completará este Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta de acuerdo con las instrucciones indicadas].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

Oferta n.°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alternativa n.°: N/A

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

Oferta n.°: *[número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.° de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

Los suscriptos declaramos que:

Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de Oferta.

Aceptamos que seremos declarados automáticamente inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Comprador por un período de **2 años,** a partir de lo especificado en la Sección II - Datos de la Licitación (DDL), si incumplimos nuestras obligaciones derivadas de las condiciones de la oferta, a saber:

* + - * 1. si retiramos nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificado en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, o
        2. si, una vez que el Comprador nos ha notificado de la aceptación de nuestra Oferta antes de la fecha de expiración de la validez de la Oferta especificada en la Carta de la Oferta, o cualquier fecha extendida otorgada por nosotros, (i) no firmamos o nos negamos a firmar el Contrato, o (ii) no suministramos o nos negamos a suministrar la Garantía de Cumplimiento de conformidad con las IAL.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de Oferta expirará en el caso de que no seamos seleccionados, y (i) si recibimos una notificación con el nombre del Licitante seleccionado, o (ii) han transcurrido 28 días después de la fecha de expiración de la validez de nuestra Oferta, lo que ocurra primero.

Nombre del Licitante\*:

Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Licitante\*\*:

Cargo de la persona firmante del Formulario de la Oferta:

Firma de la persona nombrada anteriormente:

Fecha de la firma: El día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\*** En el caso de las Ofertas presentadas por una APCA, especifique el nombre de la APCA que actúa como Licitante.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Licitante. El poder deberá adjuntarse a los Formularios de la Oferta.

*[Nota: En caso de que se trate de una APCA, la Declaración de Mantenimiento de Oferta deberá emitirse en nombre de todos los miembros de la APCA que presenta la Oferta].*

Autorización del Fabricante

*[El Licitante solicitará al Fabricante que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membretado del Fabricante y deberá estar firmada por una persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan jurídicamente al Fabricante. El Licitante lo deberá incluirá en su Oferta, si así se establece en los DDL].*

Fecha: *[indique día, mes y año de presentación de la oferta].*

SDO n.°: *[Indique el número del proceso de la SDO].*

Alternativa n.°: *[indique el n.*° *de identificación si se trata de una oferta por una alternativa].*

Para: *[indique el nombre completo del Comprador].*

POR CUANTO

Nosotros *[indique nombre completo del Fabricante]*, como fabricantes oficiales de *[indique el nombre de los bienes fabricados]*, con fábricas ubicadas en *[indique la dirección completa de las fábricas],* autorizamos mediante el presente a *[indique el nombre completo del Licitante]* a presentar una Oferta con el propósito de suministrar los siguientes Bienes de nuestra fabricación *[nombre y breve descripción de los bienes]*, y a posteriormente negociar y firmar el Contrato.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la IAL 28 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto de los Bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: *[indique firma de los representantes autorizados del Fabricante].*

Nombre: *[indique el nombre completo de los representantes autorizados del Fabricante]*.

Cargo: *[indique el cargo].*

Fechado el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_ *[fecha de la firma].*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Lista de Bienes y Cronograma de Entregas  *[El comprador completará este cuadro, excepto la columna “Fecha de entrega ofrecida por el Licitante”, que deberá ser completada por el Licitante].* | | | | | | | |
| **N.**°**de artículo** | **Descripción de los bienes** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar de entrega final, según se indica en los DDL** | **Fecha de entrega (de acuerdo a los Incoterms)** | | |
| **Fecha más temprana de entrega** | **Fecha límite de entrega** | **Fecha de entrega ofrecida por el licitante *[la proporcionará el Licitante]*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *[Indique el n.o del artículo].* | *[Indique la descripción de los Bienes].* | *[Indique la cantidad de los artículos por suministrar].* | *[Indique la unidad física de medida de la cantidad].* | *[Indique el lugar de entrega].* | *[Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato].* | *[Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato].* | *[Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato].* |
| 1 | Oxímetro de pulso para tamizaje cardiaco de uso neonatal  (1 entrega) | 26 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 2 | Equipo digital para tamizaje auditivo  (1 entrega) | 29 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 3 | "Cabina de seguridad biológica clase II tipo A2"  (1 entrega) | 1 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 4 | Centrífuga para banco de sangre  (1 entrega) | 1 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 5 | Cámara extractora de gases  (1 entrega) | 1 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 6 | Ventilador de uso neonatal hibrido  (3 entregas) | 50 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 32 | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 20 | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 120 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 7 | Incubadora de transporte con ventilador  (2 entregas) | 13 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 10 | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 8 | Incubadora fija infantil híbrida  (3 entregas) | 30 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 25 | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 25 | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 120 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 9 | Incubadora fija  (3 entregas) | 50 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 40 | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 35 | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 120 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 10 | Cuna térmica  (2 entregas) | 20 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 9 | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 90 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 11 | Equipo de ultrasonografía portátil  (1 entrega) | 22 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 45 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |
| 12 | Ecocardiógrafo  (1 entrega) | 2 | C/U | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | 30 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato | 60 días calendario contados a partir de la fecha de distribución del contrato |  |

2. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento

*[El Comprador deberá completar este cuadro. Las fechas de finalización deberán ser realistas y congruentes con las fechas requeridas de entrega de los bienes (de acuerdo a los Incoterms)].*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | **Servicio** | **Descripción del servicio** | **Cantidad1** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | | ***[Indique el n.o del servicio].*** | ***[Indique descripción de los servicios conexos].*** | ***[Indique la cantidad de rubros de servicios que se prestarán].*** | ***[Indique la unidad física de medida de los rubros de servicios].*** | ***[Indique el nombre del lugar].*** | ***[Indique las fechas de cumplimiento requeridas].*** | |  | **Lote 1: Oxímetro de pulso para tamizaje cardiaco de uso neonatal** | 26 | Entrega | Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución  Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución  Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución  Sección VII. Requisitos de los Bienes y Servicios Conexos. Numeral 6. Cuadro de Distribución | El Proveedor adjudicado deberá presentar a los quince días después de la distribución del contrato al Comprador, el plan de instalación, capacitación y mantenimiento preventivo  (cada uno por separado)  El Proveedor adjudicado deberá presentar a los quince días después de la distribución del contrato al Comprador, el plan de instalación, capacitación y mantenimiento preventivo  (cada uno por separado)  El Proveedor adjudicado deberá presentar a los quince días después de la distribución del contrato al Comprador, el plan de instalación, capacitación y mantenimiento preventivo  (cada uno por separado)  El Proveedor adjudicado deberá presentar a los quince días después de la distribución del contrato al Comprador, el plan de instalación, capacitación y mantenimiento preventivo  (cada uno por separado) | | 1 | Capacitación  (4 HORAS para Operadores y 2 HORAS para personal de Mantenimiento) | 1 | Jornadas de capacitación | | 2 | Mantenimiento  (4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 2: Equipo digital para tamizaje auditivo.** | 29 | Entrega | | 1 | Capacitación  (4 HORAS para Operadores y 2 HORAS para personal de Mantenimiento) | 1 | Jornadas de capacitación | | 2 | Mantenimiento  (4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 3: Cabina de Seguridad Biológica Clase II Tipo A2** | 1 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (8 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento) | 1 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 4: Centrifuga Para Banco De Sangre** | 1 | Entrega | | 1 | Capacitación  (4 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento) | 1 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 5: Cámara Extractora de Gases** | 1 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (4 HORAS para Operadores y 4 HORAS para personal de Mantenimiento) | 1 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (4 rutinas de mantenimiento preventivo semestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 6: Ventilador de uso Neonatal Híbrido** | 112 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 7: Incubadora de Transporte con Ventilador** | 18 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 8: Incubadora Fija Infantil Híbrida** | 80 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | ***6*** | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 9: Incubadora Fija** | 116 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 10: Cuna Térmica** | 29 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 11: Equipo de Ultrasonografía portátil** | 22 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |  | **Lote 12: Ecocardiógrafo** | 2 | Entrega e instalación | | 1 | Capacitación  (16 HORAS para Médicos y 8 HORAS para personal de Mantenimiento) | 6 | Jornadas de Capacitación | | 2 | Mantenimiento  (12 rutinas de mantenimiento preventivo trimestral durante el periodo de vigencia de la garantía, para lo cual deberá presentar plan de visitas, coordinadas con el Administrador de Contrato) | 4 | Servicios de mantenimiento | |

