**Anexo D: Formulario de especificaciones técnicas por lote**

*Nota para los licitantes* ***(Nota para eliminar)****: Se requiere adjuntar a la oferta para cada uno de los lotes a presentar este Anexo, el cual debe de venir firmado y sellado y debe ser adjuntado junto con la demás documentación.*

**LOTE 1. EQUIPO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 1.1. Electrocardiógrafo de tres canales | 3 | 4 | 7 |
| 1.2. Esfigmomanómetro digital | 6 | 11 | 17 |
| 1.3. Estetoscopio electrónico digital | 2 | 10 | 12 |
| 1.4. Lámpara cuello de ganso tipo LED | 9 | 24 | 33 |
| 1.5. Laringoscopio para paciente adulto | 0 | 3 | 3 |
| 1.6. Marcapasos transitorio bicameral externo | 6 | 4 | 10 |
| 1.7. Set de diagnóstico para paciente adulto | 6 | 8 | 14 |
| 1.8. Termómetro digital (Sin contacto) | 18 | 21 | 39 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.1. ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Electrocardiógrafo, multicanal, capaz de monitorear y generar un registro de las siguientes derivaciones: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla de cristal líquido (LCD) o similar para visualizar mensajes y configuraciones. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación manual y automática. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Filtros:    1. Filtro de interferencia AC: 60Hz.    2. Muscular. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Selección de amplitud: 5, 10, 20 mm/mV. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de frecuencia: 0.05 a 100 Hz. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Protección de entrada contra choque de desfibrilador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cumplir o superar los requisitos de la norma ANSI/AAMI EC11 en al menos los siguientes parámetros:    1. Rango dinámico de entrada.    2. Tolerancia a desviación de electrodos.    3. Rechazo en modo común (CMRR).    4. Impedancia de entrada. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Impresora térmica:    1. Con capacidad para imprimir en al menos dos formatos:       1. Uno (1) Canal.       2. Tres (3) Canales.    2. Identificación en registro de:       1. Fecha y hora.       2. Identificación numérica de paciente.       3. Derivación.    3. Velocidad de impresión:       1. 25 mm por segundo.       2. 50 mm por segundo. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 2 horas, para funcionamiento continuo y sin interrupción, al existir una falla en el suministro de energía | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con indicador en pantalla de carga de la batería. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil y compacto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en carro de transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carro para montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en catálogo del fabricante del electrocardiógrafo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Brazo con sistema para sujeción y ordenamiento de cable de ECG. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Canasta o sistema porta accesorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Cable de paciente reusable para doce (12) derivaciones. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Set de seis (6) electrodos tipo pera para pecho. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Set de cuatro (4) unidades de electrodos tipo pinza para extremidades. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cinco (5) Rollos o resmas de papel termosensible y milimetrado. Se requiere entregar constancia de durabilidad del trazo, en el papel. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) Tubos de gel electroconductiva. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles, alarmas y funciones del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de calibración de la medición de la frecuencia cardiaca y detección de señales por medio de un simulador de señal cardiaca. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2. ESFIGMOMANÓMETRO DIGITAL** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Monitor automático de presión arterial. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla LCD. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Medición mediante oscilometría o auscultación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad de guardar mediciones en memoria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Parámetros mostrados en pantalla    1. Presión Sistólica    2. Presión Diastólica    3. Presión media    4. Pulso | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rangos de medición:    1. Presión Sistólica/Diastólica: 30 a 280 mmHg (rango aproximado)    2. Pulso: 40 a 200 bmp (rango aproximado) | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resolución de medición 1 mmHg | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Precisión de presión +/- 3 mmHg | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Precisión en lectura de pulso +/- 5 % | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Pulso alto    2. Pulso bajo    3. Mensajes de error de sistema | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 11. Sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 500 mediciones. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 12. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 13. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 14. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 15. Equipo portátil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 16. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 17. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 18. Uno (1) Juego de mangas para paciente adultos:   * 1. Dos (2) mangas para adulto grande.   2. Dos (2) mangas para adulto estándar.   3. Dos (2) mangas para adulto pequeño. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 19. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 20. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 21. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Prueba de encendido, medición y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 23. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 24. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 25. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.3. ESTETOSCOPIO ELECTRÓNICO DIGITAL** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para la detección, amplificación y grabación de sonidos cardíacos, pulmonares, torácicos anteriores y posteriores. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para uso en pacientes adultos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con dispositivo de auscultación inalámbrico, que permita detectar una amplia gama de frecuencias de sonido entre 20 y 500 Hz. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con procesador digital de señales. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de eliminación de sonido ambiente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con control de volumen. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Detección y despliegue de frecuencia de latido cardíaco en al menos el rango entre 40 y 160 lpm. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema para la grabación y reproducción de sonidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema para la transferencia inalámbrica de sonidos en tiempo-real y grabados, en formatos .WAV, .MP3, o similares, mediante interfaz inalámbrica a sistemas informáticos (computadoras de escritorio, portátiles, tabletas) y/o dispositivos electrónicos de comunicación digital (teléfonos móviles/celulares). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cabezal de auscultación de diámetro no superior a los 5.0cm. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cabezal de auscultación con sistema anti-frio para contacto con la piel del paciente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Funcionamiento a base de baterías recargables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Audífono, biaural, inalámbrico (sin interconexión física entre audífono y estetoscopio). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo, de la misma marca del equipo o recomendado expresamente por el fabricante. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías instalados e incluidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Sistema de carga de baterías, de la misma marca del equipo o el recomendado por el fabricante.. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con su respectivo CD/DVD/Dispositivo USB que contenga los instaladores del software para gestión, grabación, transferencia y reproducción de sonidos.   *En el caso que la instalación se haga de forma remota, se deben de garantizar los accesos a los sitios de descarga.* | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el estetoscopio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en en IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.4. LÁMPARA CUELLO DE GANSO TIPO LED** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Lámpara de examen tipo cuello de ganso. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Preferiblemente con interruptor tipo “push-button” o pasante. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fuente de luz LED con intensidad de luz a 0.5 metros, 15,000 luxes como mínimo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Bombillo tipo LED con al menos 15,000 horas de vida útil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Temperatura del color 4500 Kelvin | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuello flexible y capacidad de rotación de al menos 180°. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla con buenas características reflectoras y buena uniformidad de luz. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Auto soportada en pedestal, con regulación de altura, estable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Unidad montada sobre cinco ruedas, con sistema de frenos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura de la lámpara en acero recubierto con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, aluminio extruido, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuerpo flexible con altura regulable aproximada: 85 - 120 cm. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de estabilidad, de encendido, de intensidad de luz y ajuste de altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.5. LARINGOSCOPIO PARA ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Laringoscopio que cumpla con normativa ISO 7376. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Completo, con mango, estuche(s) y hojas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mango:    1. Con forro externo estriado provisto de baterías.    2. Capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes adultos, tipo Miller (rectas) y Macintosh (curvas).    3. Mangos con funcionamiento a base baterías recargables. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Iluminación:    1. LED    2. Luz blanca, para una iluminación uniforme | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estuche:    1. Compacto.    2. Fácil de limpiar.    3. Compartimentos interiores para resguardo y mantener todos los componentes del laringoscopio en posición.    4. Cierre de cremallera o sistema mejorado. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del laringoscopio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Mangos en acero inoxidable, cromados o material metálico de características de resistencia mecánica y a la corrosión equivalentes o superiores. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Hojas fabricadas en acero inoxidable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Hojas esterilizables en autoclave, acabado opaco, anti-reflejante. resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ninguna componente del laringoscopio deberá presentar bordes con filo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de hojas curvas (Macintosh) compuesto por:    1. Una (1) hoja No 3    2. Una (1) hoja No 4    3. Una (1) hoja No 5 | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de hojas rectas (Miller) compuesto por:    1. Una (1) hoja No 3    2. Una (1) hoja No 4    3. Una (1) hoja No 5 | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) hoja curva articulada | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Mango con capacidad de acople para hojas de aplicación en pacientes adultos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al mango. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del laringoscopio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, acople y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.6. MARCAPASOS TRANSITORIO BICAMERAL EXTERNO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Marcapaso cardíaco transitorio bicameral externo utilizado para estimulación ventricular y/o auricular en modo asíncrono y a demanda. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para uso con electrodo temporal endocárdico bipolar preformado en J de 6 Fr o menor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Modos de estimulación: DDD, DOO, DDI, AAI, AOO, VVI, VOO | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ajuste de parámetros de estimulación con indicador audible y visual para indicar detección de pulso y batería baja. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de ajuste de frecuencia de estimulación cardíaca de 30 a 180 ppm o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de ajuste de amplitud de estimulación entre 0.3 V a 12 V o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de ajuste de retardo auriculo-ventricular entre 20 ms a 300 ms o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rango de sensibilidad    1. Auricular: entre 0.5 a 10 mV o mayor.    2. Ventricular: entre 1.0 a 20 mV o mayor. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de conexión de cables que impida desconexiones accidentales y acepte diámetros de conector de cable con un rango entre 1.0 a 2.0 mm o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Programable en: frecuencia, amplitud, ancho de pulso y período refractario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Funcionamiento a base de baterías. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con respaldo interno para mantener la estimulación al paciente mientras se realiza un cambio de batería. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) cables intermedios, bicamerales y bipolares de conexión para cable electrodo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuatro (4) electrodos temporales endocárdicos para estimulación bipolar preformado en J de 6 Fr diámetro o menor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada marcapasos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de selección de funciones y generación de impulsos de estimulación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.7. SET DE DIAGNÓSTICO PARA PACIENTE ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Set de diagnóstico para paciente adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compuesto por:    1. Un cabezal de oftalmoscopio.    2. Un cabezal de otoscopio.    3. Un mango intercambiable.    4. Estuche. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Iluminación:    1. LED.    2. Luz blanca, para una iluminación. uniforme | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cabezal de oftalmoscopio:    1. Con dispositivo graduable de enfoque.    2. Sistema óptico con al menos veintiséis (26) lentes con un rango de -25 a +40 dioptrías.    3. Selección de al menos cinco (5) aperturas y filtro polarizado. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cabezal de otoscopio:    1. Lente removible de al menos 2.5× de magnificación.    2. Soporte metálico para espéculos.    3. Eyector de espéculos incorporado. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mango:    1. Con regulación continua de intensidad de iluminación.    2. Con funcionamiento a base de baterías recargables.    3. Con sistema de seguridad en la conexión, rápido y seguro.    4. Adaptable a cabezal de oftalmoscopio y cabezal de otoscopio. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estuche:    1. Compacto.    2. Fácil de limpiar.    3. Compartimentos interiores para resguardo y mantener todos los componentes del set de diagnóstico en posición.    4. Cierre de cremallera o sistema mejorado. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del set de diagnóstico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Mangos metálicos con características de resistencia mecánica y a la corrosión. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de cien (100) espéculos auriculares descartables para diagnóstico, con abertura de 4.0 mm. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías recargables incluidas e integradas al mango. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del set de diagnóstico, propio de la marca del fabricante del set de diagnóstico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, acople y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.8. TERMÓMETRO DIGITAL (SIN CONTACTO)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para la medición de temperatura corporal de manera rápida. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con tecnología infrarroja que permita una medición sin contacto con la piel, en frente, cuello, muñeca. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla LCD que muestre:    1. No menos de cuatro caracteres (incluyendo punto decimal).    2. Información, mensajes, íconos especiales. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Unidades de medida en grados centígrados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Intervalo de medición de temperatura: 34 a 42 °C. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resolución de medición: 0.1 °C o mejor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarma visual y acústica:    1. En caso de mediciones de temperatura fuera de rango normal (~36 °C a ~37.5 °C).    2. Al finalizar la medición. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con apagado automático. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad de guardar mediciones en memoria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Preferiblemente con funcionamiento a base de baterías recargables, en su defecto con baterías AAA. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. En el caso que aplique, sistema de carga de baterías preferiblemente interno e integrado, propio de la marca del fabricante del termómetro, que funcione con alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase~~.~~ | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Autonomía de al menos 1000 mediciones, con baterías plenamente cargadas en el caso de baterías recargables o en su defecto con baterías nuevas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo, de la misma marca del equipo o recomendado expresamente por el fabricante. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Juego de baterías instalados e incluidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, medición y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Registro Sanitario de la República de Guatemala (Si aplica o presentar carta del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud [DRACES] del Ministerio de Salud, indicando que no se requiere) | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 2. EQUIPO DE IMÁGENES MÉDICAS Y ACCESORIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 2.1. Equipo móvil para ultrasonografía | 3 | 2 | 5 |
| 2.2. Mampara plomada | 4 | 4 | 8 |
| 2.3. Pantalla para estudios radiológicos | 5 | 6 | 11 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.1. EQUIPO MÓVIL PARA ULTRASONOGRAFÍA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo de ultrasonido digital de alta resolución, móvil, para uso en pacientes adultos en áreas de internación que demanden este tipo de estudios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para procedimientos de imágenes médicas que involucren pulmones, corazón, abdomen, pelvis, cuantificación cardíaca/vascular básica, músculo esquelético, pequeñas partes y tejidos blandos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Plataforma digital. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitor de alta resolución, a color, pantalla de cristal líquido (LCD) o tecnología superior, de al menos 15”, con filtro de reflexión o alternativa equivalente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Panel de control amigable compuesto por:    1. Teclado alfanumérico o pantalla táctil para la introducción de datos.    2. Trackball o Touchpad para movimientos del puntero.    3. Botones configurables.    4. Retroiluminados para facilitar su lectura y ubicación.    5. Cubierta protectora transparente para el control de infecciones. | | □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Al menos dos (2) puertos activos para conexión de transductores, con sistema de selección electrónico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interfaz de comunicación, almacenamiento y transferencia:    1. Al menos tres (3) puertos USB para la conexión de dispositivos periféricos.    2. Interfaz multimedia de alta definición (HDMI). | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos 900,000 canales de procesamiento digital. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Deberán incluirse transductores multifrecuenciales de la misma marca que el equipo ofertado con tecnología broadband (banda ancha), con capacidad para estudios doppler color básico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El sistema debe tener un rango dinámico máximo de al menos 150 dB. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de información en pantalla:    1. Menús, mensajes en pantalla.    2. Anotaciones de texto.    3. Marcadores corporales.    4. Indicador de orientación de la imagen.    5. Idioma español. | | □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de zoom, con control de área de zoom, con optimización automática de imagen. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad para revisión de imágenes estáticas y en movimiento, reportes, mediciones e impresiones. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de post-procesamiento de archivos de imágenes y vídeos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El equipo debe permitir la actualización de software y hardware. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compatible con DICOM 3.0. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Conectividad a través de puerto Ethernet para interfaz DICOM, que habiliten la transferencia de archivos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Almacenamiento y archivo:    1. Almacenamiento de datos de paciente e imágenes en disco duro interno de 360 Gigabytes (GB) como mínimo.    2. Debe permitir el almacenamiento de video en formatos de uso común tales como: AVI, MPEG, MP4.    3. Debe permitir el almacenamiento de imágenes en formatos de uso común tales como: BMP, JPEG, TIF. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Modos mínimos de operación:    1. Modo 2D.    2. Modo M.    3. Modo B/M.    4. Modos Doppler:       1. Doppler Codificado en Color (Color Doppler).       2. Doppler Continuo (CW).       3. Doppler Pulsado (PW).       4. Doppler de potencia.       5. Doppler espectral.    5. Modo para obtención de imágenes armónicas de los tejidos (THI). | | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Selección de presentación en pantalla de una imagen, dos imágenes simultáneas (Dúplex) o de tres imágenes simultáneas (Triplex). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Límites de selección de profundidad, manual o sincronizada con la selección de zona focal [cm]: En el rango de 1.5 a 20. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Medidas generales, al menos:    1. Distancias.    2. Área (Elipse/Trazo)    3. Volúmenes.    4. intervalo de tiempo.    5. Diferencias de profundidad.    6. Velocidades.    7. Porcentaje de estenosis.    8. Ángulos.    9. Relación Sistólico/Diastólico.    10. Ritmo cardíaco.    11. Índice de resistividad (RI).    12. Índice de pulsatilidad (PI).    13. Presión gradiente pico y media.    14. Con mediciones obstétricas básicas. | | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 60 minutos, para funcionamiento continuo y sin interrupción, al existir una falla en el suministro de energía | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado, grado hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil y compacto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en carro de transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carro con sistema de fijación y anclaje del Equipo para ultrasonografía, con soporte porta-transductores, que permita el montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus cuatro rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en el catálogo del fabricante del Equipo de ultrasonografía. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Carro para transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Transductor por arreglo de fase (phased array):    1. Para paciente adulto.    2. Aplicación: Estudios cardíacos, pulmonares y abdominales.    3. Ancho de banda [MHz]: En al menos el rango de 2.0 a 5.0 o más amplio. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 35. Un (1) Transductor por arreglo lineal (linear array)   1. Para paciente adulto. 2. Aplicación: Vascular y partes pequeñas, que permita el desarrollo de doppler color, de potencia y espectral. 3. Ancho de banda [MHz]: En al menos el rango de 5.0 a 10.0 o más amplio. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 36. Un (1) Transductor transvaginal o endocavitario:   1. Aplicación: Ginecología, obstetricia y urología. 2. Ancho de banda [MHz]: En al menos el rango de 7 a 9 Mhz o más amplio. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 37. Una (1) Unidad grabadora de DVD o un (1) Sistema de captura y registro de imágenes USB, grado médico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 38. Una (1) Impresora:   * 1. De grado médico y digital.   2. Térmica.   3. Escala de grises.   4. Resolución ≥ 400 dpi para imágenes de alta calidad. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 39. Una (1) Maleta para transporte y resguardo del transductor transvaginal o endocavitario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 40. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 41. Fundas protectoras con el Equipo para ultrasonografía y sus equipos accesorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 42. Paquetes de medio de impresión (papel con calidad fotográfica) para no menos de 500 impresiones en total. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 43. Dos (2) galones de gel de transmisión para ultrasonido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 44. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Equipo para ultrasonografía y sus equipos accesorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 45. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 46. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 47. Verificación de al menos lo siguiente: profundidad de penetración, uniformidad, calibración de distancia y resolución por medio de un fantoma de ultrasonido de propósito general. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 48. Operación del equipo en sus diferentes modos de operación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 49. Prueba de impresión y grabación de exámenes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 50. Prueba de periféricos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 51. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 52. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 53. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2. MAMPARA PLOMADA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Biombo o mampara movible de un cuerpo para protección radiológica del personal asistencial a cargo del desarrollo de exposiciones radiográficas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Biombo o mampara de un cuerpo (bastidor). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con visor incorporado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro patas con rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura estable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Cuerpo metálico con protección a las radiaciones ionizantes equivalente a 0.7 mm de plomo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuerpo metálico recubierto con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Visor en material transparente con protección a las radiaciones ionizantes equivalente a 0.5 mm de plomo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del biombo o mampara:    1. Ancho: 70 cm    2. Altura: 180 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 11. Dimensiones mínimas del visor de la mampara:   * 1. Ancho: 20 cm   2. Altura: 25 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 12. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 13. Inspección de la integridad física de cada biombo o mampara. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.3. PANTALLA PARA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Pantalla para la presentación de imágenes para el diagnóstico médico obtenidas mediante radiología digital directa, radiología computarizada, u otra técnica de imagenología radiológica. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla para conexión directa a equipo de imagenología, como parte de una red de equipos, un PACS. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitor de alta resolución:    1. Monocromático.    2. Pantalla táctil interactiva.    3. Tamaño ≥ 40”.    4. Resolución ≥ 1280 × 1024.    5. Relación de aspecto 16:9.    6. Brillantez ≥ 900 cd/m2    7. Razón de contraste ≥ 1000:1 | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de información en pantalla, menús en idioma español o inglés. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interfaz de comunicación y transferencia:    1. Entrada       1. 1 × Interfaz multimedia de alta definición (HDMI).       2. 1 × Interfaz visual digital (DVI).       3. 1 × Interfaz visual digital (DVI).    2. Salida       1. 1 × DisplayPort 1.2. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compatibilidad con estándar de transmisión de imágenes médicas (DICOM). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Base para montaje a mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Incluir base para su colocación sobre mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas de la pantalla para estudios radiológicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 17 Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Prueba de interconexión con equipos de imagenología radiológica disponibles en cada uno de los sitios de instalación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 19. Verificación de funciones interactivas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 20 Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 21. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 3. EQUIPO DE REFRIGERACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 3.1. Refrigerador para medicamentos, de 12 pies cúbicos | 3 | 3 | 6 |
| 3.2. Refrigerador para medicamentos, de 36 pies cúbicos | 1 | 0 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.1. REFRIGERADOR PARA MEDICAMENTOS, DE 12 PIES CÚBICOS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Refrigerador diseñado para el almacenamiento y conservación de medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Control:    1. Microprocesado.    2. Panel de control:       * Control automático de temperatura con registro digital en pantalla que permita entre otros la visualización de temperatura programada y la temperatura efectiva.       * Operación mediante teclado de membrana o pantalla táctil, con sistema de menús y opciones en español.       * Manejo de rango de temperatura entre +2 y +8 °C, prefijada en +4°C.       * Con protección mediante contraseña o llave de seguridad que impida la modificación accidental de la temperatura programada.       * Alarma visibles y audibles por temperatura fuera de rango y falla de suministro eléctrico.       * Con batería interna para el panel de control. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interior:    1. De una (1) sola puerta, con cerradura.    2. Capacidad mínima de 340 litros (12 pies cúbicos).    3. Con compartimientos internos para el almacenamiento y disposición ordenada. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que demuestre contar con eficiencia energética al menos clase A++, o sistema de equivalencia comprobable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Gabinete vertical. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura auto-soportada al piso. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montado sobre cuatro rodos y soportes niveladores. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Puerta de doble cristal para visualización del interior y aislamiento térmico que evite afectar a la cadena de frío. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Puerta de doble cristal con sistema que evite la formación de condensado (empañamiento del cristal). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cierre hermético. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro (4) estantes internos, abiertos para permitir una mejor homogenización de temperatura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estantes internos ajustables en altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de refrigeración por enfriamiento de aire forzado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de refrigeración y de aislamiento térmico libre de CFC, HCFC. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El material de construcción del gabinete deberá ser:    1. Exterior: Acero inoxidable, acero con acabado en pintura electrostática al horno, o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.    2. Interior: Acero inoxidable, acero galvanizado, aluminio anodizado, acero con acabado en pintura electrostática al horno o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión debida a sustancias, así como a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Las condiciones ambientales mínimas para operación de los equipos deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localizan los hospitales y las condiciones propias de los ambientes hospitalarios donde se instalarán los equipos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 19. Registrador en cualquiera de las siguientes opciones:   * 1. Circular con registro gráfico de temperatura correspondiente a 7 días.   2. Continuo de temperatura en rollo de papel.   3. Data logger de temperatura, a través de puerto USB. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 20. Insumos para el registrador:   * 1. Para registrador circular, al menos cincuenta (50) plantillas circulares.   2. Para registrador continuo, al menos veinte (20) rollos de papel.   3. Para data logger, memoria USB. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 21. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Prueba de encendido y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 23. Prueba de alarmas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 24. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 25. Documentación que confirme la existencia de un sistema de gestión ambiental válido que cuente con la certificación ISO 14001 (del fabricante del equipo ofertado) o equivalente, relativo a sistemas de gestión ambiental. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2. REFRIGERADOR PARA MEDICAMENTOS, DE 36 PIES CÚBICOS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Refrigerador diseñado para el almacenamiento y conservación de medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Control    1. Microprocesado.    2. Panel de control:       * Control automático de temperatura con registro digital en pantalla que permita entre otros la visualización de temperatura programada y la temperatura efectiva.       * Operación mediante teclado de membrana o pantalla táctil, con sistema de menús y opciones en español.       * Manejo de rango de temperatura entre +2 y +8 °C, prefijada en +4°C.       * Con protección mediante contraseña o llave de seguridad que impida la modificación accidental de la temperatura programada.       * Alarma visibles y audibles por temperatura fuera de rango y falla de suministro eléctrico.       * Con batería interna para el panel de control. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Interior:    1. De dos o tres puertas, con cerradura.    2. Capacidad mínima de 1,019 litros (36 pies cúbicos).    3. Con compartimientos internos para el almacenamiento y disposición ordenada. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que demuestre contar con eficiencia energética al menos clase A++, o sistema de equivalencia comprobable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Gabinete vertical. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura auto-soportada al piso. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montado sobre cuatro patas y soportes niveladores. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Puertas de doble cristal para visualización del interior y aislamiento térmico que evite afectar a la cadena de frío. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Puertas de doble cristal con sistema que evite la formación de condensado (empañamiento del cristal). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cierre hermético. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro (4) estantes internos, abiertos para permitir una mejor homogeneización de temperatura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estantes interiores ajustables en altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de refrigeración por enfriamiento de aire forzado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de refrigeración y de aislamiento térmico libre de CFC, HCFC. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El material de construcción del gabinete deberá ser:    1. Exterior: Acero inoxidable, acero con acabado en pintura electrostática al horno, o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario.    2. Interior: Acero inoxidable, acero galvanizado, aluminio anodizado, acero con acabado en pintura electrostática al horno o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión debida a sustancias, así como a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Las condiciones ambientales mínimas para operación de los equipos deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localizan los hospitales y las condiciones propias de los ambientes hospitalarios donde se instalarán los equipos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 19. Registrador en cualquiera de las siguientes opciones:   * 1. Circular con registro gráfico de temperatura correspondiente a 7 días.   2. Continuo de temperatura en rollo de papel.   3. Data logger de temperatura, a través de puerto USB. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 20. Insumos para el registrador:   * 1. Para registrador circular, al menos cincuenta (50) plantillas circulares.   2. Para registrador continuo, al menos veinte (20) rollos de papel.   3. Para data logger, memoria USB. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 21. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ |  | |  |
| 22. Prueba de encendido y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 23. Prueba de alarmas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 24. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 25. Documentación que confirme la existencia de un sistema de gestión ambiental válido que cuente con la certificación ISO 14001 (del fabricante del equipo ofertado) o equivalente, relativo a sistemas de gestión ambiental. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 4. EQUIPO DE VENTILACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 4.1. Equipo para terapia de alto flujo nasal | 10 | 45 | 55 |
| 4.2. Ventilador de transporte pediátrico-adulto | 5 | 5 | 10 |
| 4.3. Ventilador mecánico pediátrico-adulto-neonatal | 27 | 0 | 27 |
| 4.4 Cilindro de oxígeno tipo “E”, con regulador y carretilla porta-cilindro | 8 | 20 | 28 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1. EQUIPO PARA TERAPIA DE ALTO FLUJO NASAL** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo para la aplicación de soporte respiratorio no invasivo a través de una máscara facial sellada, una máscara nasal, una boquilla o una escafandra sin necesidad de intubación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que genere alto flujo volumétrico de mezcla de aire con oxígeno. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mezcla de aire con oxígeno debe ajustarse en temperatura y humedad. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Ajustes y visualización de parámetros ventilatorios en al menos los siguientes rangos:    1. Flujo volumétrico [LPM]: 6 a 60    2. FiO2 [%]: 21 a 100    3. Temperatura [°C]: 31 a 37 | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Mensajes en pantalla y etiquetas del equipo en idioma español. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Conexión externa para fuente de oxígeno. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Baja presión de suministro de oxígeno    2. Bajo FiO2    3. Desconexión de circuito de paciente    4. Fallo del sistema    5. Falta de líquido de humidificación    6. Batería baja. (Si aplica). | | □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Preferentemente con sistema de baterías recargables, con autonomía de no menos de 60 minutos, para funcionamiento continuo y sin interrupción, al existir una falla en el suministro de energía. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de carga de baterías interno e integrado. (Si aplica). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa. (Si aplica). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil y compacto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Nivel de ruido <35 dB en un rango de presión media. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Grado de protección de acuerdo a ANSI-IEC 60529: Al menos IP 21. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Soporte móvil con sistema de fijación y anclaje del Equipo para terapia de alto flujo nasal, que permita el montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus cuatro rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en catálogo del fabricante del Equipo para terapia de alto flujo nasal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Flujómetro para oxígeno medicinal, graduado en L/min, compatible con el Equipo para terapia de alto flujo nasal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Veinticinco (25) Tubos de respiración calentados para paciente adulto, descartables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Veinticinco (25) Cámaras de humidificación para paciente adulto, descartables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Unidades de cánula nasal para paciente adulto, tamaño pequeño. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Unidades de cánula nasal para paciente adulto, tamaño estándar. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cinco (5) Unidades de cánula nasal para paciente adulto, tamaño grande | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Treinta (30) Filtros bacteriológicos de entrada (si aplica). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Treinta (30) Filtros espiratorios de alta eficiencia (si aplica). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) manguera para oxígeno medicinal (2 metros) con conector compatible con conector de red de gases del establecimiento y a cilindro de oxígeno. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Equipo para terapia de alto flujo nasal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo.   *Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).* | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación del equipo en sus diferentes modos de operación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.2. VENTILADOR DE TRANSPORTE PARA PACIENTE NEONATAL, PEDIÁTRICO, ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Sistema de soporte de vida para asistencia ventilatoria en pacientes neonatales, pediátricos y adultos que requieren traslado dentro o fuera del hospital. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función neonatal reconocida por el fabricante y entidad regulatoria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Equipo controlado por microprocesador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla con tecnología TFT, LCD o LED. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Conexión externa para fuente de oxígeno. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de proporcionar mezcla de FiO2. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de seguridad electrónico o mecánico para evitar presiones altas en los pulmones y vías aéreas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de funcionar en todo tipo de traslado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reguladores de presión de las fuentes de alimentación neumáticas integrados o ínter-construidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fácil de manejar con seguro de teclado o secuencia de pasos que evite modificaciones accidentales o controles que impida cambios accidentales o no deseados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Programa en idioma español. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función de auto-prueba o autodiagnóstico del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador de horas de servicio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Silenciador temporal de alarmas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación:    1. Controlado por volumen y presión.    2. Al menos los siguientes modos de ventilación:       1. Asistido-controlado       2. SIMV       3. CPAP       4. Presión soporte    3. Ventilación de respaldo en caso de apnea.    4. Sensibilidad de disparo ajustable. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Controles para al menos:    1. FiO2    2. Relación inspiración-espiración (I/E).    3. Límite de presión máxima.    4. Presión positiva al final de la espiración (PEEP): 0 a 30 cmH2O o mayor.    5. Volumen corriente: 50 ml o menor a 2000 ml o mayor.    6. Tiempo inspiratorio: 0.1 seg o menor a 3 seg o mayor.    7. Frecuencia respiratoria: 5 respiraciones/minuto o menor a 80 respiraciones/minuto o mayor.    8. Sensibilidad de disparo por presión en el rango de -10 a -0.50 cmH2O, o rango más amplio; o Sensibilidad de disparo por flujo en el rango de 0.2 a 20 l/min, o rango más amplio. | | □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Baja de volumen minuto.    2. Alta y baja de frecuencia respiratoria o de apnea.    3. Alta y baja de presión inspiratoria.    4. Alta y baja de la fracción inspirada de oxígeno (FiO2).    5. Inadecuada presión en el suministro de gas (fugas).    6. Ventilador inoperante o falla del ventilador.    7. Batería baja. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitoreo digital de parámetros:    1. Volumen tidal.    2. Volumen minuto programado y espontáneo.    3. Relación I:E.    4. Tiempo inspiratorio.    5. Presión proximal en vía aérea.    6. Presión positiva al final de la espiración.    7. Presión pico.    8. Presión media.    9. Fracción inspirada de oxígeno.    10. Indicador de modo de ventilación.    11. Visualización de forma de onda de volumen y forma de onda de presión. | | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, de soporte para ventilador y fuente de aire, con una duración de 4 horas o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de conectarse a red eléctrica de ambulancia (AC/DC). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil y compacto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Soporte móvil con sistema de fijación y anclaje del Ventilador, que permita el montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus cuatro rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en catálogo del fabricante del Ventilador de transporte pediátrico/adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de ubicarse y sujetarse firmemente en ambulancia. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Circuitos de paciente completos(1) (descartable) para paciente adulto.   (1) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cinco (5) Circuitos de paciente completos(2) (descartable) para paciente pediátrico.   (2) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cinco (5) Circuitos de paciente completo(3) (descartable) para paciente neonatal.   (3) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Pulmón de prueba que permita el uso en función pediátrica y adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Pulmón de prueba que permita el uso en función neonatal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) Manguera para alta presión para Oxígeno (3 metros) compatible con conector de red de gases del establecimiento o con los cilindros utilizados en caso de no existir o funcionar red centralizada de gases. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Cilindro tamaño E para oxígeno con manómetro, manguera de conexión y todos los accesorios necesarios para conectarse al ventilador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Brazo soporte para circuito de paciente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Ventilador de transporte pediátrico/adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo.   *Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).* | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo) | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Despliegue de ondas y valores numéricos | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.3. VENTILADOR MECÁNICO PARA PACIENTE NEONATAL, PEDIÁTRICO, ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Equipo electromecánico de soporte de vida para apoyo ventilatorio para paciente neonatal, pediátrico y adulto que tiene comprometida la función respiratoria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función neonatal reconocida por el fabricante y entidad regulatoria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Equipo controlado por microprocesador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla con tecnología TFT, LCD o LED. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compresor o turbina incorporada para proporcionar aire comprimido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Conexión externa para fuente de oxígeno y aire comprimido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de proporcionar mezcla de FiO2. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de seguridad electrónico o mecánico para evitar presiones altas en los pulmones y vías aéreas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad de funcionar en traslados intrahospitalarios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reguladores de presión de las fuentes de alimentación neumáticas integrados o ínter-construidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Nebulizador interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fácil de manejar con seguro de teclado o secuencia de pasos que evite modificaciones accidentales o controles que impida cambios accidentales o no deseados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Programa en idioma español. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Función de auto-prueba o autodiagnóstico del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Indicador de horas de servicio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Silenciador temporal de alarmas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Transductores de flujo y válvulas de exhalación deberán de ser del tipo reutilizable e incorporados al equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Operación:    1. Controlado por volumen y presión.    2. Al menos los siguientes modos de ventilación:       1. Asistido-Controlado (volumen y presión)       2. SIMV,       3. CPAP,       4. Presión soporte       5. Ventilación controlada por volumen regulada por presión (PRVC) o similar.    3. Preferentemente, debe permitir el desarrollo de oxigenoterapia de alto flujo [High-flow nasal oxygen (HFNO)].    4. Ventilación de respaldo en caso de apnea.    5. Sensibilidad de disparo ajustable.    