##### 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 Lote (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 artículos 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].*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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*].* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Oferente: *[indique el nombre completo del Oferente]*  Firma del Oferente: *[firma de la persona que firma la oferta]* Fecha: *[indique fecha]* | | | | | | | | | | Precio total de la Oferta |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |

*\* [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)** |
|  | **LOTE 1 EQUIPO ESPECIALIZADO PARA SALA DE OPERACIONES , VENTILACIÓN Y EQUIPO ESPECIALIZADO DE APOYO HOSPITALARIO** | | | | | | |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 1** **Aspirador de Secreciones y Liquido Pleural,** para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 1 Aspirador de Secreciones y Liquido Pleural,**  para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 2 Electrocauterio**, para personal usuario. | |  |  | 3 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 2 Electrocauterio,** para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornadas de 4 horas c/u. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **articulo 3 Equipo de Artroscopia,** para personal usuario. | |  |  | 5 jornadas: de 8 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **articulo 3 Equipo de Artroscopia,** para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornadas de 4 horas c/u |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para artículo **4 Mesa para Procedimientos de Ortopedia,** para personal usuario. | |  |  | 4 jornadas: de 8 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 4 Mesa para Procedimientos de Ortopedia**, para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 8 horas. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 5 Monitor de Signos Vitales, para Uso de Quirófano**, para personal usuario. | |  |  | 3 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 5 Monitor de Signos Vitales, para Uso de Quirófano**, para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas. |  |  |
| **Instalación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación para **artículo 5 Monitor de Signos Vitales**, para Uso de Quirófano | |  |  | 13 equipos en las instalaciones del Hospital de Nejapa. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 6 Pantalla Táctil para Uso en Quirófano**, personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 6 Pantalla Táctil para Uso en Quirófano**, para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas. |  |  |
| **Instalación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación para **artículo 6 Pantalla Táctil para Uso en Quirófano.** | |  |  | 4 equipos en las instalaciones del Hospital de Nejapa. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 7 Reprocesador de Endoscopios de Uso Médico,**  personal usuario. | |  |  | 5 jornadas: de 8 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación **para artículo 7 Reprocesador de Endoscopios de Uso Médico,** para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 8 horas. |  |  |
| **Instalación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación para **artículo 7 Reprocesador de Endoscopios de Uso Médico.** | |  |  | 2 equipos en las instalaciones del Hospital de Nejapa. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 8 Unidad de Electrocirugía,** personal usuario. | |  |  | 4 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 8 Unidad de Electrocirugía,** para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 9 Ventilador de Transporte de Uso Adulto y Pediátrico**, para personal usuario. | |  |  | 6 jornadas: de 8 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 9 Ventilador de Transporte de Uso Adulto y Pediátrico,** para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornada de 8 horas c/u. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 10 Ventilador de Transporte de Uso Neonatal,** para personal usuario. | |  |  | 4 jornadas: de 8 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 10 Ventilador de Transporte de Uso Neonatal** para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornada de 8 horas c/u. |  |  |
| **Instalación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Instalación para **artículo 10 Ventilador de Transporte** de Uso Neonatal | |  |  | 4 equipos en las instalaciones del Hospital de Nejapa |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 11 Analizador de Gases, Portátil**, para personal usuario. | |  |  | 2 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 11 Analizador de Gases, Portátil,**  para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 12** **Desfibrilador,** personal usuario. | |  |  | 4 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 12** **Desfibrilador,** para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornada de 4 horas c/u. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 13 Equipo para Paro con Desfibrilador y Carro**, para personal usuario. | |  |  | 6 jornadas: de 4 horas c/u. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 13 Equipo para Paro con Desfibrilador y Carro**, para personal de mantenimiento | |  |  | 2 jornada de 4 horas c/u. |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 15 Medidor de Grasa Corporal,** para personal usuario. | |  |  | 1 jornada: de 4 horas |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 15 Medidor de Grasa Corporal**, para personal de mantenimiento. | |  |  | 1 jornada de 4 horas |  |  |
| **Capacitación** |  | |  |  |  |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 16 Sierra para Cortar Yeso con Aspiración de Polvo,** para personal usuario. | |  |  | 1 jornada: de 4 horas. |  |  |
|  | Capacitación para **artículo 16 Sierra para Cortar Yeso con Aspiración de Polvo,** para personal de mantenimiento | |  |  | 1 jornada de 4 horas. |  |  |
| **(\*)** Las jornadas de capacitación, serán coordinadas previamente con el Administrador del Contrato dentro de los 30 días calendario posterior a la entrega a la distribución del contrato.  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 **un (1) año respecto al inciso (a) y tres (3) años respecto al inciso (b),** 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

|  | **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]*** |
| **N.**°**de Artículo** | **LOTE 1: EQUIPO ESPECIALIZADO PARA SALA DE OPERACIONES, VENTILACIÓN Y EQUIPO ESPECIALIZADO DE APOYO HOSPITALARIO** | | | | | | | |
| 1 | Aspirador de Secreciones y Liquido Pleural | 2 | C/U | Instalaciones del Hospital de Nejapa | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 2 | Electrocauterio | 2 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 3 | Equipo de Artroscopia | 1 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 4 | Mesa para Procedimientos de Ortopedia | 1 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 5 | Monitor de Signos Vitales, para uso en Quirófano | 13 | C/U | Instalaciones del Hospital de Nejapa | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 6 | Pantalla Táctil para uso en Quirófano | 4 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 7 | Reprocesador de Endoscopios de uso Médico | 2 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 8 | Unidad de Electrocirugía | 4 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 9 | Ventilador de Transporte de uso Adulto y Pediátrico | 6 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 10 | Ventilador de Transporte de uso Neonatal | 4 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 11 | Analizador de Gases, Portátil | 1 | C/U | .  Instalaciones del Hospital de Nejapa | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 12 | Desfibrilador | 2 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 13 | Equipo para paro con Desfibrilador y Carro | 26 | C/U | 100 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final previa orden de inicio | 150 días calendario. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final previa orden de inicio | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 14 | Rasuradora de Baterías (Quirúrgica) | 21 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 15 | Medidor de Grasa Corporal | 3 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |
| 16 | Sierra para Cortar Yeso con Aspiración de Polvo | 1 | C/U | 100 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | 150 días calendario después de emitida la orden de inicio. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final. | [Indique el número de días a entregar no puede sobrepasar la fecha límite de entrega]. |

##### 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)].*

|  | **Descripción del servicio** | **Cantidad** | **Unidad física** | **Lugar donde los servicios serán prestados** | **Fechas finales de cumplimiento de los servicios** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
|  | **LOTE 1: EQUIPO ESPECIALIZADO PARA SALA DE OPERACIONES , VENTILACIÓN Y EQUIPO ESPECIALIZADO DE APOYO HOSPITALARIO** | | | | |
| **CAPACITACIÓN** | | | | | |
| **Artículo** |  |  |  |  |  |
| **1** | 2 Jornadas de 4 horas c/u , para personal usuario  1 Jornada de 4 horas para personal de mantenimiento para ASPIRADOR DE SECRECIONES Y LIQUIDO PLEURAL: | 3 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **2** | 3 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  2 Jornadas de 4 horas c/u para personal de mantenimiento para ELECTROCAUTERIO | 5 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **3** | 5 Jornadas de 8 horas c/u para personal usuario.  2 Jornadas de 4 horas c/u para personal de mantenimiento para EQUIPO DE ARTROSCOPIA. | 7 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **4** | 4 Jornadas de 8 horas c/u para personal usuario.  1 Jornadas de 8 horas, para personal de mantenimiento para MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA | 5 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **5** | 3 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO | 4 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **6** | 2 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para PANTALLA TÁCTIL PARA USO EN QUIRÓFANO | 3 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **7** | 5 Jornadas de 8 horas c/u para personal usuario.  1 Jornada de 8 horas, para personal de mantenimiento para REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MÉDICO | 6 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **8** | 4 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA | 5 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **9** | 6 Jornadas de 8 horas c/u para personal usuario.  2 Jornadas de 8 horas c/u, para personal de mantenimiento para VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO | 8 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **10** | 4 Jornadas de 8 horas c/u para personal usuario.  2 Jornada de 8 horas c/u, para personal de mantenimiento para VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL | 6 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **11** | 2 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL | 3 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **12** | 4 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  2 Jornada de 4 horas c/u, para personal de mantenimiento para DESFIBRILADOR | 6 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **13** | 6 Jornadas de 4 horas c/u para personal usuario.  2 Jornada de 4 horas c/u, para personal de mantenimiento para EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO | 8 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **15** | 1 Jornada de 4 horas, para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para MEDIDOR DE GRASA CORPORAL | 2 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **16** | 1 Jornadas de 4 horas, para personal usuario.  1 Jornada de 4 horas, para personal de mantenimiento para SIERRA PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO | 2 | Jornadas | Hospital de Nejapa | Dentro de los 30 calendario posteriores a la recepción del equipo, en coordinación con el Administrador de Contrato |
| **INSTALACIÓN** | | | | | |
|  | **LOTE 1: EQUIPO ESPECIALIZADO PARA SALA DE OPERACIONES , VENTILACIÓN Y EQUIPO ESPECIALIZADO DE APOYO HOSPITALARIO** | | | | |
| **5** | Instalación de MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO | 13 | Unidades | En Hospital de Nejapa | **después de emitida lo orden de inicio** |
| **6** | Instalación de PANTALLA TÁCTIL PARA USO EN QUIRÓFANO | 4 | Unidades | En Hospital de Nejapa | **después de emitida lo orden de inicio** |
| **7** | Instalación de REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MÉDICO | 2 | Unidades | En Hospital de Nejapa | **después de emitida lo orden de inicio** |
| **10** | Instalación de VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO NEONATAL | 4 | Unidades | En Hospital de Nejapa | **después de emitida lo orden de inicio** |

3. Especificaciones Técnicas

**CONDICIONES GENERALES**