**El suministrante proporcionará la capacitación y comprenderá**

* La operación, limpieza y manejo del equipo, dirigida al personal operador.
* Mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo, impartidas al personal técnico de mantenimiento del establecimiento.
* Se realizarán en el establecimiento donde se reciban los equipos.
* Las Jornadas de personal médico serán divididas en 4 Jornadas de 4 Horas; las 2 últimas jornadas se programarán 15 días posteriores a las 2 primeras jornadas, para el personal diurno y nocturno. Las Jornadas de personal de mantenimiento serán divididas en 2 Jornadas de 4 Horas

**III. ESPECIFICACIONES TECNICAS**

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **001** | **60302705** | **42181801** | **OXÍMETRO DE PULSO PARA TAMIZAJE CARDÍACO DE USO NEONATAL** | **26** |
| Equipo | | Equipo de uso diagnóstico para el tamizaje cardíaco neonatal y la determinación de la saturación de oxígeno en la sangre de forma inmediata en pacientes neonatos. | | |  |
| Descripción | | * Pantalla LCD o tecnología mejorada de alta resolución con presentación numérica y curva de los siguientes parámetros: * Saturación parcial de oxígeno. * Pulso cardíaco. * Perfusión. * Controlado por microprocesador. * Tolerante al movimiento del paciente, con reporte de la saturación de oxígeno funcional. * Rangos mínimos de medición: * Saturación de oxígeno de 20% a 100% * Frecuencia cardíaca de 25 a 240 bpm. * Perfusión en un rango de 0.05-20%. * Precisión de 2% de la media de raíz cuadrada. * Con sistema de alarmas visual y audible para saturación y pulso, alarma de sensores, batería baja y fallo de red eléctrica. * Cable intermedio de preferentemente 250 cm de largo como mínimo. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Por medio de baterías recargables con un funcionamiento de al menos 8 horas. (Incluir cargador de baterías recargables y un juego de baterías) y con adaptador o cargador a CA para un voltaje de 120 VAC monofásico, a una frecuencia de 60 Hz. * Cable de alimentación eléctrica con tomacorriente macho polarizado de longitud deseable aproximadamente de 1.5 m. | | |  |
| Características Mecánicas | | * De cabecera, con capacidad de desmontaje rápido para utilizar como oxímetro ~~portátil.~~ * Fabricado de material resistente a golpes y a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Cable intermedio. * Cargador de batería o adaptador de carga. * Un juego de baterías * 20 sensores descartables adhesivos de saturación de oxígeno, para tamizaje cardíaco de pacientes neonatales. * Soporte para montaje en pared | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 vigente. * Aprobada su comercialización por FDA de los Estados Unidos de América. * Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **002** | **60302357** | **42182405** | **EQUIPO DIGITAL PARA TAMIZAJE AUDITIVO** | **29** |  |
| Equipo | | Equipo de medición para tamizaje de las emisiones oto-acústicas (OAE) en recién nacidos. | | |  |
| Descripción | | * Pantalla LCD o tecnología mejorada. * Con teclado o sistema equivalente para ingreso de información en idioma español. * Capacidad de realizar al menos las siguientes pruebas: * Oto emisiones Acústicas Transitorias (TEOAE) * Respuesta Auditiva de Tronco Cerebral (ABR). * Rango con al menos las siguientes frecuencias: (1, 2, 3, 4) KHz. * Con capacidad de transferencia de datos y software de análisis para ordenador. * Elección entre estímulos a múltiples niveles. * Punta de sonda o micro sonda optimizada para oídos pequeños (Pacientes Neonatales) * Con indicador visual y audible de batería baja. * Deberá incluir ordenador portátil, con las siguientes características mínimas: * Pantalla de 15 pulgadas. * Procesador de décima generación. * Memoria RAM de 8 GB * Disco duro de 1 TB * Teclado en español con ratón inalámbrico. * Al menos 4 puertos USB 2.0 * Sistema operativo instalado al menos Windows 10. * Incluye software de manejo y transferencia de datos del probador al ordenador, con capacidad de imprimir y visualizar archivos en formato PDF con licencia autorizada. * Tanto las licencias del sistema operativo como las del probador deben ser perpetuas, y de este último se deben incluir todas las actualizaciones que se desarrollen, durante el período de la garantía sin costo alguno para el MINSAL. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de trabajo: VDC por medio de baterías recargables de larga duración, para realizar al menos 200 pruebas. * Con cargador o adaptador independiente con funcionamiento a 120 VAC, 60 Hertzios. * Tipo de seguridad eléctrica: BF o equivalente. | | |  |
| Características Mecánicas | | * De uso portátil. * Resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Cargador de batería o adaptador de carga. * Un juego de baterías * 200 olivas o puntas descartables de aplicación neonatal. * Base para colocar el probador. * Bolsa o estuche de almacenamiento. * Sonda de OAE. * Cables USB. * Deberá incluir un UPS para el equipo y el ordenador, de acuerdo a la capacidad de ambos dispositivos. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485. * Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente. * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado, a entera satisfacción del Administrador de Contrato. * Se deberá realizar las pruebas de funcionamiento mínimas para comprobar el funcionamiento del equipo según recomendaciones del fabricante. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **003** | **60402207** | **41103507** | **CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA CLASE II TIPO A2** | **1** |
| Equipo | | Cabina de seguridad biológica Clase II tipo A2, para trabajos que se requieren bioseguridad en niveles 1, 2 ó 3, para trabajar con muestras orgánicas y cultivos | | |  |
| Descripción | | * Aproximadamente 4 pies de ancho. * Sistema de seguridad contra escape de aire contaminado * Con capacidad para la regulación del aire (30/70 - recirculación de aire filtrado del 70% y renovación del 30%) * Con flujo vertical de aire estéril de protección al usuario, muestra y al medio ambiente. * Lámpara de luz led, y luz ultravioleta. * Con dos tomacorrientes simples o dobles con sus cubiertas protectoras * Nivel de ruido menor de 70 dB. * Con medidor localizado en el campo de visión del usuario para permitir el monitoreo constante de los parámetros de operación como: mensajes de estado, velocidad de flujo, vida del filtro, entre otros. * Todos los ductos en contacto con contaminación biológica deben estar presurizados negativamente. * Sistema de alarma audible/visual ubicado en el campo de visión del usuario que se activa cuando hay insuficiente emisión del volumen de aire o cuando la ventana está por sobre la altura de trabajo. * Con ventana de vidrio de seguridad, templado y transparente de ¼ de pulgada con una inclinación para disminuir los reflejos y ofrecer una visión más cercana y confortable, que incluya contrapeso para mayor equilibrio y durabilidad. * Con ventana de vidrio controlado electrónicamente y ángulo de inclinación regulado * Filtro HEPA o ULPA con una eficiencia de no menos 99.97%, retiene partículas de no más de 0.3 micrómetros. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: (120 +/- 10%) VAC * Frecuencia: 60 Hertz * Motor de ¾ Hp o mayor. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Dimensiones externas aproximadas con la base en un rango entre: * Altura: (170 – 200) cm * Ancho: (120 – 140) cm * Profundo: (75 – 90) cm * Superficie de trabajo de acero inoxidable 304 o similar moldeada en una sola pieza. * Interior de acero inoxidable y exterior de acero recubierto con resina epóxica. * Incluye base metálica de fábrica integrada al cuerpo del equipo, ajustable en altura. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 1 filtro HEPA o ULPA adicional similar con el que viene instalado en el equipo. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Fabricada según cualquiera de las siguientes normas: EN12469:2000 ó NSF/ANSI 49. * Sistema de gestión de la calidad ISO 9001 vigente. * Cumplimiento de la norma ISO 14644-1:2016 en relación a la clasificación de la limpieza del aire mediante la concentración de partículas. * Norma de seguridad eléctrica según IEC 61010-1 o equivalente. * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato y el delegado técnico de la Unidad de Gestión de Equipo Biomédico (UGEB) del MINSAL. | | |  |