6. Que guarde datos en memoria y tendencia de al menos 12 horas de los siguientes parámetros como mínimo:       1. FiO2       2. Volumen Minuto       3. Volumen Tidal       4. Presión Positiva al Final de la Espiración (PEEP) | | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Controles para al menos:    1. FiO2.    2. Relación inspiración-espiración (I/E).    3. Límite de presión máxima.    4. Presión positiva al final de la espiración (PEEP): 0 a 20cmH2O o mayor.    5. Volumen corriente: 20 ml o menor a 2000 ml o mayor.    6. Tiempo inspiratorio: 0.1 seg o menor a 3 seg o mayor.    7. Frecuencia respiratoria: En un rango aproximado de un valor menor o igual a 5 respiraciones/minuto o superior a 15099 respiraciones/minuto.    8. Sensibilidad de disparo por presión: En el rango de -10 a -0.50 cmH2O, o rango más amplio.    9. Sensibilidad de disparo por flujo: En el rango de 0.2 a 8 l/min, o rango más amplio. | | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alarmas:    1. Baja de volumen minuto.    2. Alta y baja frecuencia respiratoria o de apnea.    3. Alta y baja de presión inspiratoria.    4. Alta y baja de la fracción inspirada de oxígeno (FiO2.).    5. Inadecuada presión en el suministro de gas (fugas).    6. Ventilador inoperante o falla del ventilador.    7. Batería baja.    8. Falla de suministro de energía eléctrica. | | □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitoreo digital de parámetros:    1. Volumen tidal.    2. Volumen minuto programado y espontáneo.    3. Relación I:E.    4. Tiempo inspiratorio.    5. Presión positiva al final de la espiración.    6. Presión pico.    7. Presión media.    8. Presión de meseta.    9. Fracción inspirada de oxígeno FiO2    10. Indicador de modo de ventilación.    11. Resistencia y compliance.    12. Visualización de forma de onda de volumen, forma de onda de presión y forma de onda de flujo. | | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de baterías recargables, de soporte para ventilador y fuente de aire, con una duración de 60 minutos o mayor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho), grado hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de carga de baterías interno e integrado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cambio automático de suministro de energía eléctrica de línea de alimentación AC a baterías en caso de falla y viceversa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de compensación de fugas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Grado de protección de acuerdo a ANSI-IEC 60529: Al menos IP 21 | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Montaje en soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Soporte móvil con sistema de fijación y anclaje del Ventilador, que permita el montaje y transporte seguro del equipo y sus accesorios, con frenos en al menos dos de sus cuatro rodos. De la misma marca del equipo o el indicado en catálogo del fabricante del Ventilador mecánico pediátrico/adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Soporte móvil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Treinta (30) Circuitos descartables completos(1) (desechables) para paciente adulto.   (1) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Quince (15)Treinta (30) Circuitos descartables completos(2) (desechables) para paciente pediátrico.   (2) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Quince (15) Circuitos descartables completos(3) (desechables) para paciente neonatal.   (3) Debe incluir todos los componentes que garanticen el uso seguro en pacientes con COVID 19, por ejemplo, filtros virales en las líneas de ventilación (inhalación/exhalación), trampas de agua, intercambiadores de calor y humedad (HME). Detallar todos los componentes en su oferta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Máscaras para ventilación no invasiva (desechables) para paciente adulto/pediátricol, completas con arnés y/o sujetador,, en los siguientes tamaños:   Tres (3) pequeños (Talla S)  Cuatro (4) medianos (Talla M)  Tres (3) grandes (Talla L) | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tres (3) Máscaras para ventilación no invasiva (desechables) para paciente neonatal, completas con arnés y/o sujetador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diez (10) Set de cánulas neonatales para CPAP compuestos por: cánula binasal, tubos flexibles, adaptadores para conectar los tubos a los circuitos, gorro neonatal con correa, soporte de tubo flexible.    1. Cinco (05) sets de tamaño 00    2. Cinco (05) sets de tamaño 01 | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) pulmón de prueba que permita el uso en función pediátrica y adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) pulmón de prueba que permita el uso en función neonatal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) manguera para alta presión para Oxígeno (3 metros) compatible con conector de red de gases del establecimiento o con los cilindros utilizados en caso de no existir o funcionar red centralizada de gases. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) manguera para alta presión para Aire Comprimido (3 metros) compatible con conector de red gases del establecimiento o con los cilindros utilizados en caso de no existir o funcionar red centralizada de gases. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) brazo soporte para circuito de paciente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) humidificador activo servo-controlado (120VAC, 60Hz, 1 Fase), montado al equipo y todos los accesorios que permitan su adecuado funcionamiento e interconexión con Ventilador. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras adultos para humidificador, reutilizables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras pediátricas para humidificador, reutilizables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) cámaras neonatales para humidificador, reutilizables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Incluir los respectivos aditamentos de interconexión de los diferentes componentes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de las funciones requeridas del Ventilador mecánico pediátrico-adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo.   *Considerando la situación de emergencia de salud pública actual, se aceptará la Autorización de Uso de Emergencia (EUA).* | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Demostrar cumplimiento con los siguientes estándares:    1. ISO 80601-2-12: 2020 Equipos electromédicos - Parte 2-12: Requisitos particulares de seguridad básica y rendimiento esencial de los ventiladores de cuidados intensivos.    2. ISO 80601-2-74: 2017 Equipos electromédicos - Parte 2-74: Requisitos particulares para seguridad básica y desempeño esencial del equipo de humidificación respiratoria.    3. ISO 80601-2-79: 2018 Equipos electromédicos - Parte 2-79: Requisitos particulares para seguridad básica y rendimiento esencial del equipo de soporte ventilatorio para problemas de ventilación. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento (verificación de controles y funciones del equipo). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de correcto funcionamiento de los dispositivos de monitoreo y los sistemas de alarma. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación de parámetros ventilatorios: volumen tidal, presión de flujo inspiratorio pico, PEEP, flujo inspiratorio pico, flujo espiratorio pico y temperatura; haciendo uso de un analizador para medición de parámetros ventilatorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.4. CILINDRO DE OXÍGENO TIPO “E”, CON REGULADOR Y CARRETILLA PORTA-CILINDRO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Cilindro metálico para oxigeno medicinal con manómetro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tipo “E” de aproximadamente 24.6 pies cúbicos para oxígeno medicinal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Regulador para oxígeno medicinal:    1. Acople de entrada, compatible con conexión a cilindro de oxígeno tipo “E”.    2. Manómetro alta presión, que muestre presión del cilindro, 3000 PSI escala máxima, dial de al menos 50mm de diámetro, codificado en color.    3. Flujómetro que muestre flujo regulado y entregado, regulación de flujo en el rango de 0 a 15 litros por minuto.    4. Válvula de control/regulación.    5. Acople de salida, que permita la conexión de adaptador/Conector metálico funcional tanto para tubo de oxígeno como para set de nebulización. | | □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Cilindro que cumpla con estándares, normas de fabricación y seguridad internacional. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Regulador:    1. Material utilizado para la construcción del regulador, deben ser compatibles con oxígeno grado médico.    2. Resistente a la introducción de contaminantes, de tal manera de garantizar que se mantenga el nivel de pureza del oxígeno grado médico.    3. Máxima presión de entrada: 2500 PSI.    4. Sistema interno de seguridad para evitar sobrepresión. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Carretilla para transporte:    1. Con dos (2) llantas para movilizar el conjunto    2. Con plataforma o dos (2) patas para mantener el conjunto en posición vertical    3. Con cinturón o cadena de sujeción y agarradero    4. Con mango de material anti-deslizable. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con su respectiva llave para conexión, desconexión del regulador (flujómetro/manómetro). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el conjunto cilindro-carretilla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de conexión y puesta en funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en en IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 5. EQUIPO PARA PROCEDIMIENTOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 5.1. Videobroncoscopio | 0 | 1 | 1 |