1. **Consideraciones generales para los licitantes:**
   1. No se aceptarán ofertas que contengan cantidades diferentes a las especificadas.
   2. Cada artículo ofertado debe incluir todos los accesorios solicitados sin excepción.
2. **Consideraciones generales para los ofertantes adjudicados:**
   1. **Importante** Para los artículos 3, 9 y 10 se debe presentar con la oferta el Registro Sanitario que emite la Dirección Nacional de Medicamentos; y para los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15 y 16 se debe presentar con la entrega de dichos artículos el Registro Sanitario si es que se considera dentro del listado como dispositivos médicos, este registro deberá estar vigente o en su defecto que al momento de la entrega se encuentren gestionando dicho registro.
   2. Al momento de la recepción se deberá colocar una placa ya sea Calcomanía o Stícker Viñeta metalizada en un lugar visible en cada componente del o los equipos en la que pueda visualizarse: marca, modelo, casa productora, año de fabricación, país de origen, No. de Contrato, Vigencia de la garantía, teléfono de contacto en caso de falla del bien.
   3. Tiempo de entrega: **150 días calendario después de emitida la orden de inicio**. El tiempo de entrega se refiere a días calendario e incluye tiempo de fabricación, traslado, suministro, instalación, capacitación y recepción final previa orden de inicio.
   4. **Garantía:** 2 años, el período de la garantía iniciará a partir de la puesta en funcionamiento final a satisfacción de los administradores de contrato designados para la recepción de los bienes y dicha fecha deberá constar en acta de recepción.
   5. Una vez recibido los bienes a entera satisfacción, en caso de presentarse algún defecto derivados de actos y omisiones que éste hubiese incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes, el plazo para reparar los bienes será de un máximo de quince (15) días calendarios, el plazo para reemplazar los bienes será de CIENTO VEINTE (120) días calendario para el lote 1 en los artículos 4, 6, 7, 9 y 10 y para el resto de artículos TREINTA (30) días calendario.

|  |
| --- |
| * 1. Todas aquellas llamadas por falla para soporte deben de ser atendidas en el sitio por personal calificado de la empresa suministrante, y en caso de empresa extranjera contar con servicio local de soporte técnico, para dar respuesta en un período no mayor a 24 horas, durante el periodo de la Garantía. |
|  |
| **3. Capacitación:**  **3.1** Las capacitaciones deben realizarse en las instalaciones del Hospital de Nejapa, de acuerdo a las jornadas solicitadas en las Especificaciones Técnicas.  **3.2** Para personal usuario deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo, Manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, Fallas comunes y limpieza.  **3.3** Para personal de mantenimiento deben contener en su temario como mínimo: Operación y manejo del equipo bajo condiciones normales y de error, fallas comunes y limpieza, explicación de la rutina de mantenimiento preventivo, explicación del diagrama de bloques, árbol de solución de problemas y solicitud de repuestos entre otros.  **3.4** El proveedor adjudicado se comprometerá que las capacitaciones serán impartidas por personal especializado en el equipo ofertado.  **3.5** Se debe de incluir todo el material de apoyo y equipo requerido para desarrollar las correspondientes capacitaciones solicitadas. |
| **4. Traslado e Instalación:**  **4.1** Después de emitida la orden de inicio los artículos 5 ,6, 7 y 10 del lote 1 serán entregados, instalados y puestos en funcionamiento en las instalaciones del Hospital de Nejapa, para uso inmediato, previas pruebas de aceptación por parte del administrador de contrato, para ello deberá incluir todos los materiales e insumos para tal fin. Por lo que se solicita incluir todo el material de montaje: anclas, pernos, soportes, cajas de conexiones, además, será necesario que dentro de los quince días posteriores a la distribución del contrato entreguen las guías mecánicas para tomar en cuenta en las preinstalaciones.  **4.2** Los bienes que no requieren instalación serán entregados en las instalaciones del Hospital de Nejapa, después de emitida la Orden de Inicio. |

| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **60302015** | 42295123 | **ASPIRADOR DE SECRECIONES Y LIQUIDO PLEURAL** | **2** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Operación en succión continua. 2. Sistema con Filtro bacteriológico hidrofóbicos descartable para prevenir contaminación 3. Características:    1. Rango de succión ajustable con perilla: entre 0-50 cm de H2O o mayor    2. Flujo libre 100 lpm o mayor    3. Con manómetro de vacío 4. Sistema de dos frascos, graduados en mililitros (ml), con capacidad entre 2000-2800 ml, fabricados en policarbonato o polisulfona, reutilizables y esterilizables en autoclave a por lo menos 121°C 5. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 Hertz, Fases: 1. 6. Tomacorriente macho polarizado, grado hospitalario. 7. Cordón de alimentación eléctrica de longitud aproximada de 1.8 m – 3.0 m. 8. Bajo nivel de ruido: ≤ 65 dB a 1.5 metros de distancia. |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO.** |  |
| 1. Dos (2) tubos o mangueras de succión adicionales a las entregadas con el equipo. Total, Cuatro (4) 2. Dos (2) frascos reutilizables adicionales de la misma capacidad y características a los solicitados con el equipo, total Cuatro (4) frascos por equipo. 3. Veinticinco (25) filtros bacteriológicos hidrofóbico adicional por equipo, reusables. 4. Un (1) Carro de fábrica construido en acero o plástico ABS pintado al horno o pintura en polvo electrostático o equivalente, con 4 ruedas y frenos en al menos dos de ellas. |  |
| **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 3. 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 traducidos al castellano. |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 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 IEC/EN 60601-1 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornadas cada una de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **2** | **60302225** | **42295104** | **ELECTROCAUTERIO** | **2** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Generador de estado sólido. 2. Operación monopolar y bipolar. 3. Para realizar procedimientos de desecación, fulguración y coagulación. 4. Con sistema de selección de potencia en los diferentes modos de trabajo 5. Con alarma audible y/o visual de conexión, con sistema de detección de fallas que deshabilite inmediatamente la salida de energía 6. Pantalla digital LCD, LED o tecnología mejorada de dos o más dígitos que indique la potencia de salida 7. Rango de Potencia de salida:    1. Monopolar: máxima 35-50W ± 2 Watts    2. Bipolar: máxima 35-50W ± 2 Watts    3. Escala de selección: 0 a 100 (Porcentaje) o su equivalente en Watts 8. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANTIDAD | AMBIENTE | UBICACIÓN | | 1 | Sala de Pequeña Cirugía | Emergencia | | 1 | Sala de Procedimientos Sépticos | Emergencia | |  |  |  | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. 2 set de cada uno de 50 electrodos monopolares descartables (rectos, angulados y de bola) 2. 2 lápiz porta electrodos reusables con control de activación, con sus cables de alimentación para operación monopolar. 3. 2 pinzas bipolares: un tipo bayoneta y otra recta, reusables. 4. 1 interruptor de pedal para control monopolar y bipolar. 5. 2 placas de retorno reusable con cable de conexión. 6. Carro porta equipo de fábrica con 5 rodos. 7. Accesorios para montaje en carro y en pared (las dos opciones). 8. Estuche para resguardar el equipo. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. 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 traducidos al castellano. |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 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 IEC/EN 60601-1 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 3 jornadas de 4 horas cada una. 2. Para personal de mantenimiento: 2 jornadas de 4 horas cada una. |  |

| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **60303125** | 42294208 | **EQUIPO DE ARTROSCOPIA** | **1** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| Equipo para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos articulares por mínima invasión:   1. **ÓPTICAS:**    1. Al menos tres ópticas diferentes entre 0°, 15°, 30°, 45°, 70° y 90°, de 3.5 o 5 mm mínimo de diámetro y entre 15 y 20 cm de largo, preferibles 0°, 30° y 70°.    2. Una (1) Vaina con una (1) salida rotatoria.    3. Una (1) Vaina con dos (2) salidas de irrigación.    4. Una (1) Vaina con dos (2) salidas rotatorias. 2. **DOS (2) CAMISA DE ARTROSCOPIA:**    1. Diámetro entre 5.5 y 6.5 mm, con dos llaves    2. Longitud de 12 a 14 cm    3. Dos obturadores (cortante y romo) compatibles con telescopios de 0º, 30º, 70º, 90º y adaptador tipo Luer Lock.    4. La camisa con ajuste automático, que permita el giro de ésta sobre el sistema de óptica. 3. **DOS (2) CABLE DE FIBRA ÓPTICA**     1. Compatible con fuente de luz ofertada    2. Esterilizable en autoclavable    3. Cable guía de luz de 3.5 mm    4. Longitud Mínima de 2.5 metros,    5. Diámetro 4.8 mm o mayor,    6. Con conexión recta. 4. **UNA (1) CÁMARA DE VIDEO DE ALTA DEFINICIÓN**     1. Debe incluir módulo controlador y cabezal    2. Con tecnología 4K,    3. Resolución mínima de 3840 x 2160 pixeles    4. Sistema de exploración secuencial o sistema de escaneo progresivo,    5. Con salidas de video hacia los componentes del sistema (compatibles con los componentes ofertados) que incluya al menos los siguientes formatos: Salidas al menos SDI y/o DVI    6. Amplificación de imagen (Zoom),    7. Ajuste de brillo,    8. Esterilizable en autoclave. 5. **UN (1) PROCESADOR DE VÍDEO PARA CÁMARA 4K**    1. Para usar con cámara ofertada    2. Sistema de captura y procesamiento digital de la señal de video.    3. Para uso Médico que permita la grabación del procedimiento en formato HD bajo MPEG 2 o más y captura de imágenes en formatos JPG, BMP o TIFF,    4. Que posea al menos un puerto USB para descarga de archivos de imagen o video    5. Con control automático de ganancia (AGC)    6. Con Zoom digital controlado desde la cabeza    7. Control automático de gama, iluminación, ganancia de vídeo, nitidez (mínimo).    8. Salidas al menos SDI y/o DVI:    9. Al menos dos de las siguientes salidas para la grabadora: S-video, Y/C, RGB o DVI    10. Al menos dos de las siguientes salidas para el monitor S-video, Y/C, RGB o DVI    11. Con balance de blancos.    12. Tonalidades de color ajustables en ± 7 pasos    13. Con teclado para introducción de los datos del paciente.    14. Con protección al paciente contra descargas. 6. **UNA (1) FUENTE DE LUZ:**    1. Fuente de luz fría de 250 Watts mínimo.    2. Bombillo tipo LED    3. Con control de la regulación de la intensidad. 7. **UN (1) MONITOR GRADO MÉDICO HOMOLOGADO PARA ENDOSCOPIAS DE TECNOLOGÍA A COLOR 4K:**    1. Para montaje en carro    2. Pantalla plana    3. Pantalla de 68.6 cm (27"), mínimo en diagonal.    4. Resolución: 4K (3840 x 2160 pixeles)    5. Relación de aspecto 16:9    6. Entradas mínimo: Entradas de señales digitales en HD: HDMI, DVI o SDI compatibles con cámara y procesador de video.    7. Con controles de usuario (mínimo) de brillo, contraste, color y fase. 8. **UNA (1) IMPRESORA DE VÍDEO:**    1. Resolución no menor de 500 líneas horizontales o 8 bits x 3 en 16 millones de colores (mínimo)    2. Con ajuste de brillo    3. Con ajuste de definición (nitidez)    4. Con bandejas de papel sin imprimir    5. Deberá asegurar la integración a pantalla quirúrgica adicional en quirófano de ortopedia.    6. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CANTIDAD** | **AMBIENTE** | **UBICACIÓN** | | **1** | **Quirófano 1** | **Centro Quirúrgico** | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. Una (1) bomba de irrigación:    1. Activación por medio de pedal    2. Con regulador de presión y no mayor a 150 mm Hg    3. Paro automático por presión excesiva    4. Con control de volumen de flujo y no mayor a 500 ml/min    5. Con control independiente de flujo y presión    6. Control electrónico    7. Con alarmas audiovisuales. 2. Un (1) carro de fábrica:    1. Con plataforma de monitor y porta teclado, Que gire 90º izquierda /derecha.    2. Cuerpo de carro transportador con porta artroscopias, para el transporte de la fuente de luz, procesador de video, monitor, grabadora y reproductora de video y la impresora.    3. Protector de artroscopio    4. Transformador de aislamiento desmontable (para usar en áreas que no posean este aditamento).    5. Porta conector del artroscopio    6. Cable para conectarse a la electricidad no menor a los 3 metros    7. Regleta para conectar todos los equipos que forman la torre.    8. Con al menos 3 repisas ajustables.    9. Con cuatro ruedas mínimo. Con freno en al menos dos de ellas. Diámetro no menor de 12.5 cm. 3. Un (1) recipiente perforado    1. Para esterilización y almacenamiento    2. Con tapa transparente    3. De dos niveles    4. Para utilizar con hasta 12 pinzas y 2 trocares    5. Dimensiones exteriores aproximados (ancho x fondo x alto): 530 x 250 x 150 mm. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. Con cable de alimentación de al menos 3.00 m. de largo y toma corriente Grado Hospitalario. 3. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas 2. Con la entrega de cada equipo:    1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio    2. 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 5 jornadas de 8 horas cada una. 2. Para personal de mantenimiento: 2 jornadas de 4 horas cada una. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **4** | **60303610** | 12295108 | **MESA PARA PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA** | **1** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Control:    1. Controlada por medio de microprocesador.    2. Indicadores de estado de alimentación eléctrica y estado de batería de respaldo.    3. Con batería incluida.    4. Accionamiento electrohidráulico.    5. Preferible opción para integrar a sistema centralizado de quirófano integrado.    6. Con mando electrónico para todos los movimientos por medio de control alámbrico o inalámbrico y control en la columna de la mesa. 2. Mesa:    1. Tablero permeable a los Rayos X.    2. De cuatro (4) secciones: cabeza, tórax, pelvis y piernas seccionada (separable) y extraíble;    3. Altura ajustable con sistema telescópico en su movimiento vertical de entre 45 a 65 cm de excursión o mayor    4. Pedal para freno o mecanismo de frenado.    5. Con elevador de riñón    6. Con riel para soportar caseta digital de Rayos X desde la cabeza hasta los pies.    7. Rieles laterales de acero inoxidable para acoplamiento de accesorios.    8. Colchoneta de espuma de 4 pulgadas espesor, forrada en caucho conductivo, impermeable, para cada sección, de una sola pieza sin costuras. 3. Que permita las siguientes posiciones y movimientos:    1. Trendelemburg /Anti-Trendelemburg mínimo: +20º /-20º o mayor.    2. Sección de cabeza hasta -90º    3. Inclinación Lateral (ambos lados): 15° mínimo    4. Sección espalda hacia abajo: 25° o más y hacia arriba: 55° o más    5. Sección piernas hacia abajo: 70° o más y hacia arriba: 70° o más.    6. Que permita el acceso de brazo en C    7. Función que permita volver el tablero a una posición horizontal o característica (función nivel o retorno). 4. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CANTIDAD** | **AMBIENTE** | **UBICACIÓN** | | **1** | **Quirófano 3** | **Centro Quirúrgico** | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. Un (1) Arco para anestesia con barras de extensión lateral y con fijador a riel lateral. 2. Un (1) Juego de soporte para hombros acolchonados. 3. Un (1) Juego de correas de seguridad conductivas 4. Cuatro (4) Fijadores radiales. 5. Un (1) Apoya brazo de altura ajustable para anestesia 6. Un (1) Apoya cabeza. 7. Un (1) Atril para suero de 2-4 ganchos. 8. Un (1) Juego de colchonetas completa para toda la mesa, lavables y transparentes a los rayos x. 9. Un (1) Porta chasis para placas radiográficas. 