Sección V. Formularios de la Oferta

**Índice de Formularios de la Oferta**

[Carta de la Oferta 42](#_Toc85790067)

[Formulario de Información sobre el Oferente 45](#_Toc85790068)

[Formulario de información sobre los miembros de la APCA 46](#_Toc85790069)

[Formularios de Listas de Precios 47](#_Toc85790070)

[Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador a ser importados 48](#_Toc85790071)

[Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador, previamente importados 49](#_Toc85790072)

[Lista de Precios: Bienes fabricados en el País del Comprador 50](#_Toc85790073)

[Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta 56](#_Toc85790074)

[Autorización del Fabricante 57](#_Toc85790075)

##### Carta de la Oferta

|  |
| --- |
| *INSTRUCCIONES A LOS LICITANTES: ELIMINE ESTE RECUADRO UNA VEZ QUE HAYA COMPLETADO EL DOCUMENTO**El Oferente deberá preparar esta Carta de la Oferta en papel con membrete que indique claramente el nombre completo del Oferente y su dirección comercial.**Nota: El texto en cursiva se incluye para ayudar a los Oferentes en la preparación de este formulario.*  |

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

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

**Solicitud de Ofertas n.°:** *[Indique identificación].*

**Alternativa n.°:** *[Indique el número de identificación si esta es una Oferta alternativa].*

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

1. **Sin reservas:** Hemos examinado el Documento de Licitación, incluidas las enmiendas emitidas de conformidad con la IAO 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 IAO 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 IAO 4.6.
4. **Cumplimiento de las disposiciones:** 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:

Opción 1, en caso de un solo LOTE: el precio total es *[indique el precio total de la Oferta en letras y en cifras, indicando los diferentes montos y las respectivas monedas].*

O bien,

Opción 2, en caso de múltiples LOTES: (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:
2. Los descuentos ofrecidos son: *[especifique cada descuento ofrecido]*.
3. 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].*
4. **Período de Validez de la Oferta:** Nuestra Oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la IAO 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 IAO 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.
5. **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.
6. **Una Oferta por Oferente:** No estamos presentando ninguna otra Oferta como Oferentes 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 IAO 4.3, sin considerar las Ofertas Alternativas presentadas de acuerdo con la IAO 13.
7. **Suspensión e inhabilitación:** Nosotros (incluidos, los directores, funcionarios, accionistas principales, personal propuesto y agentes), al igual que subcontratistas, proveedores, consultores, fabricantes o prestadores de servicios que intervienen en alguna parte del contrato, no somos objeto de una suspensión temporal o inhabilitación impuesta por el BID ni de una inhabilitación impuesta por el BID conforme al acuerdo para el cumplimiento conjunto de las decisiones de inhabilitación firmado por el BID y otros bancos de desarrollo.

Asimismo, no somos inelegibles en virtud de las leyes nacionales del Comprador ni de sus normas oficiales, así como tampoco en virtud de una decisión del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

1. **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 IAO 4.5].*
2. **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 | Propósito de la comisión o gratificación | Monto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Si no ha efectuado o no se efectuará pago alguno, insertar “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. **Mejor Oferta Final o Negociaciones**: Entendemos que si el Comprador utiliza el método de Mejor Oferta Final (que podrá ser en presencia de una Autoridad Independiente de Probidad acordada con el Banco) en la evaluación de Ofertas o utiliza Negociaciones (que deberá ser en presencia de una Autoridad Independiente de Probidad acordada con el Banco) en la adjudicación final, la Autoridad de Independiente de Probidad, si procede, contratada por el Comprador actuará para observar e informar sobre este proceso.
4. **Prácticas Prohibidas:** 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 Prohibidas.
5. **Formulario de Propiedad Efectiva**: *(Aplica en el caso de que el Oferente deba suministrar el Formulario).* Entendemos que en el caso de que se acepte nuestra oferta estaremos proporcionando la información requerida en el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva o en su caso indicaremos las razones por las cuales no es posible proporcionar la información requerida.  El Prestatario publicará como parte de la Notificación de la Adjudicación del Contrato el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva, por lo que manifestamos nuestra autorización.

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

**Nombre de la persona debidamente autorizada para firmar la Oferta en nombre del Oferente**\*\***:** *[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 Oferente.

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

##### Formulario de Información sobre el Oferente

*[El Oferente 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 Oferente: *[indique el nombre jurídico del Oferente].* |
| 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 Oferente en la actualidad o país donde intenta registrarse: *[indique el país donde está registrado el Oferente en la actualidad o país donde intenta registrarse].* |
| 4. Año de registro del Oferente: *[indique el año de registro del Oferente].* |
| 5. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: *[indique el domicilio legal del Oferente en el país donde está registrado].* |
| 6. Información del representante autorizado del Oferente:Nombre: *[indique el nombre del representante autorizado].*Dirección: *[indique la dirección del representante autorizado].*Números de teléfono*: [indique los números de teléfono 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 IAO 4.1.🞎 Si se trata de una APCA, carta de intención de formar la APCA, o el Acuerdo de APCA, de conformidad con la IAO 11.2.🞎 Si se trata de una empresa o ente de propiedad estatal, de conformidad con la IAO 4.5, documentación que acredite:* su autonomía jurídica y financiera,
* su operación conforme al Derecho comercial,
* que el Oferente 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 los DDL en referencia a IAO 46.1, el Oferente 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 Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación. El siguiente cuadro deberá ser completado por el Oferente 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 Oferente *[indique el nombre jurídico del Oferente].* |
| 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: *[indique los números de teléfono 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 IAO 4.1.🞎 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 IAO 4.5.8. Se incluye el organigrama, la lista de los miembros del Directorio y la propiedad efectiva. *Si se requiere bajo en los DDL en referencia a IAO 46.1, el Oferente seleccionado deberá proporcionar información adicional sobre la titularidad real de cada miembro de la APCA, utilizando el Formulario de Divulgación de la Propiedad Efectiva].* |

##### Formularios de Listas de Precios

*[El Oferente completará estos formularios de Listas de Precios de acuerdo con las instrucciones indicadas. La lista de lotes en la columna 1 de la* ***Lista de Precios*** *deberá coincidir con la Lista de Bienes y Servicios Conexos detallada por el Comprador en la Lista de Requisitos de los Bienes y en la Lista de Servicios Conexos].*

*[El Oferente completará estos formularios de Listas de Precios de acuerdo con las instrucciones indicadas. La lista de artículos y lotes en la columna 1 de la* ***Lista de Precios*** *deberá coincidir con la Lista de Bienes y Servicios Conexos detallada por el Comprador en los formularios de la Sección VI]*

|  |
| --- |
| 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 IAO 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 IAO 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 Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique la fecha]* |

|  |
| --- |
| Lista de Precios: Bienes fabricados fuera del País del Comprador, previamente importados\* |
|  | (Ofertas Grupo C, Bienes ya importados)Monedas de acuerdo con la IAO 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 IAO 14.8 (c) (i) | Derechos de aduana e impuestos de importación pagados por unidad de acuerdo con la IAO 14.8 (c) (ii) (respaldado con documentos)  | Precio unitario neto, sin incluir derechos de aduana e impuestos de importación pagados de acuerdo con la IAO 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 IAO 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 IAO 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 IAO 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 Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]*Firma del Oferente: *[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 Oferentes 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].*

#####

##### 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 IAO 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 IAO 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 Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* |