| Condiciones de Instalación | | * Deberá apegarse a las condiciones existentes donde será instalado el equipo, en caso de requerir alguna preinstalación adicional, ésta deberá ser incluida en la oferta, para lo cual realizará visita al lugar donde se colocará el equipo. | | |  |
| VISITA AL LUGAR, para instalación de los equipos: | | El licitante que desee realizar una visita técnica, con el objetivo de validar los espacios físicos, red eléctrica, de datos y todo accesorio necesario que permita el buen funcionamiento de los equipos, para la correcta determinación del monto de la oferta, la cual deberá corresponder a todos los trabajos, tal y como se describen en estos términos. Los asistentes deben cumplir con las disposiciones de prevención, establecidas para visitantes, proveedores y usuarios del Ministerio Salud, el cual consiste en pasar por el filtro sanitario establecido, usar de manera obligatoria y correcta una mascarilla, realizar higiene de manos en las áreas donde serán atendidos y mantener las normas de distanciamiento social, respetando las distancias marcadas en las áreas respectivas.  La visita al lugar se hará en coordinación con la Unidad de Gestión de Equipo Biomédico (UGEB) del MINSAL, quienes atenderán la asistencia de los participantes, para lo cual deberán enviar por escrito, el nombre del participante y de la(s) persona(s) que asistirá(n), al correo electrónico: [gloria.arias@salud.gob.sv](mailto:gloria.arias@salud.gob.sv) . El costo del traslado al lugar de visita correrá por cuenta del Licitante. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **004** | **60402411** | **41103903** | **CENTRIFUGA PARA BANCO DE SANGRE** | **1** |
| Equipo | | Centrífuga para para uso en banco de sangre hospitalario. | | |  |
| Descripción | | * Funciones controladas por microprocesador. * Motor de inducción (sin carbones). * Pantalla digital, que indica los parámetros de velocidad y tiempo. * Velocidad máxima del rotor en un rango no mayor de (3500 – 4500) revoluciones por minuto. * Fuerza centrífuga relativa (FCR) máxima, no mayor de 3500 x g * Temporizador ajustable, para un rango mínimo de tiempo entre: (0 a 99) minutos, con incrementos de 5 segundos o menos. * Capacidad de 24 tubos en un rango entre (12 -13) mm de diámetro x 75 mm de largo y un volumen de trabajo de 5 ml. * Capacidad de almacenar al menos 10 programas de aceleración y freno. * Sistema de protección anti apertura de la tapadera cuando está en funcionamiento. * Nivel de ruido menor o igual a 65 dbA. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de alimentación:120 VAC ± 10%. * Frecuencia: 60 Hz. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Para montaje sobre mesa. * Cámara de centrifugación en acero inoxidable, con rotor de fácil remoción que permita una fácil limpieza. * Carcasa metálica, acabado con pintura electrostática o equivalente de alta calidad y duración. * Con soportes de hule, y todos sus accesorios completos para su funcionamiento. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Rotor porta tubos de 24 posiciones fabricado en acero inoxidable o fibra de carbono, tapa de hule, empaque y todos sus accesorios completos. * 48 tubos de (12 -13) mm de diámetro x 75 mm de largo y un volumen mínimo de trabajo de 5 ml, compatibles con la centrífuga ofertada. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad ISO 9001 o equivalente. * Norma de seguridad eléctrica según IEC 61010-1 o equivalente. * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **005** | **60402250** | **41103502** | **CÁMARA EXTRACTORA**  **DE GASES** | **1** |
| Equipo | | Equipo utilizado para la preparación de muestras y sustancias químicas como metanol y ácido acético, con ductos de extracción | | |  |
| Descripción | | * Panel de control frontal con interruptores de encendido y apagado para extractor e iluminación. * Motor extractor no menor de 248.5 watts (1/3 Hp) y ductería externa del equipo hasta el exterior. * Ventana frontal de vidrio templado, de al menos 4.8 mm (3/16”), empotrado en marco de aluminio. con elevación vertical. * Con deflector de aire frontal curvo y ajustable. * Con sistema de ahorro energético. * Con sistema de drenaje en pared lateral interior derecha. * Con iluminación interior a prueba de vapor * Llave de servicio cromada, para conexión de aire, agua, gas o vacío, dependiendo de las necesidades de trabajo. * Dos tomas corrientes eléctricos dobles, instalados a un costado de la campana. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de alimentación:120 VAC ± 10%. * Frecuencia: 60 Hz. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Superficie de trabajo de 1.2 m, fabricada en resina epóxica o material equivalente, forma cóncava para retener los derrames y borde frontal redondeado para dirigir el flujo de aire al interior de la cámara. * Interior y exterior fabricado de acero con revestimiento de pintura electrostática. * Resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Monitor de flujo de aire, con alarmas indicadoras de falla en el suministro de aire. * Base metálica de soporte altura ajustable y patas fijas. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad ISO 9001 vigente. * Deberá cumplir con al menos las siguientes normativas y regulaciones: * SEFA 1-2010, ASHRAE 110 o ANSI—Norma Z9.5 * NFPA 45 o equivalente. * Norma de seguridad eléctrica según IEC 61010-1 o equivalente. * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |
| Condiciones de Instalación | | * Deberá apegarse a las condiciones existentes donde será instalado el equipo, en caso de requerir alguna preinstalación adicional, ésta deberá ser incluida en la oferta, para lo cual realizará visita al lugar donde se colocará el equipo. | | |  |
| VISITA AL LUGAR, para instalación de los equipos: | | El licitante que desee realizar una visita técnica, con el objetivo de validar los espacios físicos, red eléctrica, de datos y todo accesorio necesario que permita el buen funcionamiento de los equipos, para la correcta determinación del monto de la oferta, la cual deberá corresponder a todos los trabajos, tal y como se describen en estos términos. Los asistentes deben cumplir con las disposiciones de prevención, establecidas para visitantes, proveedores y usuarios del Ministerio Salud, el cual consiste en pasar por el filtro sanitario establecido, usar de manera obligatoria y correcta una mascarilla, realizar higiene de manos en las áreas donde serán atendidos y mantener las normas de distanciamiento social, respetando las distancias marcadas en las áreas respectivas.  La visita al lugar se hará en coordinación con la Unidad de Gestión de Equipo Biomédico (UGEB) del MINSAL, quienes atenderán la asistencia de los participantes, para lo cual deberán enviar por escrito, el nombre del participante y de la(s) persona(s) que asistirá(n), al correo electrónico: [gloria.arias@salud.gob.sv](mailto:gloria.arias@salud.gob.sv) . El costo del traslado al lugar de visita correrá por cuenta del Licitante. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **006** | **60303853** | **42272206** | **VENTILADOR DE USO**  **NEONATAL HÍBRIDO** | **112** |