10. Dos carros: Uno (1) para accesorios básicos y Uno (1) para la colocación de accesorios de ortopedia 11. **Para realización procedimientos de Ortopedia, así como fracturas de tibia y peroné agregar:**     1. Un (1) Poste de tracción para tibia y peroné, regulable en altura y orientable.     2. Un (1) Soporte apoya rodillas.     3. Un (1) Soportes laterales adulto y pediátricos.     4. Un (1) Set de soportes en “U” para rodilla y apoya brazos     5. Un (1) Set de soporte de suero para lavado articular     6. Un (1) juego de Accesorios completos de acero inoxidable o acero al cromo níquel para:        1. Un (1) Set Bota de tracción para colocar y fijar el pie y la pantorrilla.        2. Enclavado intramedular de fémur decúbito lateral.        3. Enclavado intramedular de tibia y peroné.        4. Enclavado en cadera adulto y pediátrico.        5. Enclavado intramedular de humero.     7. Un (1) Juego de Dispositivos de tracción para pie y brazo que incluyan:        1. Fijadores de dedos        2. Tobilleras con placa sujeta pie.     8. Un (1) Soporte para tracción de miembros inferiores y superiores con:        1. Un (1) Acople a mesa.        2. Un (1) juego de Barras de extensión.        3. Un (1) juego de Barras o soportes ya sea al piso o auto soportadas con articulación esférica y fijación        4. Un (1) juego de correas de fijación.        5. Dos (2) Set de férula de Braun-Böhler        6. Un (1) Par de botas de tracción para paciente adulto.        7. Un (1) Par de botas de tracción para paciente pediátrico        8. Un (1) juego de Postes perineales que incluya: adulto (central y lateralizado) y pediátrico central. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Condiciones eléctricas:    1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase.    2. Eléctricamente conductiva y conexión para punto equipotencial de quirófano.    3. Equipada con fuente de alimentación integrada que de soporte de 2 h en caso de un corte de energía. 2. Condiciones mecánicas y de seguridad:    1. Que soporte 440 lb (200 kg) en la posición al centro de la mesa sin perder estabilidad.    2. Índice de protección: al menos IPX4. |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas 2. Con la entrega de cada equipo:    1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio    2. 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 13485:2016 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas de 8 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 8 horas. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **5** | **60303721** | 42181904 | **MONITOR DE SIGNOS VITALES, PARA USO EN QUIRÓFANO** | **13** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Monitor de signos vitales 2. Menú en castellano 3. Tipo Modular 4. Para uso en quirófano, salas de procedimiento y máxima urgencia 5. Con Capnógrafo. 6. Para uso en pacientes adulto y pediátrico 7. Pantalla:    1. Tipo Touchscreen de alta resolución, a color con tecnología tipo TFT, LCD, LED o tecnología mejorada.    2. Tamaño de 15 pulgadas mínimo en diagonal    3. Resolución 640 x 480 pixeles como mínimo.    4. Para presentación de al menos cinco curvas fisiológicas simultáneas e información numérica:       1. Curvas: ECG, CO2, FR, SPO2.       2. Valor numérico: Temperatura, PANI, SPO2, FR, PAI. 8. De siete (7) parámetros:    1. Electrocardiografía (ECG)    2. Frecuencia respiratoria (FR)    3. Temperatura (°C)    4. Presión Arterial No Invasiva (PANI)    5. Saturación Parcial de Oxígeno (SPO2)    6. Presión Arterial Invasiva (PAI)    7. Capnografía (CO2) 9. Parámetros a monitorizar:    1. Electrocardiografía:       1. Presentación en pantalla de onda de electrocardiografía de 3 derivaciones.       2. Rango de frecuencia cardíaca de 30 a 250 latidos por minuto o rango más amplio.       3. 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 30 a 42 grados centígrados o rango más amplio.    4. Saturación de oxígeno:       1. Rango de medición de 80 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 Massimo o Nellcor DS100 A.    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. Sistólica             1. Adulto: 60 a 250 mmHg o rango más amplio             2. Pediátrico: 30-160 mm Hg o rango más amplio          2. Diastólica:             1. Adulto: 30-80 mmHg o rango más amplio             2. Pediátrico: 10-150 mm Hg o rango más amplio          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       4. con límites de alarmas alto y bajo       5. Función de etiquetado de al menos las siguientes presiones: pulmonar, intracraneal y venosa central.    7. Capnografía:       1. La medición y registro continuo de dióxido 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. Rango de Frecuencia respiratoria de 5 a 100 respiraciones por minuto o mayor.       5. Porcentaje de saturación periférica de O2 de 0-99%. Exactitud de +/- 1%       6. Despliegue de curvas simultáneas como mínimo de: CO2 espirado, saturación de O2. Tendencias de frecuencia respiratoria, CO2 espirado y saturación de oxígeno como mínimo. 10. 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, batería baja, conmutación automática a batería o indicador de falla en el sistema electrónico        8. Calibración manual y/o automática (según tecnología).        9. Debe identificar como mínimo tres niveles de prioridad en las alteraciones fisiológicas. 11. Interface al menos dos de las siguientes: RS-232, LAN, puerto USB, Bluetooth o tecnología mejorada. 12. Para montaje en pared y en columna cielítica 13. Registrador o impresor por arreglo térmico de dos canales como mínimo. 14. Ubicación:  |  |  | | --- | --- | | CANTIDAD | UBICACIÓN | | 12 | Centro quirúrgico | | 1 | Emergencia | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| |  | | --- | | 1. Dos (2) cables completos para electrocardiografía de 3 latiguillos. 2. Trescientos (300) electrodos desechables para electrocardiografía. 3. Dos (2) Cables troncales con su respectivo sensor con conector tipo Nellcor DS100-A o Massimo (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. Un (1) sensor de temperatura oro faríngeo para adulto para medición de temperatura con su respectivo cable y conector al monitor 9. Cien (100) kits para medición de CO2. 10. Un (1) Cable troncal para transductores y transductor de presión invasiva reusable con con 40 domos desechables 11. Doscientos cincuenta (250) kits de transductor desechables y todos los accesorios necesarios para la medición de la presión invasiva. 12. Cinco (5) rollos de papel para impresión | |  |
| **INSTALACIÓN** |  |
| 27. Accesorios para montaje: Nueve (9) con Brazo y soporte de cables con accesorios para montaje en pared y Cuatro (4) con Brazo en columna cielítica rotatoria |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 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 |  |
| **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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 3 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**   * 1. **MINSAL** | **CÓDIGO**   * 1. **ONU** | **DESCRIPCIÓN** | * 1. **CANTIDAD** |
| **6** | **60303926** | **43211903** | **PANTALLA TÁCTIL PARA USO EN QUIRÓFANO** | **4** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **Tiempo de entrega:** |