##### Precio y Cronograma de Cumplimiento: Servicios conexos

|  | Monedas de acuerdo con la IAO 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 (del equipo)** | **Fecha de entrega en el lugar de destino final** | **Cantidad y unidad física (\*)** | **Precio unitario****(impuestos incluidos)** | **Precio total por servicio****(Col. 5 x 6 o un estimado)** |
| **1** | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 3 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 4 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 2 jornadas |  |  |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 4 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 2 jornadas |  |  |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 3 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 2 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 2 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 4 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
|  | **CONDICIONES DE INSTALACIÓN:**Deberá realizar montaje en pared en las siguientes áreas (coordinado previamente con el Administrador de Contrato del MINSAL):7 Centro obstétrico2 Emergencia1 Unidad Renal |  |  |  |  |  |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 5 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 2 jornadas |  |  |
|  | **CONDICIONES DE INSTALACIÓN:**Deberá realizar montaje en columna cielítica rotatoria en las siguientes áreas (coordinado previamente con el Administrador de Contrato del MINSAL):12 Centro quirúrgico1 Emergencia |  |  |  |  |  |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 5 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 2 jornadas |  |  |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 8 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 2 jornadas |  |  |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** |  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario. |  |  | 4 jornadas |  |  |
|  | Para personal de mantenimiento. |  |  | 1 jornada |  |  |
| **2** | **INTALACIÓN** |  |  |  |  |  |
| **Lote 7** | MONITOR DE SIGNOS VITALES |  |  | 10 |  |  |
| **Lote 8** | MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO |  |  | 13 |  |  |
| 3 | **MANTENIMIENTO** | **Detalle de los servicios de Mantenimientos preventivos por equipo** |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** |  |  |  2 visitas de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** |  |  |  2 visitas de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** |  |  | 2 visitas de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** |  |  |  2 visitas de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** |  |  | 1 visita de mantenimiento preventivo al año por cada equipo durante el período de vigencia del contrato de préstamo. |  |  |
| **4** | **SERVICIO DE SOPORTE DE FALLA** |  |  |  |  |  |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** |  |  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo |  |  |
|  | **Total** |  |
| **(\*)** Las jornadas de capacitación y los mantenimientos requeridos, serán coordinados previamente con el Administrador del Contrato dentro de los 30 días calendario posterior a la entrega de los equipos.Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]* Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* |

##### Formulario de Declaración de Mantenimiento de Oferta

*[El Oferente 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].*

SDO 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 **un (1) año respecto al inciso (a) y tres (3) años respecto al inciso (b),** contados a partir de la fecha de apertura de ofertassi incumplimos nuestras obligaciones derivadas de las condiciones de la oferta, a saber:

* + - * 1. Si retiramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado en la Carta de la Oferta, o
				2. Si, una vez que el Comprador nos ha notificado de la aceptación de nuestra Oferta dentro del período de validez de la Oferta, (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 IAO.

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 Oferente seleccionado, o (ii) han transcurrido 28 días después de la expiración de nuestra Oferta, lo que ocurra primero.

Nombre del Oferente\*:

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

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 Oferente.

\*\* La persona que firme la Oferta deberá contar con el poder otorgado por el Oferente. 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 Oferente 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 Oferente 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 Oferente]* 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 IAO 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

| **N.**°**de Lote** | **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 Oferente]*** |
| 1 | ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL | 1 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato | [Indique el número de días después de la fecha de entrada en vigor del Contrato]. |
| 2 | DESFIBRILADOR | 2 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 3 | EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO | 26 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 4 | ELECTROCARDIÓ-GRAFO DE TRES CANALES | 7 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 5 | MEDIDOR DE GRASA CORPORAL  | 3 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 6 | MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL | 10 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 7 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 10 | C/U | En Hospital de Nejapa | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 8 | MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO | 13 | C/U | En Hospital de Nejapa | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 9 | VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO | 6 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 10 | VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL | 4 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |
| 11 | OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL | 14 | C/U | En Almacén El Paraíso | 200 días calendario después de la distribución Orden de inicio | 210 días calendario después de la distribución del Contrato |  |

##### 2. Lista de Servicios Conexos y Cronograma de Cumplimiento

*[El Comprador deberá completa 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** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
| **1** | **CAPACITACIÓN** |  |  |  |  |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 3 | Jornadas de 4 horas | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato. |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1 |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 4 | Jornadas de 4 horas | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 2 |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 4 | Jornadas de 4 horas | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 2 |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 3 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1  |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 2 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1 |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 2  | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1  |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 4 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1  |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 5 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 2 |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 5 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 2 |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 8 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 2 |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** |  |  |  |  |
|  | Para personal usuario:Capacitación relacionada a la operación y manejo del equipo, deberá contener en su temario como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza. | 4 | Jornadas de 4 horas  | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
|  | Para personal de mantenimiento:Capacitación relacionadas a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros. | 1  |
| **2** | **INSTALACIÓN** |  |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES** | 10 | C/U | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** | 13 | C/U | En Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| 3 | **MANTENIMIENTO** | **Programa de los servicios de Mantenimientos preventivos por equipo** |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** | 1 visita por cada equipo  | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  | 1 visita por cada equipo  | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** | 1 visita por cada equipo  | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** | 1 visita por cada equipo  | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** | 1 visita por cada equipo  | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** | 1 visita por cada equipo  | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| 4 | **SERVICIO DE SOPORTE DE FALLA** |  |  |  |  |
| **Lote 1** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 2** | **DESFIBRILADOR** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 3** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 4** | **ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 5** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL**  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 6** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 7** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES**  | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 8** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 9** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 10** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |
| **Lote 11** | **OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** | 1 servicio que asegure la atención a las solicitudes de soporte por fallas de cada equipo según necesidad. Durante el período de vigencia del contrato de préstamo | C/U  | En Hospital de Nejapa | Al finalizar el período de vigencia del contrato de préstamo |