| Equipo | | Ventilador mecánico de última generación tipo híbrido es decir que provea adicionalmente ventilación de alta frecuencia oscilatoria, controlado por microprocesador para apoyo de pacientes neonatales prematuros y de término en estado crítico, con compromiso de la función respiratoria, con pesos entre 500 gramos a 6000 gramos. | | |  |
| Descripción | | * PANTALLA: * Pantalla Plana Color con interface sensible al tacto no menor de 15 pulgadas de longitud diagonal. * CONTROL DE EQUIPO * Mediante panel de fácil navegación, operación sólo mediante pantalla táctil. * SIN TURBINA NI COMPRESOR * FRECUENCIA * Entre 1 a 80 rpm como rango mínimo, en modalidad convencional y de 6 hasta 20 hertzios en modalidad de alta frecuencia oscilatoria. * VOLUMEN TIDAL * Entre 2 a 1000 ml. como rango mínimo. * TIEMPO DE INSPIRACIÓN * Entre 0,1 a 8 segundos, o mayor. * PEEP * 0 a 45 cmH20 aproximado. * FLUJO * 1-50 l/min, o mayor. * DISPARO POR FLUJO * -5 a 10 l/min o más amplio. * FRECUENCIA INSPIRADA DE OXÍGENO * (FiO2): (21 -100) %. * SOPORTE PRESIÓN * 2 a 60 cmH2O. rango mínimo * PAUSA * Con pausa inspiratoria de 0.10 a 2 segundos, como mínimo * ALMACENAMIENTO DE TENDENCIAS * Tendencias hasta 24 horas, como mínimo. * VISUALIZACIÓN CURVAS BUCLES, TENDENCIAS * Herramienta de visualización grafica de la compliancia estática, dinámica y resistencia inspiratoria del paciente y que permita visualización de respiraciones espontáneas del paciente. * Despliegue simultaneo de 5 gráficas, en función de volumen, flujo, presión, pletismografia y CO2. * Visualización simultánea de al menos 9 parámetros. * Función de cursor y congelación de las curvas de las gráficas, pausa inspiratoria y espiratoria. * MODOS VENTILATORIOS * Ventilación por alta frecuencia oscilatoria. * Ventilación mandatoria asistida controlada a través del CPAP. * Modo ventilatorio Volumen asistido controlado y presión asistida controlada. * Ventilación mandatoria intermitente sincronizada por volumen y presión. * Ventilación Espontanea. * Ventilación no invasiva. * Terapia con cánula de alto flujo. * Presión de soporte en volumen y presión controlados. * Ventilación por presión bifásica (BIPAP- APRV). * Ventilación de Respaldo en todos los modos. * Ventilación por presión de soporte con volumen corriente asegurado (PSV+VT). * APRV. * TIPOS DE CICLADO * Ciclado por volumen. * Ciclado por presión. * COMPENSACIÓN TUBO * Posibilidad de compensación de tubo endotraqueal. * COMPENSACIÓN DE FUGAS * Permite ventilación invasiva y no invasiva con compensación de fugas, sin necesidad de modificar parámetros de volumen o presión. * Debe ser capaz de medir el porcentaje de fuga y alarmar en caso de fugas importantes. * MEDICIÓN DE CO2 * Capacidad de medición de capnografía volumétrica. * NEBULIZADOR * Nebulizador Sincronizado en fase inspiratoria * NEUMOTACÓGRAFO O SENSOR DE FLUJO * Sensor de flujo integrado. * HUMIDIFICADOR * Con sistema de humidificación de última generación tipo o equivalente a Fisher and Paykel * CAPACIDAD DE MONITORIZACIÓN * Capacidad de ajuste de acuerdo al peso del paciente. * Monitoreo de la presión en las vías aéreas: Pico, Plateau (meseta), media, base (PEEP). * Monitoreo del pico de flujo inspiratorio y espiratorio. * Monitoreo del volumen corriente inspirado y espirado, del volumen compresible y del volumen minuto espontáneo. * Monitoreo del tiempo inspiratorio, espiratorio y la relación I:E del tiempo TI/TTOT * Monitoreo de mecánica ventilatoria: AutoPEEP, compliancia estática y dinámica, trabajo inspiratorio (WOBimp), oclusión de la presión de vías aéreas, resistencia inspiratoria y espiratoria. * Monitoreo de la concentración de oxígeno suministrado FiO2, además de SpO2, frecuencia cardiaca, SpO2/FiO2, EtCO2, CO2 inspirado. * ALARMAS * Alarmas con indicadores visuales y audibles, en base a una prioridad, pueden ser de diferente color en la alarma visual y diferente frecuencia en la alarma auditiva. * Presión inspiratoria máxima y mínima. * Volumen corriente inspirado máximo y mínimo. * Frecuencia respiratoria máxima y mínima. * Baja carga de batería. * Baja presión de gases (Aire - O2). * Alarma de APNEA con tiempo regulable. * FIO2 máximo y mínimo. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: 120 VAC ±10% * Frecuencia: 60 Hz * Tomacorriente macho polarizado grado hospitalario | | |  |
| Características Mecánicas | | * Unidad resistente y compacta. * Para uso hospitalario * Fabricado de material anticorrosivo y resistente a los líquidos de desinfección hospitalario. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 20 circuitos de pacientes neonatales para ventilación invasiva con doble línea de calefacción y cámara humidificadora de auto llenado para ventilador de alta frecuencia. * 30 sistemas para ventilación no invasiva neonatal descartables libre de látex, (que incluye circuito, tubo nasal, cánula de alto flujo, gorro, máscara), de los siguientes tamaños: 5 tamaño XS, 5 tamaño S, 5 tamaño M, 5 tamaño L, 5 tamaño XL, 5 tamaño XXL. * 2 sensores de flujo integrados reutilizables adicionales al que viene con el equipo. (En caso de requerir sensor o accesorio de flujo adicional, incluir 5 unidades reusables) * Base humidificadora de última generación. * 5 sensores de temperatura neonatal. * Sensor de capnografía. * 5 cables conectores en Y, de doble salida, que va desde base humidificadora hasta circuito. * Carro de fábrica para transporte del equipo. * 2 pulmones de prueba neonatales de material resistente por equipo. * 2 mangueras de gases médicos (una de aire comprimido y oxígeno) de tipo DIAMOND. (de la totalidad de mangueras se requerirán sólo para el HNNBB 12 mangueras de aire comprimido y oxígeno con conector tipo DISS). * 20 filtros bacterianos. * 4 válvulas o casetes espiratorios, con calentador y humidificador con campanas de repuesto | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Normativa de seguridad básica para ventiladores en cuidados intensivos IEC 80601-2-12. * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485, presentar certificado vigente. * Aprobada su comercialización por Directiva 93/42CEE (marcado CE) para la Comunidad Europea, PMDA o JPAL para Japón y FDA para los Estados Unidos de América. * Norma de seguridad eléctrica IEC 60601-1 o equivalente | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato | | |  |
| Condiciones de Instalación | | * El equipo debe quedar ensamblado y funcionando correctamente con todos sus accesorios conectados en el lugar donde será utilizado, a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **007** | **60303440** | **42192204** | **INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR** | **18** |
| Equipo | | Incubadora de transporte con soporte de ventilación, para proveer un ambiente cerrado y servocontrolado térmicamente minimizando la pérdida de calor de los pacientes recién nacidos prematuros, con bajo peso, con dificultad para mantener la temperatura corporal o con infecciones a través del paso controlado de aire caliente. | | |  |