| 1. Pantalla quirúrgica funcionando sólo como pantalla o con CPU incorporado todo en uno. 2. Tamaño de 50-55 pulgadas en diagonal (aproximadamente) con características:    1. Para la visualización de múltiples imágenes de ultra alta resolución en quirófano    2. Táctil, a color tipo TFT con retroiluminación LED    3. En una sola pantalla o en pantalla dividida.    4. Grado médico.    5. Tecnología: IPS    6. Relación de aspecto mínima: 16:9    7. Ángulo de visualización mínima horizontal y vertical: 178º.    8. Relación de contraste: mayor o igual a 1000:1.    9. Profundidad de bit: mayor o igual a 8 bit.    10. Resolución mínima: (3,840 x 2,160) pixeles.    11. Capacidad de recibir y visualizar imágenes DICOM desde el PACS del hospital, así como del sistema de información clínica del paciente.    12. Con cubierta protectora de cristal antirreflejante y anti rayones    13. Con protección contra agua y polvo, IP 20 mínimo 3. Si fuera todo en uno:    1. CPU con procesador Intel Core i5 de al menos 10ª generación o equivalente.    2. Sistema operativo Windows o Linux.    3. Memoria RAM de al menos 16 GB.    4. Conectividad mediante puertos Gigabit ethernet (Gbit), al menos 2, 4. Conexiones:    1. Al menos 2 puertos USB.    2. Al menos 1 Puerto HDMI de entrada y otro de salida.    3. Un Puerto Ethernet/RJ 45    4. Al menos 2 entradas de puertos digitales (DP)    5. Al menos 1 DVI    6. Al menos 1 SDI (Serial Digital Interface) BNC    7. Preferiblemente con una interfaz adicional de fibra óptica.    8. Con entrada y salida de audio tipo RCA 5. Bocinas integradas. 6. Voltaje de alimentación: (120 ± 10) VCA, Frecuencia: 60 Hz. 7. Estándar de montaje: en pared semi liviana dentro de quirófano 8. Chasis de la pantalla fabricado aluminio o material de equivalente calidad, anticorrosivo y resistente a los líquidos de desinfección hospitalaria. |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS POR EQUIPO** |  |
| 1. 1 unidad de energía ininterrumpible (UPS), con un respaldo mínimo de 1 hora. |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. 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. 2. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CONDICIONES DE RECEPCIÓN E INSTALACIÓN** |  |
| 1. Se deberá entregar a entera satisfacción del Administrador de Contrato con todos sus accesorios. 2. Deberá entregarse instalado y funcionando a entera satisfacción del administrador de contrato, para lo cual deberá incluir el sistema de montaje y accesorios requeridos para que la pantalla quede instalada en la pared de los quirófanos del Hospital de Nejapa. 3. Adicional deberá considerar el cableado y conexión de la pantalla a la red interna del hospital y al sistema PACS. |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Catálogo con especificaciones técnicas 2. Con el equipo:    1. Manual de Operación en castellano    2. Manual de servicio y partes, preferiblemente en castellano, o en su defecto en inglés    3. Deberá entregar una copia digital en USB a la Unidad de Gestión de equipo Biomédico del MINSAL. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **7** | **60311155** | **42281705** | **REPROCESADOR DE ENDOSCOPIOS DE USO MEDICO** | **2** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Equipo capaz de reprocesar dos endoscopios flexibles o rígidos a la vez. 2. Lavado con alcohol y secado con aire del canal endoscópico de forma semiautomática. 3. Con sensor de nivel. 4. Con al menos tres programas de desinfección. 5. Que pueda trabajar con desinfectantes conocidos como solución de glutaraldehído al 2% o equivalente. 6. Con conectores individuales para los canales para proveer un flujo continuo hacia cada canal endoscópico 7. Sistema sellado que evite que los vapores de germicidas escapen. 8. Pantalla LCD 9. Alarma visual y audible por falla en el proceso 10. Con sensor o pedal para apertura de cámara de limpieza 11. Para uso en endoscopios marca Fuji y Karl Storz. 12. Ubicación según PMA:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANTIDAD | AMBIENTE | UBICACION | | 1 | Lavado de Instrumental | CEYE | | 1 | Área de limpieza de endoscopio de sala de endoscopia | Consulta externa | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. Bomba para desinfectante o germicida 2. Con compresor de aire interno y filtro de partículas 3. 8 galones de detergente 4. 8 galones de desinfectante |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Debe incluir sistema de prefiltro para entrada de agua, con filtros de 0.2 µm y 1.0 µm para retención bacterial, también deberá incluir soporte a la pared. (el cual deberá quedar debidamente instalado) 2. Manómetro de presión de entrada y de salida, válvulas de cierre a la entrada y salida del bloque de filtros, adaptadores para conectar a red local del hospital, conexión hacia el equipo. 3. Conexión eléctrica: 120/208 VCA ± 10%, 60 HZ, Trifásica o Monofásica 4. Rango de operación de la entrada de agua: 40°C a 60°C 5. Conectores universales para limpieza de endoscopios 6. Drenaje preferible con bomba acorde a la capacidad del equipo ofertado. 7. Mueble estacionario o portátil con rodos y gavetas o anaqueles para el reprocesador y para guardar los endoscopios, accesorios, líquidos desinfectantes, etc. 8. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas 2. Con la entrega de cada equipo:    1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio    2. 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. EN 16442:2015 Cabinas de almacenamiento ambiental controlado para endoscopios termolábiles procesados 2. Deberá cumplir normas de seguridad de la serie 60601 según normativa IEC/EN o equivalente. 3. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **INSTALACIÓN** |  |
| 1. Instalación de sistema de prefiltro para entrada de agua, incluir soporte a la pared. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 5 jornadas de 8 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 8 horas. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **8** | **60302250** | **42295104** | **UNIDAD DE ELECTROCIRUGÍA** | **4** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Equipo para realizar procesos de corte, coagulación y mezcla en modos de energía monopolar y bipolar. 2. Al menos 3 mezclas. 3. Funcionamiento a base de microprocesador. 4. Frecuencia aproximada de operación: 300 a 800 KHz. 5. Con indicadores digitales y audibles de potencia de salida en cada modo de operación. 6. Control de unidad por interruptor mano y pie este último a prueba de salpicaduras de líquidos, fácil de limpiar. 7. Para uso en sala de operaciones y salas de procedimientos quirúrgicos. 8. Con electrodo de retorno de paciente de preferencia tipo sabana para paciente adulto y pediátrico. 9. Receptáculos independientes para electrodos activo, bipolar y monopolar. 10. Con dos salidas mono polares para cortar y coagular. 11. Alarma:     1. Sistema de detección de falla en electrodo indiferente y monitorear la calidad de contacto del electrodo de retorno (placa del paciente).     2. Con sistema de bloqueo de la salida en caso de falla en la conexión de los electrodos activos o placa del paciente y tierra. 12. Con sistema de protección contra dosificaciones erróneas. 13. Pantalla para indicar la potencia entregada tipo LED o LCD. 14. Panel de control visible para el usuario y de fácil y clara identificación. 15. Con interruptores de membrana lisa (sin perillas) e indicadores de encendido perfectamente visible en la parte frontal o pantalla tipo TFT-LCD, 16. Con programas de autodiagnóstico y bitácora digital de errores internos y externos del equipo. 17. Facilidad de mantenimiento a través de software del equipo. Deberá indicar las condiciones mínimas eléctricas requeridas para su adecuado funcionamiento en una sala quirúrgica. 18. Modo de energía de trabajo:     1. Modalidad monopolar:        1. Corte Puro        2. Corte Mezclado        3. Coagulación        4. Fulguración        5. Spray     2. Modalidad bipolar        1. Baja        2. Estándar        3. Macro bipolar 19. La potencia máxima de salida deberá ser aproximadamente de:     1. Monopolar (500 ohmios):        1. Corte puro: 300 watts.        2. Mezcla: 150 watts.        3. Coagulación: 120 watts.     2. Bipolar: con potencia aproximada de 80 a 100 watts para los siguientes modos: corte, corte-coagulación y coagulación. 20. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANTIDAD | AMBIENTE | UBICACIÓN | | 1 | Quirófano 1 | Centro Quirúrgico | | 1 | Quirófano 2 | Centro Quirúrgico | | 1 | Quirófano 3 | Centro Quirúrgico | | 1 | Quirófano 4 | Centro Quirúrgico | |  |  |  | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. 1 Cable con mango para electrodo activo tipo lápiz (reusable) flexible, autoclavable de 2 a 3 m de longitud, para control manual y pedal (monopolar). 2. 1 Placa de paciente tipo sabana para adulto y pediátrico (reusable) o 10 placas de paciente adulto y 10 placas paciente pediátrico; plastificadas reusables 3. 