1. Especificaciones Técnicas
2. **Consideraciones generales para los proveedores adjudicados:**
	1. **Importante:** Para poder recepcionar los bienes se debe presentar el Registro Sanitario que emite la Dirección Nacional de Medicamentos, ver requisitos en la siguiente dirección https://www.medicamentos.gob.sv/?p=2173
	2. El proveedor adjudicado deberá entregar en un período no mayor a 5 días hábiles al Ministerio de Salud, administrador de este contrato, las indicaciones e instrucciones que requiere el equipo en cuanto a soporte de techo, cableado eléctrico, protección eléctrica y demás aditamentos necesarios para el correcto funcionamiento de los mismos.
	3. Cuando se indique en las especificaciones que será necesario conectar la red LAN dicha coordinación se hará a través de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicaciones (DTIC) del hospital y el Constructor del edificio, este último será el responsable de instalar el cableado desde cada locación a la red LAN.
	4. Si el proveedor del equipo dañara infraestructura deberá realizar las reparaciones en coordinación con el constructor y deberá informarlo a la supervisión de contrato de obra y de recepción de los equipos.
	5. El oferente adjudicado deberá coordinarse con el constructor del Hospital Nacional de Nejapa de San Salvador a través del Supervisor y del Administrador de contrato para realizar la adecuada instalación como se describe en la Especificación Técnica de los equipos comprendidos en los lotes 7 y 8.
	6. Todos los accesorios inherentes a la instalación y el buen funcionamiento de los equipos deben ser suministrados para tal fin por el oferente sin que ello incurra en costo adicional para la institución.
	7. Los equipos comprendidos en los Lotes 7 y 8 serán entregados instalados y funcionando en las instalaciones del Hospital Nacional de Nejapa de San Salvador, para uso inmediato, previas pruebas de aceptación por parte de la Institución.
3. **Servicios conexos**
	1. **Servicio de Capacitación que debe brindar el proveedor**
		1. El proveedor debe proporcionar todo el material de apoyo y equipo requerido como proyector multimedia o pantalla, para desarrollar las capacitaciones solicitadas.
		2. Debe considerar para material de apoyo para al menos personal de usuarios 30, y 10 de personal de mantenimiento.
		3. El proveedor adjudicado, presentará un cronograma de capacitaciones que deberán ser impartidas por el personal certificado del fabricante de cada uno de los equipos ofertados.
		4. Las jornadas de capacitación (4 horas por jornada) se realizarán de conformidad con las recomendaciones del fabricante y Visto Bueno del Administrador de contrato.
		5. Para el personal usuario y los recursos adicionales que el MINSAL designe, la capacitación debe abarcar como mínimo: manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza.
		6. Para el personal de mantenimiento y los recursos adicionales que el MINSAL designe las capacitaciones deberán abarcar como mínimo a la operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, limpieza del equipo, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros.
	2. **Servicio de Mantenimiento**
		1. **Mantenimiento Preventivo (MP):**
			1. Con la entrega de los equipos, se deberá presentar el calendario para la realización del mantenimiento preventivo, el cual será autorizado por el administrador de contrato.
			2. Las visitas de mantenimiento preventivo, deberán realizarse en horas hábiles, según programa de mantenimiento aprobado por el administrador de contrato con visto bueno de la Jefatura de Mantenimiento y la Jefatura donde se encuentren los equipos.
			3. El proveedor adjudicado deberá realizar actualizaciones de los programas (software) durante el periodo de garantía sin costo adicional.
			4. La rutina deberá ser la que el fabricante del equipo recomiende.
			5. El proveedor adjudicado deberá contar con un departamento de servicio técnico en la República de El Salvador, con personal entrenado y certificado por el fabricante, para garantizar el soporte técnico calificado de los equipos ofertados.
			6. Todo servicio de mantenimiento preventivo deberá estar respaldado por el reporte de servicio, elaborado por el proveedor, el cual deberá ser firmado y sellado por Supervisor Técnico asignado por la Institución, debiendo dejar copia de dicho documento.
			7. Deberá asignar un libro de control o bitácora para cada uno de los lotes del 1 al 11 de los equipos médicos descritos en las especificaciones técnicas, dicha bitácora será elaborada y suministrada por el Proveedor cada hoja foliada, en 3 copias, debiendo contener:
				1. Fechas de las revisiones efectuadas.
				2. Fechas de mantenimiento / reparaciones realizadas.
				3. Repuestos instalados con su número de identificación respectivo.
				4. Y cualquier información adicional al respecto por ejemplo si la falla se debe a mal uso o por otras causas.
				5. Dicha bitácora se firmará y entregará a la jefatura donde se encuentre el equipo.
				6. Estas deberán estar disponibles en las cercanías de los equipos y sólo podrán escribir notas los representantes de la marca de los equipos y las jefaturas o supervisores de cada área.
			8. Como parte del mantenimiento preventivo se deberán incluir, sin causar gastos adicionales, todos los materiales y consumibles necesarios para cumplir con las rutinas correspondientes, por ejemplo: lubricantes, limpiadores, franela, fusibles, bombillos, etc.
	3. **Servicio de Soporte por falla:**
		* 1. Atender el llamado de la persona responsable o el administrador de contrato de los equipos en un período no mayor a tres (3) días calendario, a excepción de equipo de soporte de vida, que requiere un tiempo de respuesta no mayor a veinticuatro 24 horas y los 365 días del año, incluyendo fines de semana, periodos de vacaciones y días feriados nacionales.
			2. Si durante el período de garantía, uno o varios equipos no puede ser reparados o pasa más de sesenta (60) días continuos fuera de servicio, este o estos deberán de ser sustituidos por uno de iguales o mejores características a las ofertadas sin costo para la institución.
4. **Especificaciones requeridas para cada Lote**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **1** | **60303005** | **41115805** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** | **1** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Medición por método de electrodo de ion selectivo (ISE) o fotometría de llama.
2. Pantalla LCD o tecnología mejorada, para la visualización de resultados de las pruebas realizadas al paciente.
3. Con capacidad de almacenar registros de análisis en pacientes para posterior revisión.
4. Que permita el análisis en un amplio espectro de los marcadores cardíacos, gases en sangre, bioquímica y electrolitos, lactato, coagulación y hematología.
5. Con capacidad de medir al menos 5 electrolitos en forma simultánea: Sodio, Potasio, Cloruro, Calcio, Litio.
6. Tamaño de muestra menor a 200 microlitros, Tipo de muestra: suero, plasma u orina.
7. Tiempo de análisis: menor a 60 segundos
8. Con Kit de prueba o cartuchos con calibración automática.
9. Alarma por falla en calibración de cartucho.
10. Control de calidad electrónico: verificación del buen estado de la muestra, de la calidad de los sensores y de los líquidos, esta se realizará automáticamente con cada nuevo análisis.
11. Incluir software, hardware e Interfaz de usuario de fácil manipulación, que dirija al operador durante todo el proceso del análisis y que permita la integración sin dificultad de los resultados en el HIS/LIS para agilizar el proceso y reducir la posibilidad de errores. Coordinar con administrador de red y con constructor de hospital.
 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. Una (1) Batería recargable que de soporte de al menos 90 minutos.
2. Un (1) Impresor térmico incorporado
3. Diez (10) rollos de papel para impresión.
4. Un (1) UPS que soporte al menos 10 minutos.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Con conector RS232 y USB.
3. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 3 jornadas, Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2** | **60303120** | **42172101** | **DESFIBRILADOR** | **2** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Equipo portátil con maleta de transporte, completo para la atención de paro cardiorrespiratorio y soporte ventilatorio del paciente durante transporte en ambulancia e intrahospitalario.
2. El equipo debe analizar en forma automática la condición del paciente determinando si se requiere desfibrilación. (FV o TV)
3. Características funcionales: instrucciones por voz, indicaciones visuales, instrucciones de RCP, en idioma castellano, tecnología PMS (Prevención de Muerte Súbita).
4. Indicaciones por medio de instrucciones visuales y auditivas en castellano al operador que guie al usuario en el procedimiento (semiautomático) para liberar la energía acumulada.
5. Voz - clara e indicadores de alta luminosidad.
6. Administración de información: documentación del evento por medio de memoria interna.
7. Puerto de comunicación para conexión a PC.
8. USB: USB 2.0 para transferencia del electrocardiograma almacenado en el modo DEA para un PC compatible, debe incluir software DEA: Software para ver los datos transferidos para el PC.
9. Indicador de estado para autodiagnóstico diario, semanal y mensual, garantizando su óptimo estado para uso, preferentemente con opción de impresión térmica.
10. Memoria para registrar los eventos de las últimas 72 horas o 150 pacientes.
11. Deberá contener los indicadores siguientes:
	1. Control de selección de energía
	2. Indicador de carga
	3. Control de carga / descarga de la batería
	4. Indicador de sincronización
	5. Electrodo suelto
	6. Con interruptor de función de imagen congelada
	7. Con sistema de alarmas audibles y visibles ajustables:
		1. Desconexión de red eléctrica y batería baja.
		2. Tonos de alarma diferenciados según gravedad.
		3. Opción de silenciar las alarmas temporalmente.
		4. Alarmas límite superior e inferior para todos los parámetros especificados.
12. Aplicación de choque:
	1. Por medio de electrodos adhesivos multifuncionales descartables
	2. Paletas reutilizables de desfibrilación para uso adulto y pediátrico (Palas pediátricas incluidas en mismas palas utilizadas para adulto).
	3. Selección de energía de 2 a 250 Joules o mayor
	4. Forma de onda: bifásica.
	5. Con modo de funcionamiento sincronizado y asincrónico.
	6. Con modalidad de cardioversión.
	7. Pantalla:
		1. Para visualización del trazo de ECG y con medición del ritmo cardíaco, rango de 20 a 300 LPM(BPM), velocidad de barrido: 12.5; 25 y 50 mm/s.
		2. Tipo LCD o TFT a color de 640 x 480 pixeles o superior
		3. Tamaño mínimo de 100mm x 75 mm
	8. Impresor térmico:
		1. Para registro de ECG
		2. Velocidad: 12.5; 25 o 50 mm/s con precisión de ±5%
		3. Tamaño del papel: 50 mm (anchura) x 30 m (longitud máxima).
	9. Duración de la batería:
		1. Al menos 2 horas en el modo monitor sin impresora o