| Descripción | | * Módulo de Control de Temperatura: * Controlado por microprocesador para todas las funciones, pantallas e indicadores. * Pantalla LCD o tecnología mejorada, que muestre las lecturas de temperatura de control del aire y del paciente y alarmas de paciente y sistema. * Indicadores digitales de temperatura tanto del aire como de piel del paciente. * Indicador del estado de la batería. * Lectura del control de temperatura en grados Celsius y Fahrenheit. * Con regulador de presión y caudalímetro. * Rango mínimo de control de temperatura del aire: 22ºC- 38°C. * Rango mínimo de control de temperatura de piel del paciente: 34ºC - 37 °C * Las mediciones y ajustes de temperatura no deberán tener una variación mayor a 1ºC. * Deseable con capacidad de poder sacar placas radiográficas * Modos de funcionamiento: * Servo-controlado. * Estructura de soporte * La unidad debe ser auto soportada, con sistema de transporte de al menos 4 rodos conductivos (diámetro no menor a 12.5 cm.) y dispositivo de frenos en al menos dos de ellas. * Barra porta suero. * Bandeja para colocar accesorios o equipos. * Soporte para dos cilindros de oxígeno de emergencia. * Mecanismo eléctrico, neumático o mecánico de elevación y descenso. * Acabado de acero inoxidable u otro material de calidad equivalente, pintura al horno, ninguna parte del equipo debe tener bordes con filo. * Capacidad de poder fijarse al sistema de fijación de ambulancias. * La cámara (Hood) de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared, resistente a los químicos de limpieza, que no se opaque fácilmente. * Al menos dos compuertas para brazos, y al menos cuatro orificios para tubos IV y tubos de respiradores. Con mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental. * Con lámpara de observación * Colchón forrado con superficie lavable, traslúcido, tamaño de acuerdo a las dimensiones de la incubadora con un espesor no menor de 3 cm. * Microfiltro de entrada aire con una eficiencia del 99%, como mínimo. * Capacidad de eliminar partículas de 0.5 micrones de tamaño * Alarmas * Alarma visual y audible para indicar falla en el sistema que puede causar resultados erróneos o inseguros, con silenciador. * Las alarmas audibles y visuales deben ser fácilmente identificables y distinguibles. * Tipo de alarmas incluidas: * Alarma de falla de prueba del sistema. * Alarma por alta temperatura del aire. * Alarma de falla de por temperatura alta en el calentador. * Alarma de falla de sensores. * Alarma de falla de circulación de aire interno. * Alarma de falta de suministro eléctrico. * Alarma por bajo nivel de voltaje de batería. * Humidificador con almohadillas con una capacidad entre (65% - 70%). * Preferiblemente con Sensor de oxígeno ambiental * Regulación de la concentración de oxígeno en un rango entre (21% - 60%) como mínimo. * La concentración de CO2 en la cámara del paciente no será mayor al 0.5%. * Ventilador de transporte * Para uso neonatal. * Flujo continuo y ciclado por tiempo * Modos de ventilación mínimos: * Ventilación con Presión Positiva Intermitente (IPPV). * Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV). * CPAP traqueal y nasal. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: (120 ± 10%) VCA. * Capacidad de poder conectarse a una alimentación eléctrica en ambulancia * Fuente de 12 VDC por medio de baterías recargables, con un respaldo de al menos dos horas. * Frecuencia: 60 Hertz, tomacorriente macho polarizado. * Protección eléctrica de equipo clase I, tipo BF según norma IEC 60601 -1 | | |  |
| Características Mecánicas | | * Dimensiones de referencia con la estructura de soporte: * Altura ajustable con el ventilador: * Mínima: (80 – 85) cm. * Máxima: (110 – 115) cm. * Ancho: (55 – 60) cm. * Largo: (100 – 165) cm. * Ruido de funcionamiento dentro de la cámara del paciente no mayor a 60 dbA. * La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria. * Resistente a la corrosión y a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 20 sensores de temperatura. * 2 sensores de flujo de aire. * 1 Atril. * 1 colchón adicional. * 2 cilindros de oxígeno con regulador, flujómetro y humidificador. * 1 Aspirador incorporado. * 1 Compresor de aire para el ventilador. * 2 circuitos neonatales reusables de silicón. * 100 circuitos neonatales descartables. * 100 válvulas neonatales espiratorias. * 1 batería adicional con su adaptador de energía (2 en total). * 30 filtros antibacteria | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 (Presentar certificado vigente). * Norma de seguridad eléctrica según IEC 60601-2-20 ó equivalente. * Aprobado para su comercialización por CE, (marcado CE de la Comunidad Económica Europea), FDA (Estados Unidos) o PMDA (Japón). | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **008** | **60303403** | **42191802** | **INCUBADORA FIJA**  **INFANTIL HÍBRIDA** | **80** |
| Equipo | | Equipo con la capacidad de brindar tanto calor corporal en un medio cerrado (Modo Incubadora) como en un medio abierto (Modo Cuna Térmica), para proveer un ambiente servo-controlado térmicamente, minimizando la pérdida de calor de los pacientes recién nacidos prematuros o con bajo peso, con dificultad para mantener la temperatura corporal. | | |  |
| Descripción | | **Modo incubadora:**   * Módulo de Control de Temperatura: * Modos de funcionamiento: Servocontrolado. * Controlado por microprocesador para todas las funciones, pantallas e indicadores. * Pantalla LCD o tecnología mejorada, que muestre las lecturas de temperatura de control del aire y del paciente y alarmas de paciente y sistema. * Indicadores digitales de temperatura tanto del aire como de piel del paciente. * Indicador del estado de la batería. * Lectura del control de temperatura en grados Celsius como mínimo. * Rango mínimo de control de temperatura del aire: 22ºC- 38°C. * Rango mínimo de control de temperatura de piel del paciente: 34ºC - 37 °C * Las mediciones y ajustes de temperatura no deberán tener una variación mayor a 1ºC. * Estructura de soporte * La unidad debe ser auto soportada, con sistema de transporte de al menos 4 rodos conductivos (diámetro no menor a 12.5 cm.) y dispositivo de frenos en al menos dos de ellas. * Barra porta suero. * Bandeja para colocar accesorios o equipos. * Soporte para dos cilindros de oxígeno de emergencia. * Mecanismo eléctrico, neumático o mecánico de elevación y descenso. * La cámara (Hood) de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared, resistente a los químicos de limpieza, que no se opaque fácilmente. * Con movimiento de inclinación de al menos ± 12° para posiciones Trendelemburg y Trendelemburg Inversa. * Al menos cinco compuertas para brazos, y al menos dos compuertas para tubos I.V. y tubos de respiradores, con mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental. * Con lampara para fototerapia integrada. * Con lámpara de observación tipo LED en la parte superior de la incubadora para iluminar el centro del colchón. * Bascula integrada con rango de medición de peso de al menos entre 400 gramos hasta 7 kilogramos, con una resolución de 1 gramo y una exactitud de 5 g. * Colchón forrado con superficie lavable, traslúcido, tamaño de acuerdo a las dimensiones de la incubadora con un espesor no menor de 2 cm. * Microfiltro de entrada aire con una eficiencia del 99%, como mínimo. * Capacidad de eliminar partículas de 0.5 micrones de tamaño * Alarmas * Alarma visual y audible para indicar falla en el sistema que puede causar resultados erróneos o inseguros, con silenciador. * Las alarmas audibles y visuales deben ser fácilmente identificables y distinguibles. * Tipo de alarmas incluidas: * Alarma de falla de prueba del sistema. * Alarma por alta temperatura del aire. * Alarma de falla de por temperatura alta en el calentador. * Alarma de falla de sensores. * Alarma de falla de circulación de aire interno. * Alarma de falta de suministro eléctrico. * Alarma por bajo nivel de voltaje de batería. * Humidificador con almohadillas con un intervalo de control de 30% al 95%, aproximadamente, con incrementos del 1%. * Concentración de oxígeno en un rango de control entre (21% - 60%) como mínimo. * La concentración de CO2 en la cámara del paciente no será mayor al 0.5%.   **Modo cuna térmica:**   * Unidad de Control: * Control de temperatura en modos manual o servo o ambas. * Rango mínimo de temperatura entre (35 a 37) °C ± 1º C con incrementos de 0.1 °C. * Presentador digital que muestre: * La medición de la temperatura del paciente. * La temperatura de control. * Los mensajes de alarma. * Alarmas de tipo visual y audible que indiquen al menos los siguientes eventos: * Falla por falta de suministro eléctrico. Falla en el sensor o sonda de temperatura de piel, con sistema de desconexión del calentador y alarma continua, cuando se detecta falta de uso del sensor de piel. * Elevación o disminución de la temperatura del paciente, fuera de los valores establecidos. * Falla en el calentador. * Con silenciador temporal de alarmas. * Unidad calefactora, ubicada en la parte superior del centro de la cama, consistente en: * Calentador radiante. * Indicador luminoso de alarma. * Con mezclador de oxígeno integrado o independiente. * Cama: * Limitada en su perímetro por cuatro paneles transparentes. * Bandeja o porta chasis para realizar estudios de rayos X. * Con Sensor de oxígeno | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: (120 ± 10%) VCA. * Frecuencia: 60 Hertz. * Tomacorriente macho polarizado. * Protección eléctrica de equipo clase I, tipo BF según norma IEC 60601 -1 * UPS de grado hospitalario de potencia acorde a la carga del equipo: * Con al menos 3 toma corrientes protegidos * Con alarma sonora e indicadores LEDs en panel frontal incorporados. * Reemplazo de baterías sin herramientas. * Tiempo de respaldo de energía de 15 minutos mínimo. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Dimensiones de referencia: * Altura ajustable, con la cubierta cerrada con un rango mínimo entre: * Mínima: (150 – 185) cm. * Máxima: (210– 250) cm. * Ancho: (95 – 120) cm. * Largo: (65 – 85) cm. * Ruido de funcionamiento dentro de la cámara del paciente no mayor a 55 dbA. * La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria. * De fácil desmontaje para su limpieza rutinaria. * Resistente a la corrosión y a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 20 sensores para temperatura de piel. * 2 sensores de flujo de aire. * 1 Atril. * 1 Colchón adicional. * 1 Manguera de oxígeno para empotrar con una longitud de al menos dos metros. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 vigente. * Norma de seguridad eléctrica según IEC 60601-2-19 o equivalente. * Aprobado para su comercialización por CE, (marcado CE de la Comunidad Económica Europea), FDA (Estados Unidos) o PMDA (Japón). | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **009** | **60303400** | **42191802** | **INCUBADORA FIJA** | **116** |
| Equipo | | Incubadora estacionaria, para proveer un ambiente cerrado y servo-controlado térmicamente minimizando la pérdida de calor de los pacientes recién nacidos prematuros, con bajo peso, con dificultad para mantener la temperatura corporal o con infecciones a través del paso controlado de aire caliente. | | |  |
| Descripción | | * Módulo de Control de Temperatura: * Modos de funcionamiento: Servocontrolado. * Controlado por microprocesador para todas las funciones, pantallas e indicadores. * Pantalla LCD o tecnología mejorada, que muestre las lecturas de temperatura de control del aire y del paciente y alarmas de paciente y sistema. * Indicadores digitales de temperatura tanto del aire como de piel del paciente. * Indicador del estado de la batería. * Lectura del control de temperatura en grados Celsius como mínimo. * Rango mínimo de control de temperatura del aire: 22ºC - 37°C. * Rango mínimo de control de temperatura de piel del paciente: 34ºC - 37 °C * Las mediciones y ajustes de temperatura no deberán tener una variación mayor a 1ºC. * Estructura de soporte * La unidad debe ser auto soportada, con sistema de transporte de al menos 4 rodos conductivos (diámetro no menor a 12.5 cm.) y dispositivo de frenos en al menos dos de ellas. * Barra porta suero. * Bandeja para colocar accesorios o equipos. * Soporte para dos cilindros de oxígeno de emergencia. * Mecanismo eléctrico, neumático o mecánico de elevación y descenso. * La cámara (Hood) de la incubadora deberá ser transparente, de doble pared, resistente a los químicos de limpieza, que no se opaque fácilmente. * La plataforma de colchón para el paciente deberá poseer un mecanismo que permita las posiciones Trendelemburg y Trendelemburg Inversa, con un ángulo de inclinación de al menos 12º. * Al menos cinco compuertas para brazos, y al menos dos compuertas para tubos I.V. y tubos de respiradores, con mecanismo de seguridad para prevenir una abertura completa y cierre accidental. * Con lampara para fototerapia integrada. * Con lámpara de observación en la parte superior de la incubadora para iluminar el centro del colchón. * Bascula integrada con rango de medición de peso de al menos entre 400 gramos hasta 7 kilogramos, con una resolución de 1 gramo y una exactitud de 5 g. * Colchón forrado con superficie lavable, traslúcido, tamaño de acuerdo a las dimensiones de la incubadora con un espesor no menor de 3 cm. * Microfiltro de entrada aire con una eficiencia del 99%, como mínimo. * Capacidad de eliminar partículas de 0.5 micrones de tamaño como mínimo. * Alarmas * Alarma visual y audible para indicar falla en el sistema que puede causar resultados erróneos o inseguros, con silenciador. * Las alarmas audibles y visuales deben ser fácilmente identificables y distinguibles. * Tipo de alarmas incluidas: * Alarma de falla de prueba del sistema. * Alarma por alta temperatura del aire. * Alarma de falla de por temperatura alta en el calentador. * Alarma de falla de sensores. * Alarma de falla de circulación de aire interno. * Alarma de falta de suministro eléctrico. * Alarma por bajo nivel de voltaje de batería. * Humidificador con almohadillas con un intervalo de control de 30% al 90%, aproximadamente, con incrementos del 1%. * Concentración de oxígeno en un rango de control entre (21% - 60%) como mínimo. * La concentración de CO2 en la cámara del paciente no será mayor al 0.5%. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: (120 ± 10%) VCA. * Frecuencia: 60 Hertz. * Tomacorriente macho polarizado. * Protección eléctrica de equipo clase I, tipo BF según norma IEC 60601 -1 * UPS de grado hospitalario de potencia acorde a la carga del equipo: * Con al menos 3 toma corrientes protegidos * Con alarma sonora e indicadores LEDs en panel frontal incorporados. * Reemplazo de baterías sin herramientas. * Tiempo de respaldo de energía de 15 minutos mínimo. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Dimensiones de referencia sin accesorios: * Altura ajustable: * Mínima: (125 – 135) cm. * Máxima: (140 – 155) cm. * Ancho: (95 – 110) cm. * Largo: (70 – 85) cm. * Ruido de funcionamiento dentro de la cámara del paciente no mayor a 55 dbA. * La unidad deberá estar bien construida con material resistente y durable que permita el uso y limpieza rutinaria. * Resistente a la corrosión y a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 20 sensores para temperatura de piel. * 2 sensores de flujo de aire. * 1 Atril. * 1 Colchón adicional. * 1 Manguera de oxígeno para empotrar con una longitud de al menos dos metros. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 * Norma de seguridad eléctrica según IEC 60601-2-19 o equivalente. * Aprobado para su comercialización por CE, (marcado CE de la Comunidad Económica Europea), FDA (Estados Unidos) o PMDA (Japón). | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato u orden de compra. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **010** | **60303040** | **42191802** | **CUNA TÉRMICA** | **29** |
| Equipo | | Equipo para proporcionar terapia de calor al recién nacido en un medio abierto. | | |  |