100 electrodos de retorno descartable de doble área 4. 3 Juegos monopolares de electrodos activos con las siguientes características: punta larga, punta corta y punta de bola. 5. 3 pinzas de bayonetas de titanio para modo bipolar revestidas de aislante eléctrico de 18 a 20 cm de largo, cable flexible, autoclavable de 3 m de longitud, con mango para electrodo activo (reusable) para control de pedal. 6. 50 cables con mangos para electrodos activos tipo lápiz, desechables con control manual, compatible con el equipo de tres espigas o conectores. 7. Pedal para activación de función monopolar 8. Pedal para activación de función bipolar 9. Carro para transportar unidad, con sistema de transporte de fácil manejo, con al menos 4 rodos conductivos (diámetro no menor a 12.5 cm.) y dispositivo de frenos en al menos dos de ellas. Además, el carro deberá proporcionar los medios para sujetar los equipos sobre él, con gaveta para resguardar todos sus accesorios (controles de pie, mano, electrodos, generador, etc.). 10. UPS (adecuado a la carga de trabajo del equipo). |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. 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 traducidos al castellano. |  |
| **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 IEC/EN 60601-1 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **9** | **60303840** | 42272204 | **VENTILADOR DE TRANSPORTE DE USO ADULTO Y PEDIÁTRICO** | **6** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Equipo controlado por microprocesador, con modos de ventilación invasivo y no invasivo. 2. Pantalla tipo LCD, LCD-TFT, TFT o LED, color, o de mejor tecnología 3. Capacidad de funcionar en todo tipo de traslado. 4. Sistema de auto suministro de aire interno, compresor o turbina incorporada. 5. Conexión externa para fuente de oxígeno tipo DISS. 6. Capacidad de proporcionar mezcla de FiO2. 7. Sistema de seguridad electrónico o mecánico para evitar presiones altas en los pulmones y vías aéreas 8. Reguladores de presión de las fuentes de alimentación neumática integrada. 9. Fácil de manejar con seguro de teclado o secuencia de pasos que evite modificaciones accidentales o controles que impidan cambios accidentales o no deseados. 10. Compensación de la resistencia por el tubo endotraqueal o de vías aéreas artificiales. 11. Con la tecnología propia de cada fabricante para hacer el ajuste y la compensación del tubo endotraqueal. 12. Con sistema de compensación de fugas. 13. Programa en idioma castellano. 14. Función de autoprueba o autodiagnóstico del equipo. 15. Indicador de horas de servicio. 16. Silenciador temporal de alarmas. 17. **Modos Ventilatorios:**     1. Ventilación ciclada por volumen VC-AC o equivalente.     2. Ventilación ciclada por presión PC-AC o equivalente.     3. Ventilación ciclada por presión APRV o equivalente.     4. Ventilación ciclada por presión PSV-CPAP o equivalente     5. Modo de ventilación de regulación de presión controlada de volumen, VCRP.     6. Modo de ventilación por volumen apoyo (volumen soporte).     7. Modo de ventilación de alto flujo.     8. Modo de reclutamiento alveolar.     9. Presión positiva continua en la vía aérea     10. Presión positiva en la vía aérea de dos niveles.     11. Ventilación de emergencia o ventilación manual. 18. **Parámetros mínimos a monitorizar:**     1. Volumen tidal minuto.     2. Volumen minuto espontaneo.     3. Presión pico y presión media     4. Volumen corriente inspirado y espirado     5. PEEP.     6. Frecuencia respiratoria total y espontánea.     7. Relación I:E     8. Tiempo inspiratorio     9. FiO2, Fracción inspiratoria de oxígeno.     10. Monitoreo de curvas simples     11. Monitoreo de curvas compuestas     12. Monitoreo de curva etCO2     13. Presión meseta     14. Compliance estática y dinámica     15. Cálculo de índice F/VT o índice de respiración rápida y superficial     16. Cálculo de índice de presión tiempo (TI/Total), máxima presión inspiratoria (MIP), fuerza inspiratoria negativa (NIF) o producto presión tiempo (PTP).     17. Indicador de horas de uso en pantalla y de batería en uso.     18. Despliegue de curvas de presión intrapulmonar, presión esofágica, presión traqueal o Edi.     19. Capacidad de almacenar eventos relacionados con los parámetros ventilatorios seleccionados y tendencias al menos de 24 horas. 19. **Control de parámetros:**     1. Volumen Corriente que cubra el rango de 50 a 2000 ml.     2. Flujo Inspiratorio o flujo adaptativo que cubra el rango de 2 a 60 l/min.     3. Presión Inspiratoria que cubra el rango de 5 a 50 cmH2O o mayor.     4. Frecuencia Respiratoria que cubra el rango de 3 a 60 respiraciones por minuto     5. Tiempo Inspiratorio que cubra el rango de 0.2 a 3 segundos.     6. FiO2 que cubra el rango de 40 a 100 %.     7. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 20 cmH2O o mayor.     8. Presión Soporte (PSV), Presión Asistida o ASB que cubra el rango de 0 a 35 cmH2O.     9. Mecanismo de disparo o trigger por flujo y/o por presión de -1 hasta -20 cm H20     10. Sensibilidad espiratoria o terminación de la fase inspiratoria, medido en % de 1 hasta 70     11. Ajuste de rampa de presión, rise time, retardo inspiratorio, rampa, o incremento de la pendiente de presión.     12. 100% de O2 durante 2 minutos o mayor.     13. Despliegue de al menos dos curvas de ventilación en forma simultanea: Volumen-Tiempo, Flujo-Tiempo o Presión-Tiempo 20. **Alarmas:**      1. Presión inspiratoria pico alta.     2. FiO2 baja.     3. Falla en el suministro de energía eléctrica.     4. Baja presión en el suministro de gas (aire/oxígeno).     5. Falla de funcionamiento del ventilador 21. 4 para uso intrahospitalario y 2 para uso en ambulancia. 22. Ubicación: **6**  |  |  | | --- | --- | | CANTIDAD | UBICACIÓN | | 4 | Emergencia | | 2 | Ambulancias | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| |  | | --- | | 1. Un (1) Cilindro tipo E de oxígeno. 2. Un (1) 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. 3. Dos (2) kit de humidificación pasiva o activa para ventilación invasiva adulto/pediátrica. 4. Dos (2) filtros HME para ventilación no invasiva según aplique tecnología 5. Diez (10) circuitos para pacientes adultos completos, con trampa de agua (ambos reusables). 6. Dos (2) pulmones de prueba (uno adulto de al menos 1500 ml y otro pediátrico de al menos 500 ml). 7. Cinco (5) circuitos de paciente adulto reusables libres de látex (incluye adaptadores, conectores y trampas de agua reusable). 8. Cinco (5) circuitos de paciente pediátrico reusables libres de látex (incluye adaptadores, conectores y trampas de agua reusable). 9. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno médico con conector tipo DISS o a reguladores de oxígeno (en caso no exista red de gases en el ambiente en donde se utilizará el equipo) con una longitud entre 3 y 5 m. 10. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno con conector para cilindro de oxígeno tipo E suministrado. (Yugo y regulador cuando aplique) 11. Un (1) Brazo de soporte para circuito de paciente. 12. Un (1) Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas y gavetas para almacenamiento, ~~para los equipos de uso en ambulancia.~~ 13. Una (1) Celda o sensor de oxígeno de acuerdo a la tecnología de cada fabricante. 14. Un (1) Sensor de temperatura de acuerdo a la tecnología de cada fabricante. 15. Un (1) Filtro de bacterias reusable o diez descartables. | |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. Batería recargable con respaldo de 90 minutos como mínimo 3. Adaptador para ambulancia 4. 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 6 jornadas, de 8 horas 2. para personal de mantenimiento: 2 jornadas de 8 horas. |  |

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