Mínimo de 30 choques a máxima carga * 1. Monitor signos vitales:
		1. ECG:
			1. Cable de ECG 3 o 5 vías.
			2. Rango: 20 a 300 LPM (BPM).
			3. Sensibilidad: 5, 10, 15, 20, 30 y 40 mm/mV.
			4. Aislamiento del paciente: a prueba de desfibrilación Tipo CF.
1. Tiempo para llegar a carga máxima de energía máxima para desfibrilar, que sea menor o igual a 10 segundos, considerando la batería a carga completa.
2. Sistema automático de descarga interna de energía cargada si no es utilizada después de 40 segundos.
3. Botón de carga en unidad principal y pala Apex.
4. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CANTIDAD** | **AMBIENTE** | **UBICACIÓN** |
| 1 | Ambulancia medicalizada | Área de ambulancias |
| 1 | Ambulancia medicalizada | Área de ambulancias |
|  |  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. Una (1) Maleta porta desfibrilador.
2. Un (1) juego de paletas externas, esterilizables para adulto/pediátrico.
3. Dos (2) juegos de cable de paciente para monitoreo de ECG
4. Doce (12) tubos de gel electro conductiva
5. Mil (1000) electrodos descartables para ECG
6. Doce (12) rollos de papel térmico
7. Un (1) juego de cinchas o arnés de sujeción para uso en ambulancias
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Funcionamiento con batería de 12VCD recargable o de larga duración,
2. Que pueda operar a 120 VCA ±10%, 1 Fase, 60 Hz
3. Portátil, de bajo peso.
4. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas, Para personal de mantenimiento: 2 jornadas.
 |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **3** | **60303320** | **42171902** | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** | **26** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| * Equipo portátil, completo para la atención de paro cardiorrespiratorio.
* El equipo consta de los siguiente elementos:
	+ Desfibrilador externo
	+ Laringoscopio
	+ Bolsa de resucitación manual con bolsa reservorio
	+ Tabla de paro
	+ Carro rodable de transporte de fábrica.
1. Desfibrilador:
	1. Aplicación de choque:
		1. Por medio de electrodos adhesivos multifuncionales descartables
		2. Paletas reutilizables de desfibrilación para uso adulto y pediátrico (Palas pediátricas incluidas en mismas palas utilizadas para adulto).
		3. Selección de energía de 2 a 250 Joules o mayor, en onda bifásica.
		4. Con modo de funcionamiento sincronizado y asincrónico.
		5. Con modalidad de cardioversión.
	2. Indicadores de carga:
		1. Señal sonora del equipo cargando.
		2. Señal sonora de carga completa.
		3. LED en las paletas externas y nivel de carga indicada en el visor.
	3. Pantalla:
		1. Para visualización del trazo de ECG y con medición del ritmo cardíaco, rango de 20 lpm a 300 lpm (BPM), velocidad de barrido: 12.5; 25 y 50 mm/s.
		2. Tipo LCD o TFT a color de 640 x 480 pixeles o superior.
		3. Tamaño mínimo de 100mm x 75 mm
	4. Tiempo máximo de carga:
		1. 200J con alimentación a Red y batería < 5s.
		2. 200J o más con alimentación a Red y batería < 6s.
		3. Descarga del desfibrilador: < 5 segundos.
	5. Con impresor térmico para registro de ECG, velocidad: 12.5; 25 o 50 mm/s con precisión de ±5% y tamaño del papel: 50 mm (anchura) x 30 m (longitud máxima).
	6. Se deberá incluir sistema de auto chequeo con opción de impresión en el impresor térmico.
	7. Memoria para registrar los eventos de las últimas 72 horas o 150 pacientes.
	8. Capaz de generar 15 descargas a energía máxima en una R= 50 Ohmios en periodo menor de 5 minutos.
	9. Duración de la batería:
		1. Al menos 2 horas en el modo monitor sin impresora o