| Descripción | | * Unidad de Control: * Sistema basado en microprocesador o microcontrolador, que administre la temperatura, con sistema de prueba automática de funcionamiento (auto test) al ser energizado. * Control de temperatura en modos manual o servo o ambas. * Rango mínimo de temperatura entre (35 a 37) °C ± 1º C con incrementos de 0.1 °C. * Con báscula incorporada. * Presentador digital que muestre: * La medición de la temperatura del paciente. * La temperatura de control. * Los mensajes de alarma. * Alarmas de tipo visual y audible que indiquen al menos los siguientes eventos: * Falla por falta de suministro eléctrico. * Falla en el sensor o sonda de temperatura de piel, con sistema de desconexión del calentador y alarma continua después de 15 minutos, cuando se detecta falta de uso del sensor de piel. * Elevación o disminución de la temperatura del paciente, fuera de los valores establecidos. * Falla en el calentador. * Con silenciador temporal de alarmas. * Unidad calefactora, ubicada en la parte superior del centro de la cama, consistente en: * Calentador radiante. * Lámpara de observación tipo LED. * Indicador luminoso de alarma. * Cama: * Con movimiento de inclinación de al menos ± 12° para posiciones Trendelemburg y Trendelemburg Inversa. * Limitada en su perímetro por cuatro paneles transparentes abatibles con pasa cables en al menos un panel. * Bandeja o porta chasis para realizar estudios de rayos X. * Sistema de fototerapia integrado. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje: 120 ± 10% VCA. * Frecuencia: 60 Hertz. * Fases: 1. * Tomacorriente macho polarizado. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Altura de las paredes laterales, medidas desde la base del colchón, de al menos 15 cm. * Cuna ajustable en altura eléctricamente. * Tipo rodable, con rodos de al menos 12 cm de diámetro y sistema de freno en al menos dos de ellos. * Auto soportada en su gabinete con al menos dos gavetas para almacenar accesorios y material. * Estructura metálica o polímero resistente, para uso hospitalario, resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * 1 regulador para oxígeno para acoplar al suministro de este gas, compatible con la fuente de oxígeno del hospital, el cual se brindará al oferente que resulte adjudicado. * Mezclador de oxígeno ya sea incorporado o externo compatible con el equipo. * 1 cilindro de oxígeno tipo E con soporte, con regulador y manómetro. * 3 sensores de temperatura de piel reusable, con sus parches para fijación. * 1 colchón con cubierta lavable e impermeable, tipo anti escaras, con su funda. * 1 UPS de acuerdo con la capacidad del equipo con un respaldo de al menos 30 minutos. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados ISO 13485 vigente. * Aprobado para su comercialización por CE, (marcado CE de la Comunidad Económica Europea), FDA (Estados Unidos) o PMDA (Japón). * Norma de seguridad eléctrica tipo BF según IEC 60601-2-21:2009 o equivalente, como cumplimiento de los requisitos generales para la seguridad básica y funcionamiento esencial de las cunas de calor radiante para recién nacidos. | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Deberá entregarse funcionando y en buen estado a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **011** | **60303260** | **42201712** | **EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA PORTÁTIL** | **22** |
| Equipo | | Equipo diagnóstico de adquisición de imágenes por ultrasonografía, para diferentes aplicaciones clínicas, tipo laptop. Con capacidad de toma de ultrasonografía transfontanelar, tórax, cadera y abdominal. | | |  |
| Descripción | | * Aplicaciones Clínicas * Abdominal * Pediátrico * Tórax * Cadera * Transfontanelar * Partes pequeñas * Musculo-esquelético * Urgencias médicas * Modos de trabajo * 2D o B. * Imágenes Armónicas Tisulares (THI). * Doppler de Potencia (Power Doppler). * Doppler Color basado en la velocidad de flujo (Color Flow Doppler). * Doppler espectral de onda pulsada. * Duplex y Triplex. * M. * Monitor * LCD, Táctil, Color, de 15 pulgadas de longitud diagonal, como mínimo * Resolución mínima de 1280 x 800 pixeles. * Con ajuste de brillo. * Menú con software iterativo. * Unidad de Control Integrada * Interfaz de usuario en castellano mediante pantalla táctil con o sin teclado. (en caso de esto último deberá ser de tipo QWERTY). * Con tres puertos activos funcionando, el operador puede seleccionar de forma instantánea cualquiera de los tres transductores solicitados). * Los porta transductores deberán poder removerse para su limpieza. * Con al menos cuatro puertos USB 2.0. * Salida LAN 10/100/1000 BaseT. * Una entrada de video/audio HDMI. * Una salida de video HDMI. * Conectividad por medio de protocolo DICOM 3.0 * Con al menos los siguientes servicios DICOM: * DICOM SEND. * DICOM PRINT. * DICOM STORAGE. * DICOM WORKLIST * Capacidad de almacenamiento de al menos 25,000 imágenes. * Capacidad de disco duro tipo SSD interno de al menos 150 GB. * Software y procesamiento de imagen * Rango dinámico del sistema no menor de 300 dB. * Procesamiento de datos crudos. * Manejo de base de datos de paciente, para reportes. * Con sistema de reducción de artefactos de imagen. * Generación de reportes DICOM. * Programas pediátricos de cálculos vasculares, renales, urológicos, musculoesquelético, partes pequeñas. * Selección automática de programas. * Con software en castellano incorporado para cada uno de los transductores solicitados. * Ajuste de curva de ganancia mediante controles deslizables. * Con selección de al menos cuatro puntos focales. * Cálculos automáticos de imágenes Doppler en tiempo real. * Zoom de alta definición para lectura y escritura. * Formación de imagen por armónicos. * Formación de imagen panorámica. * Reproducción de CINE * Actualizaciones según nuevos software o configuraciones para el equipo, las cuales serán incluidas y descargadas sin costo adicional mientras esté vigente la garantía. * Transductores requeridos: * Multielemento en arreglo de fase con un rango de frecuencias entre 2 MHz o menor a 3.5 MHz o mayor, para estudios abdominales. * Multielemento en arreglo de fase con un rango de frecuencias entre 3 MHz o menor a 8 MHz o mayor, para estudios transfontanelares. * Lineal o micro-convexo con un rango de frecuencias entre 5 MHz o menor a 11 MHz o mayor, para estudios de tórax, cadera, partes pequeñas, músculo-esquelético. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de alimentación: (120 ± 10) VAC. * Frecuencia: 60 Hz. * Tomacorriente macho grado hospitalario. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Sistema de ecografía portátil, tipo laptop, compacto. * Fabricado de material anticorrosivo y resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Impresora térmica blanco y negro, grado médico controlada desde unidad de control. * 10 rollos o paquetes de papel blanco y negro para impresor. * 38 tubos de 100 ml o su equivalente de gel para ultrasonido. * 1 unidad de energía ininterrumpible (UPS) con un respaldo mínimo de 15 minutos, para conectar y proteger el equipo y sus periféricos (impresores, fuentes, etc.). * Forro o cubierta plástica para proteger el equipo cuando no está en uso. * Carro rodable de fábrica, no integrado al equipo, para colocar transductores y equipos periféricos, con 4 rodos antiestáticos de al menos 12.5 cm de diámetro, con freno en al menos dos de ellos. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Deberá cumplir con los siguientes estándares: * Estándar de comunicación e imagen DICOM 3.0 * ISO13485 * IEC60601-2-37: Requisitos particulares para la seguridad de los equipos de monitoreo y diagnóstico médico por ultrasonido. * Deberá estar avalado su comercialización por FDA (Estados Unidos), JIS o PMDA (Japón) o el marcado CE (Comunidad Europea). | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Se deberá entregar a entera satisfacción del jefe del Servicio y del Administrador de Contrato con todos sus accesorios. | | |  |
| Condiciones de Instalación | | * Deberá entregarse instalado y funcionando a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |