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 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 oxigeno (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. 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 oro traqueal. 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 Capnografía.     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 oxigeno 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 Compliance. 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 (sin costo adicional), que permita mejoras en ampliación de parámetros y modos ventilatorios, incluido en el suministro, durante el periodo de la garantía. 28. Conexión externa para fuente de oxígeno tipo DISS. 29. Ubicación:  |  |  | | --- | --- | | CANTIDAD | UBICACIÓN | | 4 | Emergencia | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** |  |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | 1. Un cilindro tipo E con válvula tipo poste (CGA 870). 2. Un (1) 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. 3. 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. 4. Dos (2) sensores de flujo ~~pediátricos,~~ en caso de que la tecnología así lo requiera. 5. Dos (2) sensores de SpO2 reusables o diez desechables. 6. Dos (2) sensores de CO2 reusables o diez desechables. 7. Una (1) Celda o sensor de oxígeno de acuerdo a la tecnología de cada fabricante. 8. Un (1) Sensor de temperatura de acuerdo a la tecnología de cada fabricante. 9. Un (1) Filtro de bacterias reusable o diez descartables. 10. Diez (10) narices artificiales/filtro HME (Intercambiador de humedad y temperatura) para uso neonatal. 11. Un (1) pulmón de prueba neonatal. 12. Una (1) Manguera para suministro de oxígeno médico color verde con conexión DISS para conexión a toma de pared. 13. Una (1) manguera de baja presión para oxigeno con conector para cilindro de oxigeno tipo E suministrado. (Yugo y regulador según aplique) 14. Un (1) Brazo de soporte para circuito de paciente. 15. Un (1) Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas y gavetas para almacenamiento. | | |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. Batería recargable con respaldo de 90 minutos como mínimo 3. Ruido de ventilador con un máximo de 55 dB(A). |  |
| **INSTALACIÓN** |  |
| Se requieren dispositivos del ventilador queden empotrados en las columnas cielíticas |  |
| **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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas de 8 horas 2. Para personal de mantenimiento: 2 jornada de 8 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **11** | **60303005** | **41115805** | **ANALIZADOR DE GASES, PORTÁTIL** | **1** |

| DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS | OFERTADO |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Equipo portátil, para la determinación cuantitativa simultánea de sustancias específicas de análisis en la sangre entera. 2. Funcionamiento por medio de cartuchos y o paquetes de reactivos y/o casetes 3. Pantalla LCD o tecnología mejorada, para la visualización de resultados de las pruebas realizadas al paciente. 4. Con capacidad de almacenar registros de análisis en pacientes para posterior revisión. 5. Que permita el análisis de gases en sangre, bioquímica y electrolitos, lactato, coagulación y hematología. 6. Con capacidad de medir al menos 5 electrolitos en forma simultánea: Sodio, Potasio, Cloruro, Calcio, Litio. 7. Tamaño de muestra menor a 200 microlitros, 8. Tipo de muestra: sangre venosa, arterial, y capilar. 9. Tiempo de análisis: menor a 60 segundos 10. Con Kit de prueba o cartuchos con calibración automática. 11. Alarma por falla en calibración de cartucho. 12. 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. 13. 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 |  |
| ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO) | |
| 1. Una (1) Batería recargable que de soporte de al menos 90 minutos. 2. Un (1) Impresor de resultados, externo o interno incorporado. 3. Diez (10) rollos de papel o etiquetas tipo viñeta para impresión de al menos 1000 resultados. 4. Veinticinco (25) cartuchos, ampolletas o calibradores para control de calidad. 5. Cartuchos, casetes o paquetes de reactivos para la realización de 250 pruebas medición |  |
| CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS |  |
| 1. Voltaje: 110-120 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. |  |
| 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:    1. 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| CAPACITACIÓN |  |
| 1. Para personal usuario: 2 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **12** | **60303120** | 42171902 | **DESFIBRILADOR** | **2** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Equipo portátil con maleta de transporte, para uso durante transporte en ambulancia e intrahospitalario 2. Controlado por microprocesador. 3. Con modo de funcionamiento sincronizado, asincrónico y cardioversión. 4. Forma de onda: bifásica. 5. Aplicación de choque: Por medio de paletas de desfibrilación tamaño adulto y pediátrico y con capacidad de utilizar electrodos adhesivos multifuncionales. 6. Se deberá incluir sistema de auto chequeo con opción de impresión en el impresor térmico. 7. Administración de información: documentación del evento por medio de memoria interna. 8. Memoria para registrar los eventos de las últimas 72 horas o su equivalente en pacientes 9. Puerto de comunicación para conexión a PC, USB 2.0 como mínimo para transferencia del electrocardiograma almacenado en el modo DEA para un PC compatible, 10. Módulo DEA:     1. Debe incluir software DEA.     2. Características funcionales: instrucciones por voz, indicaciones visuales, instrucciones de RCP, en idioma castellano.     3. Voz nítida y clara e indicadores de alta luminosidad 11. Pantalla:     1. Para visualización del trazo de ECG y con medición del ritmo cardíaco, rango de 20 a 300 BPM, velocidad de barrido: 12.5; 25 y 50 mm/s.     2. Tipo LCD TFT a color, resolución mínima de 640 x 480 pixeles.     3. Tamaño en diagonal entre 5.5” y 8” 12. Impresor térmico:     1. Para registro de ECG     2. Velocidad: 12.5; 25 o 50 mm/s con precisión de ±5%     3. Tamaño del papel: de al menos 50 mm (anchura) x 30 m (longitud máxima). 13. Selección de energía:     1. Adulto: 50 a 200 Joules o mayor rango     2. Pediátrico: 2 a 20 Joules o mayor rango 14. 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: identificado y mostrado con alarma de bajo nivel.     6. Con interruptor de función de imagen congelada     7. Con sistema de alarmas audibles y visibles ajustables 15. Duración de la batería: Al menos 4.5 horas en el modo monitor sin impresora o 175 choques a 200 Joules 16. Monitor signos vitales:     1. ECG:        1. Cable de ECG 3 vías.        2. Rango: 15 a 300 latidos por minuto (BPM).        3. Sensibilidad: 5, 10, 15, 20, 30 y 40 mm/mV (al menos tres)        4. Aislamiento del paciente: a prueba de desfibrilación Tipo CF. 17. 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, para adulto convertible a pediátricas o en su defecto incluir Un (1) juego de paletas externas pediátricas. 3. Dos (2) juegos de cable de paciente para monitoreo de ECG 4. Doce (12) tubos de gel electro conductiva 5. Un mil (1000) electrodos descartables para ECG 6. Cuatro (4) electrodos auto adheribles para adulto para modulo DEA, incluye cable de conexión al equipo 7. Cuatro (4) electrodos auto adheribles pediátricos para modulo DEA, incluye cable de conexión al equipo 8. Doce (12) rollos de papel térmico |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Que pueda operar a 110-120VCA, 1 Fase, 60 Hz y a batería de 12VCD desechable o de larga duración, con duración mínima de 24 meses en estado de espera. 2. Portátil, de bajo peso, idealmente de 1.5 a 2.5 kg (sólo el desfibrilador). 3. 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 traducidos al castellano. |  |