Mínimo de 30 choques a máxima carga * 1. Deberá contener los indicadores siguientes:
		1. Control de selección de energía
		2. Indicador de carga
		3. Control de carga / descarga de la batería
		4. Indicador de sincronización
		5. Electrodo suelto
		6. Con interruptor de función de imagen congelada
		7. Con sistema de alarmas audibles y visibles ajustables
			1. Desconexión de red eléctrica y batería baja.
			2. Tonos de alarma diferenciados según gravedad.
			3. Opción de silenciar las alarmas temporalmente.
			4. Alarmas límite superior e inferior para todos los parámetros especificados.
		8. Tiempo para llegar a carga máxima de energía máxima para desfibrilar, que sea menor o igual a 10 segundos, considerando la batería a carga completa.
		9. Sistema automático de descarga interna de energía cargada si no es utilizada después de 40 segundos.
		10. Botón de carga en unidad principal y pala Apex.
1. Módulo DEA:
	1. Características funcionales: instrucciones por voz, indicaciones visuales, instrucciones de RCP, en idioma castellano, tecnología PMS (Prevención de Muerte Súbita).
	2. USB: USB 2.0 para transferencia del electrocardiograma almacenado en el modo DEA para un PC compatible.
	3. Software DEA: Software para ver los datos transferidos para el PC.
2. Marcapaso externo transtorácico:
	1. Modos: demanda o fijo.
	2. Amplitud: de 5 mA a 200 mA (resolución de 5 mA), precisión 10%.
	3. Anchura del pulso: 20 ms (± 1ms).
	4. Frecuencia: de 30 ppm a 180 ppm (incrementos de 5 ppm), precisión ± 2%.
	5. Período refractario:
	6. 340 ms (de 30 a 80 ppm).
	7. 240 ms (de 90 a 180 ppm).
3. Monitor signos vitales:
	1. ECG:
		1. Cable de ECG 3 o 5 vías.
		2. Rango: 20 a 300LPM (BPM).
		3. Sensibilidad: 5, 10, 15, 20, 30 y 40 mm/mV.
		4. Aislamiento del paciente: a prueba de desfibrilación Tipo CF.
	2. SPO2 (SATURACIÓN DE OXIGENO)
		1. Rango SpO2: 50 a 100 % o más amplio.
		2. Rango Pulso: 20a 300 BPM.
		3. Precisión SpO2:
			1. ± 2 % de 70 a 100%.
			2. ± 3 % de 50 a 69%.
	3. Precisión Pulso: ± 2 BPM
	4. Velocidad de barrido: 12.5; 25 y 50 mm/s
4. Laringoscopio:
	1. Para uso adulto y pediátrico con las siguientes hojas:
		1. Adulto: 3 y 4 (una recta y una curva de cada número).
		2. Pediátrico: 1 y 2 (una recta y una curva de cada número).
	2. El equipo se suministrará completo con su mango, lámparas, estuche, hojas y cargador de baterías.
	3. Mango metálico externo estriado provisto de baterías recargable. (El oferente deberá de especificar el tipo de batería que el equipo utiliza si es convencional o especializada, según recomendación del fabricante).
	4. Capacidad de acople de hojas rectas y curvas para aplicación en neonatos y lactantes.
	5. Iluminación por medio de cable de fibra óptica
	6. Lámpara de luz blanca tipo LED, para una iluminación uniforme.
	7. Hojas esterilizables en autoclave para aplicación en neonatos y lactantes, fabricadas en acero inoxidable grado 304 o mejor según norma AISI.
5. Bolsa de resucitación manual con bolsa reservorio:
	1. Resucitador para ventilación manual de pacientes, para uso de aire ambiente y atmósfera enriquecida de oxígeno en concentración hasta 95%. El equipo será seguro y preciso, con su mascarilla y válvula a prueba de golpes. Además, será suministrado con válvula de alivio y presión.
	2. Deberá poseer una válvula de seguridad para evitar la sobrepresión.
	3. Resucitadores manuales con bolsa de reservorio tipo: adulto, Volumen aproximado del reservorio de aire: 1500 a 2000 ml
	4. Resucitadores manuales con bolsa de reservorio tipo pediátrico, Volumen aproximado del reservorio de aire: 500 a 1000 ml
	5. Incluir tres mascarillas por cada bolsa.
	6. Completamente reusable, con acumulador expandible, con conector externo para fuente de oxígeno.
	7. Reusables y esterilizables.
6. Tabla de paro:
	1. Tabla rígida para ayudar a la administración de resucitación cardiopulmonar, debe permitir la colocación adecuada del paciente para abrir las vías respiratorias y comprimir el esternón.
	2. Su construcción debe ser en plástico resistente y ligero de peso; de preferencia en plástico polietileno de alta densidad para conseguir una superficie rígida, debe poseer concavidad en la parte superior para mantener alineada la cabeza del paciente.
	3. Estructura especial de la plataforma para evitar que el paciente se deslice durante el proceso de resucitación. Los laterales contorneados que permitan levantar al paciente con más facilidad, preferiblemente en color naranja.
	4. Dimensiones aproximadas: 40 x 7 x 60 cm (Ancho, Alto y Largo).
7. Carro rodable de transporte:
	1. Dimensiones aproximadas del carro: 50 cm de ancho X 60 cm de largo X 80 cm de alto. (+/- 10%)
	2. Las esquinas del mueble deben ser redondeadas con barandales y con protector contra choques, con tablero.
	3. Con al menos 4 gavetas plásticas resistentes, la primera de ellas con un mínimo de 16 divisiones para colocar medicamentos, éstas deben tener un mecanismo de seguridad para evitar que se abran durante el traslado.
	4. Con ruedas de caucho conductivo de al menos 12.5 cm. de diámetro, con freno en al menos dos de ellas, con capacidad de transportar en forma segura medicaciones hipodérmicas y bolsas de suero.
	5. Con porta suero fabricado de acero inoxidable
	6. Con manecillas en los extremos para facilidad de empuje, soportes en la bandeja superior para evitar deslizamiento del material,
	7. Con accesorio lateral para colocar tabla de paro cardiorrespiratorio y cilindro de oxígeno tipo E.
	8. Maleta y carro porta desfibrilador fabricado en estructura metálica o plástico ABS, no conductivo y resistente a la corrosión y a soluciones desinfectantes de uso hospitalario.
8. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | AMBIENTE | UBICACIÓN |
| 4 | Quirófano 1 al 4 | Centro Quirúrgico |
| 2 | Unidad de parto respetado 1 y 2 | Centro Obstétrico |
| 2 | Sala de nacimiento 1 y 2 | Centro Obstétrico |
| 1 | Estación de enfermeras | Consulta Externa |
| 1 | Observación Hombres y mujeres | Unidad de Emergencia |
| 1 | Observación Pediátrica | Unidad de Emergencia |
| 1 | Estación de enfermeras | Unidad de Emergencia |
| 1 | Máxima urgencia Adultos | Unidad de Emergencia |
| 1 | Máxima urgencia Pediátrica | Unidad de Emergencia |
| 2 | Estación de Enfermeras Medicina | Hospitalización |
| 2 | Estación de Enfermeras Cirugía | Hospitalización |
| 4 | Estación de Enfermeras Ginecobstetricia | Hospitalización |
| 2 | Estación de Enfermeras Pediatría | Hospitalización |
| 1 | Sala de intervención nefrología | Unidad renal |
| 1 | Sala de TC  | Diagnóstico por Imágenes |
|  |  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. 1 juego de paletas externas, esterilizables para adulto/pediátrica.
2. 2 juego de cable de paciente para monitoreo de ECG
3. 12 tubos de gel electro conductiva
4. 1000 electrodos descartables para ECG
5. 12 rollos de papel térmico
6. Cilindro de oxígeno tipo E, forjado en una sola pieza, sin costuras ni soldaduras, para almacenar O2 de uso hospitalario. Para conectar regulador de O2 tipo yugo. Debe incluir regulador.
7. 2 Sensores de SPO2
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas, para personal de mantenimiento: 2 jornadas.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **4** | **60302200** | **42181701** | **ELECTROCARDIÓGRAFO** **DE TRES CANALES** | **7** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Electrocardiógrafo de tres canales, portátil, capaz de monitorear y graficar las siguientes derivaciones: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6.
2. Cable de paciente de 10 conductores
3. Pantalla LCD o equivalente para visualizar mensajes y configuración.
4. Con registro manual y automático.
5. Con programa de medidas y diagnóstico (interpretaciones).
6. Identificación automática en el papel de la derivación correspondiente y los datos del paciente.
7. Impresor de térmico integrado. En cada impresión se deberá poder incluir: fecha/hora, velocidad de papel y derivación registrada.
8. Papel de impresión: Termosensible.
9. Con adquisición e impresión simultanea de 3, 6 o 12 derivaciones.
10. Velocidad de impresión: 5, 25 y 50 mm/s.
11. Rango de respuesta en frecuencia de 0.05 a 150 Hz o mayor.
12. Sensibilidad de 5,10 y 20 mm/mV
13. Impedancia mínima de entrada 50 MΩ.
14. Factor de rechazo a modo común (CMRR) superior a los 90 dB.
15. Filtros para evitar interferencia (red y musculares)
16. Capacidad de calibración a 1mV aproximadamente.
17. Protección contra desfibrilación.
18. Con sistema de alarmas de falla de conexión de electrodos, falta de papel, batería baja.
19. Visualización de la frecuencia cardíaca.
20. Control de los límites superior e inferior de frecuencia cardíaca (en un rango aproximado de 30 a 120 latidos por minuto).
21. Sistema de autodiagnóstico.
22. Al menos 2 programas de derivaciones
23. Interface para conectarse a computadora (puerto RS-232, puerto USB, Bluetooth o tecnología mejorada).
24. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN |
| 1 | Consulta externa |
| 3 | Emergencia |
| 3 | Hospitalización |
|  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. Un (1) carro de fábrica para transporte del equipo
2. Dos (2) cables para paciente de 10 derivaciones
3. Dos (2) set de electrodos (peras y clips) reusables completos de 10 derivaciones.
4. Si el cable es del tipo pinza suministrar mil (1000) electrodos de disco desechables.
5. Un (1) batería recargable
6. Veinticuatro (24) rollos de papel para impresor térmico.
7. Seis (6) tubos de gel conductivo.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Con batería de respaldo integrada de al menos 20 minutos.
3. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 3 jornadas, Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **5** | **60302536** | **42182705** | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL** | **3** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO BÁSICO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo** |
| 1. Medidor o analizador electrónico de grasa corporal.
2. Con manijas porta electrodos para que el paciente pueda colocar las manos
3. Fabricado en plástico ABS o polipropileno
4. Funcionamiento a baterías
5. Pantalla tipo LED, LCD o pantalla mejorada
6. Para la visualización de parámetros como:
	1. Índice de masa corporal (IMC o BMI) en un rango entre 8 o menor a 85 o mayor
	2. Proporción de grasa corporal (%) en un rango entre 5% o menor a 48% o mayor
7. Seguridad al paciente tipo BF.
8. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| CANTIDAD | UBICACIÓN |
| 3 | Consulta externa |
|  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. Incluir un (1) set de baterías recargables y cargador.
2. Incluir un (1) plicómetro o caliper fabricado en plástico o ABS.
3. Incluir una (1) cinta métrica para medición de circunferencia abdominal.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase (para el cargador).
2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornadas, Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **6** | **60303725** | **42181904** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PORTÁTIL** | **10** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. 8 para uso intrahospitalario y 2 para instalar en ambulancias.
2. Monitor de signos vitales para transporte.
3. Para monitoreo de paciente adulto y pediátrico.
4. Menú en castellano
5. Alarmas audio visuales de todos los parámetros monitorizados.
	1. Luz de alarma en la parte frontal del monitor para fácil detección del paciente.
	2. Tonos de alarma diferenciados según gravedad.
	3. Configuración en volumen y nivel de criticidad, al menos 3 niveles.
	4. Opción de silenciar las alarmas temporalmente.
	5. Alarmas límite superior e inferior para todos los parámetros especificados.
	6. Desconexión de red eléctrica y batería baja.
6. Interface al menos dos de las siguientes: RS-232, LAN, puerto USB, preferiblemente con conexión Bluetooth o WiFi.
7. Pantalla:
	1. A color con tecnología basada en cristal líquido- transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD), diodo emisor de luz (LED) o similar.
	2. Tamaño de 10.4 pulgadas en diagonal como mínimo.
	3. Resolución de al menos 640x200 píxeles.
	4. Presentación de tres ondas simultaneas como mínimo.
	5. Todas las funciones deben ser seleccionadas mediante pantalla táctil
8. Parámetros a monitorizar:
	1. Electrocardiografía:
		1. Electrocardiografía de 3 o más derivaciones.
		2. Presentación en pantalla de onda de electrocardiografía.
		3. Rango de frecuencia cardíaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		4. Protección contra descarga de desfibrilador.
	2. Respiración:
		1. Presentación en pantalla de forma de onda.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de respiración de 8 a 100 respiraciones por minuto o rango más amplio.
		4. Alarma de apnea
	3. Temperatura:
		1. Un canal.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de medición de 20 a 42 grados centígrados o rango más amplio.
	4. Saturación de oxígeno:
		1. Rango de medición de 50 a 100% o rango más amplio.
		2. Rango de frecuencia cardiaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		3. Presentación en pantalla de valor de saturación parcial de oxígeno.
		4. Presentación en pantalla de onda pletismográfica.
		5. Con módulo de saturación compatible o configurado para utilizar sensores tipo DS100A.
	5. Presión no invasiva:
		1. Toma de medición en modo manual y automático a diferentes intervalos de tiempo, método oscilométrico
		2. Despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media.
		3. Presentación en pantalla de valor medido.
		4. Rangos:
			1. 40 a 250 mmHg o rango más amplio para la presión sistólica.
			2. 40 a 200 mm Hg o rango más amplio para la presión diastólica.
			3. 45 a 230 mm Hg o rango más amplio para la presión media.
			4. Precisión de medida de ± 3 mmHg o menor.
9. Registrador o impresor por arreglo térmico de dos canales como mínimo.
10. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| 8 | Emergencia |
| 2 | Ambulancias |

  |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
|

|  |
| --- |
| 1. Dos (2) cables completos para electrocardiografía de 3 o 5 latiguillos.
2. Un Mil (1000) electrodos desechables para electrocardiografía.
3. Dos (2) Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo DS100-A (adulto y pediátrico), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex.
4. Dos (2) brazaletes adulto reusable con manga y accesorios para medir PANI.
5. Dos (2) brazaletes pediátrico reusable con manga y accesorios para medir PANI.
6. Dos (2) brazaletes adulto extra largo reusable con manga y accesorios para medir PANI.
7. Tres (3) sensor de piel reusable para adulto para medición de temperatura con su respectivo cable y conector al monitor
8. Cinco (5) rollos de papel para impresión
9. Arnés para asegurar a la ambulancia o a camilla.
 |