| **LOTE** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS OFERTADAS**   2. **(DESCRIBIR E INDICAR FOLIO DE HOJA TECNICA O CATALOGO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **012** | **60302180** | **42201701** | **ECOCARDIÓGRAFO** | **2** |
| Equipo | | Equipo de adquisición de imágenes por ultrasonido, para aplicaciones cardíacas con fines diagnósticos de uso pediátrico – neonatal. | | |  |
| Descripción | | * Aplicaciones Clínicas * Cardíaco pediátrico y neonatal * Abdominal pediátrico. * Tórax * Pelvis * Renal * Cabeza neonatal * Musculo-esquelético * Modos de trabajo * B * M. * 2D * 3D en tiempo real. * Imágenes Armónicas Tisulares (THI). * Doppler de Potencia (Power Doppler). * Doppler Color basado en la velocidad de flujo (Color Flow Doppler). * Doppler espectral de onda pulsada. * Doppler espectral de onda continua. * Monitor * Tecnología LCD, LED, TFT, color, de 20 pulgadas de longitud diagonal, como mínimo. * Montado sobre brazo articulado. * Plegable para transporte o exámenes portátiles. * Sistema de al menos 256 tonos de grises y 16 millones de colores. * Resolución mínima de 1920 x 1080 pixeles. * Con ajuste de brillo. * Menú con software iterativo. * Unidad de Control Integrada * Interfaz de usuario en castellano mediante teclado USB tipo QWERTY y mouse óptico. * Sistema operativo Windows 10. * Con antivirus de fábrica. * Memoria RAM de 16 GB. * Capacidad de disco duro interno de al menos 2 TB. * Con tres puertos activos funcionando, el operador puede seleccionar de forma instantánea cualquiera de los transductores solicitados. * Los porta transductores deberán poder removerse para su limpieza. * Con al menos cuatro puertos USB 2.0. * Capacidad de almacenamiento en USB y DVD y a través de puerto USB y grabador de DVD. * Puerto de ECG. * Salida LAN 10/100/1000 BaseT. * Capacidad de conectarse de forma inalámbrica a red LAN. * Una entrada de video/audio HDMI. * Una salida de video HDMI. * Conectividad por medio de protocolo DICOM 3.0 * Con al menos los siguientes servicios DICOM: * DICOM SEND. * DICOM PRINT. * DICOM STORAGE. * DICOM STORAGE COMMITMENT * DICOM WORKLIST * DICOM MPPS * DICOM MEDIA * Software y procesamiento de imagen * Rango dinámico del sistema no menor de 150 dB. * Procesamiento de datos crudos. * Manejo de base de datos de paciente, para reportes. * Generación de reportes DICOM. * Con sistema de reducción de artefactos de imagen. * Con programas de formación y medición de imágenes para aplicaciones clínicas de cardiología, vascular pediátrica y neonatal. * Software para captura de imágenes dinámicas del tejido cardíaco en movimiento para cuantificar la función ventricular izquierda. * Capacidad de análisis para aplicaciones en arteria carótida y sistema vascular periférico. * Presentación de ECG y respiración. * Selección automática de programas. * Con software en castellano incorporado para cada uno de los transductores solicitados. * Ajuste de curva de ganancia mediante controles deslizables. * Cálculos automáticos de imágenes Doppler en tiempo real. * Sistema de magnificación en tiempo real (pan/zoom) de alta definición para lectura y escritura y con congelamiento de imagen. * Formación de imagen por armónicos. * Reproducción de cine con una memoria de al menos 1GB. * Capturas de cine de al menos 250 cuadros de longitud. * Actualizaciones según nuevos software o configuraciones para el equipo, las cuales serán incluidas y descargadas sin costo adicional mientras esté vigente la garantía. * Transductores requeridos: * Sectorial en matriz de arreglo de fase con un rango de frecuencias entre 4 MHz o menor a 10.0 MHz o mayor, para ecocardiografía transtorácica pediátrica y neonatal, pelvis, renal, abdomen pediátrico y cabeza neonatal. * Sectorial en matriz de arreglo de fase con un rango de frecuencias entre 2 MHz o menor a 3.0 MHz o mayor, para ecocardiografía transtorácica pediátrica y neonatal en 3D. * Lineal con un rango de frecuencias entre 4 MHz o menor a 12 MHz o mayor, para estudios vascular periférico, cadera pediátrica, partes pequeñas y músculo-esquelético. | | |  |
| Características Eléctricas | | * Voltaje de alimentación: (120 ± 10) VAC. * Frecuencia: 60 Hz. * Tomacorriente macho grado hospitalario. | | |  |
| Características Mecánicas | | * Sistema de ecografía portátil, tipo laptop, compacto. * Fabricado de material anticorrosivo y resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. | | |  |
| Accesorios incluidos por equipo | | * Impresora térmica blanco y negro, grado médico, controlada desde unidad de control. * Impresora láser a color externa, compatible con el equipo ofertado, la cual deberá quedar instalada y configurada, con todos sus discos de instalación o configuración, con cartucho de tóner instalado, para imprimir en hojas de papel bond tamaño carta. * 1 grabador de DVD interno o externo. * 2 cartuchos de tóner para el impresor láser a color adicionales. (deberá entregar 3 en total). * 10 rollos o paquetes de papel blanco y negro para impresor blanco y negro. * 2 resmas de papel bond tamaño carta. * 38 tubos de 100 ml o su equivalente de gel para ultrasonido. * 1 caja de 50 DVDs. * 1 unidad de energía ininterrumpible (UPS) con un respaldo mínimo de 15 minutos, para conectar y proteger el equipo y sus periféricos (impresores, fuentes, etc.). * Forro o cubierta plástica para proteger el equipo cuando no está en uso. * Carro rodable de fábrica, no integrado al equipo, para colocar transductores y equipos periféricos, con 4 rodos antiestáticos de al menos 12.5 cm de diámetro, con freno en al menos dos de ellos. | | |  |
| Estándares y Normativas | | * Deberá cumplir con los siguientes estándares: * Estándar de comunicación e imagen DICOM 3.0. * ISO13485 vigente. * IEC60601-2-37: Requisitos particulares para la seguridad de los equipos de monitoreo y diagnóstico médico por ultrasonido. * Deberá estar avalado su comercialización por FDA (Estados Unidos), JIS o PMDA (Japón) o el marcado CE (Comunidad Europea). | | |  |
| Condiciones de Recepción | | * Se deberá entregar a entera satisfacción del jefe del Servicio y del Administrador de Contrato con todos sus accesorios. | | |  |
| Condiciones de Instalación | | * Deberá entregarse instalado y funcionando a entera satisfacción del administrador de contrato. | | |  |