| **NORMATIVA A CUMPLIR (PRESENTAR CERTIFICADOS VIGENTES)** |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad para fabricantes de equipos médicos y servicios relacionados: ISO 13485:2016 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 4 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 2 jornadas de 4 horas. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **13** | **60303320** | 42171902 | **EQUIPO PARA PARO CON DESFIBRILADOR Y CARRO** | **26** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Desfibrilador:    1. Aplicación de choque:       1. Por medio de paletas de desfibrilación tamaño adulto y pediátrico y con capacidad de utilizar electrodos adhesivos multifuncionales.       2. Selección de energía de 2 a 200 Joules o mayor, en onda bifásica.       3. Con modo de funcionamiento sincronizado y asincrónico.       4. 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 TFT a color, resolución mínima de 640 x 480 pixeles.       3. Tamaño en diagonal entre 5.5” y 8”    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 mínimo 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 su equivalente a 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 4.5 horas en el modo monitor sin impresora o mínimo de 175 choques a 200 Joules    10. 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: identificado y mostrado con alarma de bajo nivel.        6. Con interruptor de función de imagen congelada        7. Con sistema de alarmas audibles y visibles ajustables 2. Monitor signos vitales:    1. **ECG:**       1. Cable de ECG 3 o 5 vías.       2. Rango: 15 a 250 lpm (BPM).       3. Sensibilidad: 5, 10, 15, 20, 30 y 40 mm/mV. (Al menos tres)       4. Aislamiento del paciente: a prueba de desfibrilación Tipo CF.    2. **SPO2 (SATURACIÓN DE OXIGENO)**       1. Rango SpO2: 0 a 100 %.       2. Rango Pulso: 30 a 250 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 3. 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. Iluminación por medio de cable de fibra óptica    5. Lámpara de luz blanca tipo LED, para una iluminación uniforme.    6. Hojas esterilizables en autoclave, fabricadas en acero inoxidable grado 304 o mejor según norma AISI. 4. 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. Dos (2) Resucitadores manuales con bolsa de reservorio tipo: adulto, Volumen aproximado del reservorio de aire: 1500 a 2000 ml    4. Dos (2) 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. 5. 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 60 cm (Ancho x Largo). 6. Carro rodable de transporte:    1. Dimensiones aproximadas del carro: 50 cm de ancho X 60 cm de largo X 80 cm de alto    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 10 a 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 oxigeno tipo E.    8. Incluir un cilindro tipo E con válvula de poste.    9. Maleta y/o mochila de transporte para desfibrilador    10. Carro porta desfibrilador fabricado en estructura metálica o plástico ABS, no conductivo y resistente a la corrosión y a soluciones desinfectantes de uso hospitalario. 7. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANT. | AMBIENTE | UBICACIÓN | | 4 | Quirófano 1 al 4 | Centro Quirúrgico | | 2 | Trabajo de partos 1 y 2 | Centro Obstétrico | | 2 | Sala de expulsión 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. Un (1) juego de paletas externas, para adulto convertible a pediátricas o en su defecto incluir Un (1) juego de paletas externas pediátricas. 2. Un (1) Sensor de saturación, reusable adulto. 3. Un (1) Sensor de saturación, pediátrico, reusable 4. 2 juego de cable de paciente para monitoreo de ECG 5. 12 tubos de gel electro conductiva 6. 1000 electrodos descartables para ECG 7. 12 rollos de papel térmico. 8. Cilindro de oxigeno 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. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. Corriente de fuga: ≤100µA al chasis. Corriente de fuga <10µA (entre electrodos). 2. 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 13485:2016 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. 4. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 6 jornadas de 4 horas 2. para personal de mantenimiento: 2 jornadas de 4 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **14** | **60302985** | 42295205 | **RASURADORA DE BATERÍAS (QUIRURGICA)** | **21** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Rasuradora quirúrgica para procesos preoperatorios. 2. Para trabajar en piel seca y húmeda 3. Inalámbrica. 4. Para corte de cabello y vello corporal 5. Con mecanismo de protección para evitar dañar la piel 6. Con carga para al menos 100 minutos de corte 7. Mango ergonómico 8. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANT. | AMBIENTE | UBICACIÓN | | 1 | Quirófano 1 | Centro quirúrgico | | 1 | Quirófano 2 | Centro quirúrgico | | 1 | Quirófano 3 | Centro quirúrgico | | 1 | Quirófano de obstetricia 1 | Centro quirúrgico | | 4 | Trabajo de parto | Centro obstétrico | | 2 | Sala de expulsión | Centro obstétrico | | 1 | Sala de pequeña cirugía | Emergencia | | 1 | Sala de procedimientos sépticos | Emergencia | | 4 | Sala de máxima urgencia adultos | Emergencia | | 4 | Sala de máxima urgencia pediátricos | Emergencia | | 1 | Sala de intervención nefrología | Unidad renal | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. 300 hojas de cuchillas descartables |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Batería recargable de Ion de litio 2. Con cargador a 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 3. Índice de protección: IPX7 |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Brochures    2. Manuales de usuario 2. Con la entrega de cada equipo:    1. Guía de Usuariouna copia con cada equipo en castellano. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **15** | **60302536** | 41111623 | **MEDIDOR DE GRASA CORPORAL** | **3** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 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 a 120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. Incluir un (1) plicómetro o caliper fabricado en plástico o ABS. 3. Incluir una (1) cinta métrica anatómica para medición de circunferencia abdominal. |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 110-120 VCA ± 10%, 60 HZ, 1 Fase. 2. 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, con 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. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 1 jornada de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARTÍCULO** | **CÓDIGO**  **MINSAL** | **CÓDIGO**  **ONU** | **NOMBRE** | **CANTIDAD** |
| **16** | **60302850** | 42241602 | **SIERRA ELÉCTRICA PARA CORTAR YESO CON ASPIRACIÓN DE POLVO** | **1** |

| **DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y MECÁNICAS** | **OFERTADO** |
| --- | --- |
| **Especificaciones Técnicas Solicitadas** | **MARCA:**  **MODELO:**  **PAIS DE ORIGEN:**  **tiempo de entrega:** |
| 1. Sistema ergonómico diseñado para el uso con una sola mano 2. Con velocidad regulable 3. Con adaptador para sistema de aspiración 4. El sistema de cambio de sierras no deberá necesitar herramientas 5. Con capacidad de cortar yeso convencional y fibra de vidrio 6. Con sistema de aspiración de polvo en base rodante 7. Con fuente de alimentación eléctrico (toma corriente) en el sistema rodante 8. Norma adicional: presentar certificado UL, CSA o equivalente 9. Ubicación:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | CANTIDAD | AMBIENTE | UBICACIÓN | | 1 | Ortopedia cerrada y Sala de yesos | Emergencia | |  |
| **ACCESORIOS INCLUIDOS (POR EQUIPO)** | |
| 1. Una (1) base rodante con bomba de aspiración con tomacorriente con conexión a 120 VCA 2. Diez (10) filtros de recambio 3. Una (1) manguera de succión de al menos 200 cm de largo 4. Dos (2) Sierras de acero inoxidable 5. Dos (2) Sierras de Nitruro de titanio |  |
| **CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS Y MECÁNICAS** |  |
| 1. Voltaje: 120 VCA ± 10%, 60 HZ. 2. Carcaza resistente a la corrosión y a los desinfectantes usados en ambientes hospitalarios. |  |
| **INFORMACIÓN TÉCNICA REQUERIDA** |  |
| 1. Con la oferta:    1. Brochures, Catálogos, Manuales de usuario, Manuales de servicio, instalación u hojas técnicas 2. Con la entrega de cada equipo:    1. Manual de Operación, Manual de Partes, Manual de Servicio    2. 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 13485:2016 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. Copia Certificado de garantía del fabricante o Distribuidor. |  |
| **CAPACITACIÓN** |  |
| 1. Para personal usuario: 1 jornadas de 4 horas 2. Para personal de mantenimiento: 1 jornada de 4 horas. |  |