 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Batería recargable con respaldo de 120 minutos como mínimo
3. Funcionamiento con batería de 12VCD recargable o de larga duración (para los monitores a instalarse en ambulancia, incluir cables y conectores correspondientes)
4. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornadas, Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **7** | **60303720** | **42181904** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES** | **10** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Monitor de signos vitales para uso en cabecera de paciente adulto y pediátrico, De cinco (5) parámetros, Tipo Modular, Menú en castellano
2. Interface al menos dos de las siguientes: RS-232, LAN, puerto USB, Bluetooth o tecnología mejorada.
3. Tendencias gráficas y numéricas de 24 horas como mínimo de todos los parámetros, seleccionables por el usuario.
4. Pantalla:
	1. Tipo pantalla táctil de al menos (640 x 480) pixeles.
	2. A color, con tecnología basada en cristal líquido- transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD) o tecnología mejorada.
	3. Tamaño de 12 pulgadas mínimo en diagonal
	4. Presentación de curvas y datos alfanuméricos
5. Parámetros a monitorizar:
	1. Electrocardiografía:
		1. Electrocardiografía de 3 o más derivaciones.
		2. Presentación en pantalla de onda de electrocardiografía.
		3. Rango de frecuencia cardíaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		4. Protección contra descarga de desfibrilador.
	2. Respiración:
		1. Presentación en pantalla de forma de onda.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de respiración de 8 a 100 respiraciones por minuto o rango más amplio.
		4. Alarma de apnea
	3. Temperatura:
		1. Dos canales.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de medición de 15 a 42 grados centígrados o rango más amplio.
	4. Saturación de oxígeno:
		1. Rango de medición de 50 a 100% o rango más amplio.
		2. Rango de frecuencia cardiaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		3. Presentación en pantalla de valor de saturación parcial de oxígeno.
		4. Presentación en pantalla de onda pletismográfica.
		5. Con módulo de saturación compatible o configurado para utilizar sensores tipo DS100A.
	5. Presión no invasiva.
		1. Toma de medición en modo manual y automático a diferentes intervalos de tiempo, método oscilométrico
		2. Despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media.
		3. Presentación en pantalla de valor medido.
		4. Rangos:
			1. 40 a 250 mmHg o rango más amplio para la presión sistólica.
			2. 40 a 200 mm Hg o rango más amplio para la presión diastólica.
			3. 45 a 230 mm Hg o rango más amplio para la presión media.
			4. Precisión de medida de ± 3 mmHg o menor.
6. Alarmas:
	1. Audibles y visuales de todos los parámetros monitorizados con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros: saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, presión arterial no invasiva (sistólica, diastólica), temperatura, frecuencia respiratoria y alarma de apnea.
	2. Debe identificar como mínimo tres niveles de prioridad en las alteraciones fisiológicas.
	3. Con silenciador de alarmas.
	4. Luz de alarma en la parte frontal del monitor para fácil detección del paciente.
	5. Tonos de alarma diferenciados según gravedad.
	6. Opción de silenciar las alarmas temporalmente.
	7. Desconexión de red eléctrica y batería baja.
7. Registrador o impresor por arreglo térmico de dos canales como mínimo.
8. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| 7 | Centro obstétrico |
| 2 | Emergencia |
| 1 | Unidad Renal |
|  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
|

|  |
| --- |
| 1. Dos (2) cables completos para electrocardiografía de 3 o más latiguillos.
2. Trecientos (300) electrodos desechables para electrocardiografía.
3. Dos (2) Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo DS100-A (adulto y pediátrico), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex.
4. Dos (2) brazaletes adulto reusable con manga y accesorios paramedir PANI.
5. Dos (2) brazaletes pediátrico reusable con manga y accesorios para medir PANI.
6. Dos (2) brazaletes adulto extra largo reusable con manga y accesorios para medir PANI.
7. Tres (3) sensor de piel reusable para adulto para medición de temperatura con su respectivo cable y conector al monitor
8. Cinco (5) rollos de papel para impresión
9. Un (1) Brazo y soporte de cables con accesorios para montaje en pared.
 |

 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Batería recargable con respaldo de 90 minutos como mínimo
3. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
4. Para montaje en pared
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas, Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **8** | **60303721** | **42181904** | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** | **13** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Monitor de signos vitales, para uso en quirófano con Capnógrafo, de siete (7) parámetros, tipo Modular, Menú en castellano
2. Interface al menos dos de las siguientes: RS-232, LAN, puerto USB, Bluetooth o tecnología mejorada.
3. Para montaje en pared y en columna cielítica
4. Con capacidad para conectarse a red central de monitoreo.
5. Pantalla:
	1. Tipo pantalla táctil de alta resolución
	2. A color con tecnología basada en cristal líquido- transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD) o tecnología mejorada.
	3. Tamaño de 15 pulgadas mínimo en diagonal
	4. Para presentación de al menos cinco curvas fisiológicas simultáneas e información numérica: ECG, Temperatura al menos un canal, PANI, Curva de CO2, saturación de O2, Tendencias de frecuencia respiratoria, PAI.
6. Parámetros a monitorizar:
	1. Electrocardiografía:
		1. Electrocardiografía de 3 o más derivaciones.
		2. Presentación en pantalla de onda de electrocardiografía.
		3. Rango de frecuencia cardíaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		4. Protección contra descarga de desfibrilador.
	2. Respiración:
		1. Presentación en pantalla de forma de onda.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de respiración de 8 a 100 respiraciones por minuto o rango más amplio.
		4. Alarma de apnea
	3. Temperatura:
		1. Dos canales.
		2. Presentación en pantalla de valor medido.
		3. Rango de medición de 15 a 42 grados centígrados o rango más amplio.
	4. Saturación de oxígeno:
		1. Rango de medición de 50 a 100% o rango más amplio.
		2. Rango de frecuencia cardiaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.
		3. Presentación en pantalla de valor de saturación parcial de oxígeno.
		4. Presentación en pantalla de onda pletismográfica.
		5. Con módulo de saturación compatible o configurado para utilizar sensores tipo DS100A.
	5. Presión no invasiva.
		1. Toma de medición en modo manual y automático a diferentes intervalos de tiempo, método oscilométrico
		2. Despliegue numérico de presión sistólica, diastólica y media.
		3. Presentación en pantalla de valor medido.
		4. Rangos:
			1. 40 a 250 mmHg o rango más amplio para la presión sistólica.
			2. 40 a 200 mm Hg o rango más amplio para la presión diastólica.
			3. 45 a 230 mm Hg o rango más amplio para la presión media.
			4. Precisión de medida de ± 3 mmHg o menor.
	6. Presión invasiva.
		1. Dos canales de presión invasiva, con presentación de onda y valor numérico en pantalla.
		2. Rango de 0 a 300 mmHg o más amplio y calibración a cero.
		3. Despliegue de valores numéricos sistólica, diastólica y media con límites de alarmas alto y bajo para cada uno.
		4. Función de etiquetado de al menos las siguientes presiones: pulmonar, intracraneal y venosa central.
		5. Monitoreo de presión en cuña de arteria pulmonar para catéter de Swan Ganz o equivalente si aplica.
	7. Capnografía:
		1. La medición y registro continuo de bióxido de carbono (CO2) espirado, debe realizarse a través de un sensor de rayos infrarrojos y porcentaje de saturación de oxígeno en sangre periférica, por método no invasivo.
		2. Medición y despliegue de la fracción inspirada y espirada de CO2 de 0-90 mm Hg o mayor.
		3. Velocidad mínima de muestreo 50 ml/min.
		4. Tiempo de respuesta menor a 300 ms.
		5. Rango de Frecuencia respiratoria de 5 a 100 respiraciones por minuto o mayor.
		6. Porcentaje de saturación periférica de O2 de 0-99%. Exactitud de +/- 1%
		7. Despliegue de curvas simultáneas como mínimo de: CO2 espirado, saturación de O2. Tendencias de frecuencia respiratoria, CO2 espirado y saturación de oxígeno como mínimo.
7. Alarmas:
	1. Sistema de alarmas Audibles y visuales de todos los parámetros monitorizados ajustables automáticamente y por el usuario con control del volumen, silenciador temporal y con función que permita revisar y modificar los límites superior e inferior de los siguientes parámetros:
		1. Alta y baja de saturación periférica de O2
		2. Alta y baja de frecuencia de pulso
		3. PANI: sistólica, diastólica y media
		4. Temperatura
		5. Alta y baja de frecuencia respiratoria y periodos prolongados de apnea
		6. Alta y baja de CO2 espirado
		7. Indicador de sensor desconectado (no programable por el usuario), batería baja, conmutación automática a batería o indicador de falla en el sistema electrónico (no programable por el usuario).
		8. Calibración manual y/o automática (según tecnología).
		9. Debe identificar como mínimo tres niveles de prioridad en las alteraciones fisiológicas.
		10. Luz de alarma en la parte frontal del monitor para fácil detección del paciente.
		11. Desconexión de red eléctrica y batería baja.
8. Registrador o impresor por arreglo térmico de dos canales como mínimo.
9. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| 12 | Centro quirúrgico |
| 1 | Emergencia |

 |  |

|  |
| --- |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
|

|  |
| --- |
| 1. Dos (2) cables completos para electrocardiografía de 3 o 5 latiguillos.
2. Trescientos (300) electrodos desechables para electrocardiografía.
3. Dos (2) Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo DS100-A (adulto y pediátrico), reusable para oximetría de pulso (SPO2) impermeables tipo suave de silicona libre de látex.
4. Dos (2) brazaletes adulto reusable con manga y accesorios para medir PANI.
5. Dos (2) brazaletes pediátrico reusable con manga y accesorios para medir PANI.
6. Dos (2) brazaletes adulto extra largo reusable con manga y accesorios para medir PANI.
7. Tres (3) sensor de piel reusable para adulto para medición de temperatura con su respectivo cable y conector al monitor
8. Cien (100) kits para medición de CO2.
9. Un (1) Cable troncal para transductores y transductor de presión invasiva reusable.
10. Doscientos cincuenta (250) kits de transductor desechables y todos los accesorios necesarios para la medición de la presión invasiva.
11. Cinco (5) rollos de papel para impresión
12. Un (1) Brazo en columna cielítica rotatoria.
 |

 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
3. Batería que soporte al menos 3 horas
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 5 jornadas, para personal de mantenimiento: 2 jornada.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **9** | **60303840** | **42270000** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** | **6** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Equipo controlado por microprocesador, con modos de ventilación invasivo y no invasivo.
2. Pantalla:
	1. Plana a color.
	2. Sensible al tacto o en su defecto con controles físicos señalizados y de fácil uso
	3. Tamaño en diagonal de 10 pulgadas como mínimo
	4. Tecnología TFT, LCD, LED o similar.
	5. Panel de fácil navegación
3. Rangos:
	1. Frecuencia de respiración: 1-80 rpm o rango superior
	2. Volumen tidal: 50-2000 ml o rango superior
	3. Tiempo de inspiración: 0.2 a 10 segundos o rango superior
	4. PEEP: 1-45 cmH2O o rango superior
	5. Flujo: 2-50 L/min o rango más amplio
	6. Flujo de disparo: 1 a 15 L/min o rango más amplio
	7. FiO2: (21-100) %
	8. Presión de soporte: 2-60 cmH2O o rango superior
4. Modos de ventilación mínimos:
	1. Ventilación por control de volumen
	2. Ventilación por control de presión
	3. Ventilación mandatoria intermitente sincronizada por volumen
	4. Ventilación mandatoria intermitente sincronizada por presión
	5. CPAP/PSV no invasiva
	6. BiPAP no invasiva
	7. APRV no invasiva
	8. Control por volumen con regulación de presión
	9. Ventilación por control de presión no invasiva
	10. Ventilación mandatoria intermitente sincronizada por presión no invasiva
5. Función de autodiagnóstico
6. Almacenamiento de tendencias de al menos 24 horas
7. Visualización de curvas de tendencia y bucles
8. Herramienta de visualización gráfica de complianza estática y resistencia inspiratoria del paciente.
9. Gráficas en función del volumen, flujo, presión
10. Función de congelación de curvas
11. Posibilidad de compensación de fugas y compensación de tubo endotraqueal
12. Medición de capnografía volumétrica
13. Capacidad de monitorización de los siguientes parámetros (mínimo):
	1. Presión en las vías aéreas: Ppico, Pmeseta, Pmedia, Pmin, PEEP.
	2. Flujo pico inspiratorio y espiratorio
	3. Volumen inspirado y espirado
	4. Tiempo de inspiración, espiración y relación I:E
	5. Mecánica ventilatoria: Auto PEEP, complianza estática y resistencia respiratoria
	6. Monitoreo de FiO2, SpO2 y CO2 inspirado.
	7. Alarmas con indicadores visuales y audibles con distintos niveles de prioridad, que contengan como mínimo las siguientes: Presión en las vías aéreas alta/baja, Frecuencia respiratoria alta/baja, Apnea con tiempo regulable, Batería baja, Baja presión de gases (O2), FiO2 alto/bajo, Fugas
14. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| **4** | **Emergencia** |
| **2** | **Ambulancias** |
|  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |  |
| 1. Cincuenta (50) circuitos para pacientes adultos completos, con trampa de agua (ambos reusables).
2. Treinta (30) circuitos para pacientes pediátricos completos, con trampa de agua (ambos reusables).
3. Cinco (5) circuitos reusables para adulto con trampa de agua
4. Una (1) válvula espiratoria completa
5. Treinta (30) máscaras no invasivas reusables: L, M, S. 10 de cada uno.

|  |
| --- |
| 1. Un (1) Cilindro tipo E de oxígeno con su correspondiente regulador de presión.
2. Un (1) Humidificador de última generación que proporcione óptimos niveles de humedad y temperatura a 37 grados centígrados, con sensor de flujo, sistema de espera, sistema que evite la condensación en el circuito de pacientes y sus accesorios inherentes al sistema.
3. Dos (2) pulmones de prueba (uno adulto y otro pediátrico).
4. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno médico con conector tipo DISS con una longitud entre 3 y 5 m.
5. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno con conector para cilindro de oxígeno tipo E suministrado.
6. Incluir accesorios para colocación del ventilador en camilla de transporte.
 |

 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Conexión externa para fuente de oxígeno tipo DISS.
3. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido para independencia del aire comprimido hospitalario.
4. Batería(s) preferiblemente de Li-ion. Con capacidad de operar de forma autónoma por al menos 6 horas en funcionamiento típico.
5. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta: Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas
2. Con la entrega de cada equipo: Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio, De estos últimos será necesaria una copia en físico y una copia en memoria extraíble USB, preferiblemente en idioma castellano o en su defecto en inglés.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 5 jornadas, para personal de mantenimiento: 2 jornadas.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **10** | **60303820** | **42272204** | **VENTILADOR DE TRANSPORTE** **DE USO NEONATAL** | **4** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO ESPECIALIZADO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Pantalla a color, sensible al tacto, de 12 pulgadas como mínimo, tecnología TFT, LCD, LED o similar.
2. Volumen corriente respiratorio con frecuencias respiratorias mandatorias; volumen corriente con respiraciones espontáneas: 1 a 200 mililitros(ml) o rango más amplio
3. Volumen corriente de alta frecuencia de 0.01 a 3.0 mililitros(ml) o rango más amplio.
4. Medición de:
	1. Volumen minuto inspiratorio, espiratorio y espontáneo.
	2. Volumen corriente inspiratorio, volumen espiratorio y espontáneo.
	3. Volumen corriente de alta frecuencia de paciente.
	4. Presión media 5 a 50 mbar o rango más amplio.
	5. Frecuencia respiratoria mandatoria espontánea en ventilación convencional.
	6. Flujo respiratorio ajustable de 1 a 30 litros por minuto (L/min) o autorregulado automáticamente, o rango más amplio.
	7. Flujo proximal de 0 a 30 L/min o rango más amplio.
5. Ajuste de:
	1. Frecuencia respiratoria de 2 hasta 150 rpm o más en ventilación convencional y ajuste de frecuencia oscilatoria entre 5 a 20 Hertz.
	2. Activación de ventilación en apnea o frecuencia de respaldo en apnea.
	3. Presión Inspiratoria ajustable desde -5 a 80 cm H2O o rango más amplio en ambos límites.
	4. Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP): de 0 a 20 centímetros de agua (cm H2O) o rango más amplio.
	5. Amplitud de presión de 5 a 80 mbar o rango más amplio.
	6. Medición de CO2 espiratorio o CO2.
	7. Tiempo Inspiratorio de 0.1 a 2 segundos o rango más amplio. Tiempo Espiratorio de 0.2 a 30 segundos o rango más amplio.
	8. Concentración inspiratoria de oxígeno (FiO2): ajustable en todo el rango de 21% a 100%.
	9. Presión soporte o asistida: ajustable entre 5 a 60 cm H2O o rango más amplio en ambos límites.
	10. Relación Inspiración: Espiración (I: E) de 1:1 a 1:2 que permita ajuste inverso y prolongado.
	11. Tiempo de apnea de 0.3 a 0.20 segundos o rango más amplio.
	12. Medición de saturación parcial de oxígeno (SPO2): Rango de medición de 50 a 100% o rango más amplio
6. Capnografía de medición de flujo principal.
7. Sensibilidad (Trigger) por flujo.
8. Sensibilidad por presión.
9. Sensor de Flujo proximal.
10. Compensación de fugas del tubo orotraqueal.
11. Compensación de fugas en el circuito.
12. Asistencia ventilatoria a pacientes con un peso mínimo de 460 gramos hasta 10 kilos o rango más amplio.
13. Autodiagnóstico con detalle de error y funcionamiento.
14. Maniobra de enriquecimiento de oxígeno para aspiración endotraqueal.
15. Que posea los siguientes modos de ventilación especiales como mínimo para neonatos (de termino y prematuros):
	1. Ventilación Invasiva
	2. Ventilación Asistida Controlada: A/C.
	3. Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada: SIMV
	4. Volumen Garantizado.
	5. Presión de Soporte.
	6. Presión Positiva Continua en las Vías Aéreas: CPAP.
16. Ventilación Mecánica No Invasiva, en tres modos:
	1. CPAP nasal; con presión con dos niveles de presión (BiPAP, Bilevel, DuoPap o cualquier otra en dos niveles) y frecuencia respiratoria en los modos que lo permita.
	2. Presión soporte. Ventilación de respaldo por apnea.
	3. Ventilación de alta frecuencia oscilatoria. Volumen garantizado o similar en alta frecuencia.
17. Monitoreo ventilatorio:
	1. Con visualización de forma de onda de presión de alta frecuencia.
	2. Con visualización de forma de onda de presión.
	3. Con visualización de forma de onda de flujo.
	4. Con visualización de forma de onda de volumen.
	5. Con visualización de lazo presión/volumen, presión/flujo como mínimo.
	6. Con visualización de forma de onda de capnografia.
	7. Presión Pico o Presión Inspiratoria. Presión Media.
	8. Presión positiva al final de la espiración (PEEP).
	9. Volumen minuto.
	10. Volumen corriente.
	11. Frecuencia respiratoria.
	12. Fracción Inspiratoria de Oxigeno (FiO2).
	13. Sensibilidad (Trigger).
	14. Relación Inspiración: Espiración (I: E).
	15. Medición de mecánica pulmonar para liberación de ventilación mecánica.
	16. Cálculo de distensibilidad dinámica y estática.
	17. Cálculo de resistencia.
	18. Cálculo de índice p 0.1 o p 100.
	19. Cálculo de índice F/Vt o índice de respiración rápida superficial.
	20. Cálculo de trabajo respiratorio: total y de paciente u otras mediciones de uso.
	21. Porcentaje de fugas.
	22. Concentración de FiO2.
18. Alarmas: Audibles y visibles como mínimo: Desconexión, Apnea, obstrucción de circuito de paciente y concentración de oxígeno.
19. Interfaces de usuario con monitorización de volúmenes pulmonares, curvas de presión, volumen, flujo y de volumen contra presión (loop) y parámetros ventilatorios.
20. Mezclador de oxígeno integrado 21 – 100 %.
21. Ventilador con dispositivos para empotrar en las columnas cielíticas.
22. Humidificador de última generación que proporcione óptimos niveles de humedad y temperatura a 37 grados centígrados para pacientes neonatales, con sensor de flujo, sistema de espera, sistema que evite la condensación en el circuito de pacientes y sus accesorios inherentes al sistema.
23. Que guarde datos de memoria y tendencia de al menos 24 horas de los siguientes parámetros como mínimo: Fracción Inspiratoria de Oxigeno (FiO2), Presión media, Volumen minuto (VM) o Volumen corriente (VC), Resistencia y/o Complianza.
24. Tener la capacidad de visualizar curvas en monitor central y al menos un puerto USB o similar, para poder exportar información del paciente, con su software respectivo incluido en el suministro.
25. Con puerto ethernet para conexión en red.
26. Medidor de horas de uso con su software de calibración y auto chequeo.
27. Software integrado en español actualizable, que permita mejoras en ampliación de parámetros y modos ventilatorios, incluido en el suministro.
28. Conexión externa para fuente de oxígeno tipo DISS.
29. Ubicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **CANTIDAD** | **UBICACIÓN** |
| 4 | Emergencia |
|  |  |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |  |
|

|  |
| --- |
| 1. Dos (2) circuitos de paciente neonatal reusables libres de látex, incluir adaptadores, conectores y trampas de agua o diez circuitos neonatales desechables libres de látex.
2. Dos (2) sensores de flujo pediátricos, en caso de que la tecnología así lo requiera.
3. Dos (2) sensores de SpO2 reusables o diez desechables.
4. Dos (2) sensores de CO2 reusables o diez desechables.
5. Diez (10) narices artificiales/filtro HME (Intercambiador de humedad y temperatura)para uso neonatal.
6. Un (1) pulmón de prueba neonatal.
7. Un cilindro tipo E con válvula tipo poste (CGA 870) Incluir regulador.
8. Una (1) Manguera para suministro de oxígeno médico color verde con conexión DISS para conexión a toma de pared.
9. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno médico con conector tipo DISS para regulador de oxígeno con una longitud entre 3 y 5 m para cilindro tipo E con válvula de poste CGA 870.
10. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno médico con conector para cilindro de oxígeno tipo E suministrado.
 |

 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas: 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Batería recargable con respaldo de 120 minutos como mínimo
3. Ruido de ventilador con un máximo de 55 dB(A).
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 8 jornadas.
2. Para personal de mantenimiento: 2 jornadas.
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **CÓDIGO****MINSAL** | **CÓDIGO****ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **11** | **60302712** | **42181801** | **OXIMETRO DE PULSO PORTÁTIL** | **14** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EQUIPO BÁSICO** | **FOLIO** |
| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS****Marca:****Modelo:** |
| 1. Equipo portátil para monitorización y control del nivel de saturación de oxígeno en la sangre y la frecuencia cardiaca, con fines diagnósticos en pacientes adultos y pediátricos.
2. Por método no invasivo mediante Sensor de dedo.
3. Pantalla tipo LCD o LED
4. Despliegue digital del porcentaje de saturación de oxígeno en sangre con intervalo de 50 a 99% o mejor rango con precisión ≤ 1%
5. Rango de Frecuencia de pulso de 30 a 200 pulsos por minuto o mayor.
6. Alarmas programables audibles y visuales alta y baja con precisión del pulso ≤1 ppm (o su equivalente)
7. Que permita lecturas en pacientes en movimiento y con baja perfusión, verificable en catálogo.
8. Teclado plano de membrana.
9. Con indicador de batería baja.
10. Funcionamiento a baterías
11. Apagado automático
12. Tiempo de la batería: ≥ 30 horas de uso continuo.
13. Ubicación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CANTIDAD** | **AMBIENTE** | **UBICACIÓN** |
| 1 | Estación de enfermeras | Consulta externa |
| 2 | Estación de enfermeras | Emergencia |
| 10 | Estación de enfermeras | Hospitalización |
| 1 | Consultorio de enfermería | Unidad renal |

 |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |
| 1. Con estuche compacto para resguardo del equipo
2. Incluir Una (1) correa para transporte.
3. Incluir Un (1) set de baterías recargables AAA o AA con el equipo y un (1) set para cambio adicional o batería recargable de fábrica interna instalada y una (1) adicional.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Cargador de baterías con conexión a 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.
2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios.
 |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485.
2. Aprobada su comercialización por Directiva 93/42 CEE o equivalente por tipo de equipo (marcado CE) para la Comunidad Europea o PMDA o JPAL para Japón o FDA para los Estados Unidos de América.
3. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente.
 |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas.
2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada.
 |  |