| 5.2. Videolaringoscopio | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.1. VIDEOBRONCOSCOPIO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Sistema para el desarrollo de procedimientos diagnósticos en el árbol bronquial. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compuesto por:    1. Procesador de video/Fuente de luz.    2. Broncoscopio flexible.    3. Monitor de video. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Procesador de video/Fuente de luz.    1. Procesador compacto con fuente de luz interconstruida o integrada.    2. Sistema de iluminación basado en tecnología LED.    3. Con sistema de conexión de óptica flexible, rápida y segura, directamente al broncoscopio flexible.    4. Debe estar equipado con tecnología que permita mejoras en la visibilidad de mucosa y capilares sanguíneos.    5. Con sistema para el almacenamiento externo de imágenes en formatos tales como BMP, TIFF, JPEG y memoria interna de al menos 1 GByte.    6. Con balance automático de blancos.    7. Idioma de menú, mensajes y controles: Español. | | □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Broncoscopio flexible.    1. Con sistema de conexión rápida y segura.    2. Sumergible en líquidos, especialmente soluciones desinfectantes.    3. Con canal de trabajo para el desarrollo de procedimientos menores.    4. Campo/ángulo de visión [°]: ≥ 90.    5. Dirección de la visión [°]: 0.    6. Diámetro exterior del tubo de inserción [mm]: ≤ 5.2.    7. Diámetro del canal de trabajo [mm]: ≤ 2.5.    8. Longitud de trabajo (longitud útil del tubo de inserción) [mm]: ≥ 520.    9. Angulaciones en el extremo distal, Arriba/Abajo [°]: Al menos en el rango de 180/100 | | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Monitor de video.    1. Policromática.    2. Tecnología LED, LCD, LCD TFT o superior.    3. Dimensiones de pantalla ≥ 3.5”.    4. Resolución: Al menos de 640 × 480. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. En el caso que el equipo no esté completamente interconstruido e integrado, incluir carro o gabinete para transporte y resguardo de los equipos y accesorios que componen el sistema en la configuración requerida, de la misma marca o fabricante del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| *Sistemas de ópticas e instrumental.* | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Probador de estanqueidad (Tester para infiltración). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Tapón para compensación de presión (si requiere). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dos (2) Protectores dentales. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) Pinza para biopsia:    1. Abertura bilateral.    2. Flexibles.    3. Quijadas en forma de cucharillas, redondas.    4. Diámetro [mm]: Acorde a diámetro del canal de trabajo.    5. Longitud [cm]: 120 | | □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) Pinza de agarre:    1. Abertura bilateral.    2. Flexibles.    3. Diámetro [mm]: Acorde a diámetro del canal de trabajo.    4. Longitud [cm]: 120. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Cepillo para canal de limpieza:    1. Flexible.    2. Diámetro [mm]: Acorde a diámetro del canal de trabajo.    3. Longitud [cm]: 100. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Una (1) Maleta/Estuche para transporte y resguardo de los sistemas de ópticas e instrumental. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los accesorios necesarios para puesta en marcha y funcionamiento, que permita el desarrollo de los procedimientos previstos con el sistema tal y como se ha configurado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de adaptación de los diferentes accesorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo con los requerimientos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA], conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento con la directiva 93/42 CEE de la Comunidad Europea, conforme a la clasificación de riesgo del equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.2. VIDEOLARINGOSCOPIO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Videolaringoscopio con pantalla/monitor integrado, portátil, para intubación de vías aéreas difíciles, que permita la visualización mediante video del proceso de intubación orotraqueal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Video laringoscopio.    1. Con tecnología de cámara CMOS o CCD.    2. Con fuente de iluminación tipo LED. | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Pantalla/Monitor de video.    1. Policromática.    2. Tecnología LED, LCD, LCD TFT o superior.    3. Dimensiones de pantalla ≥ 2.4”.    4. Resolución: Al menos de 320 × 240. | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Funcionamiento a base de baterías recargables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con grado de protección de acuerdo a ANSI-IEC 60529. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Los accesorios y consumibles que tengan contacto con el paciente, deben ser fabricados en materiales no alergénicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tanto el equipo, accesorios como los componentes del sistema deben estar construidos en material resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las condiciones ambientales mínimas para operación del equipo, deben ser conforme a las condiciones propias de la zona geográfica donde se localiza el Hospital y las condiciones propias del Ambiente/Servicio donde se instalará. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios y consumibles a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Un (1) Juego de baterías recargables instalados e incluidos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cien (100) hojas curvas para laringoscopio, para paciente adulto, No. 3, descartables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cincuenta (50) hojas curvas para laringoscopio, para paciente adulto, No. 4, descartables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Un (1) Estuche para resguardo de los componentes del videolaringoscopio, propio de la marca del fabricante del videolaringoscopio o recomendado expresamente por éste. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de adaptación de los diferentes accesorios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido y funcionamiento. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de venta libre (FSC) o certificado para exportación de dispositivo médico proporcionado por la autoridad en el país de fabricación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Certificado de cumplimiento normativo, según corresponda, conforme a la clasificación de riesgo del producto emitido por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos [FDA] y/o la Comunidad Europea [CE]. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 6. MOBILIARIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 6.1. Banco giratorio de acero inoxidable | 8 | 12 | 20 |
| 6.2. Camilla para transporte de cadáver | 4 | 8 | 12 |
| 6.3. Carro para medicamentos | 11 | 19 | 30 |
| 6.4. Carro para medicamentos unidosis con 10 cajetines | 16 | 8 | 24 |
| 6.5. Carro para medicamentos unidosis con 20 cajetines | 32 | 0 | 32 |
| 6.6. Carro para medicamentos unidosis con 24 cajetines | 0 | 16 | 16 |
| 6.7. Carro para transporte de ropa limpia | 10 | 10 | 20 |
| 6.8. Carro para transporte de ropa sucia | 17 | 17 | 34 |
| 6.9. Carro porta-expedientes clínicos (para 20 expedientes) | 5 | 0 | 5 |
| 6.10. Gradilla de dos peldaños | 31 | 129 | 160 |
| 6.11. Mesa de noche hospitalaria | 191 | 249 | 440 |
| 6.13. Mesa mayo | 20 | 17 | 37 |
| 6.14. Mesa para alimentación | 54 | 135 | 189 |
| 6.15. Silla de ruedas para paciente adulto | 4 | 18 | 22 |
| 6.16. Bacín para paciente adulto | 20 | 56 | 76 |
| 6.17. Urinal para paciente adulto | 20 | 42 | 62 |
| 6.18 Colchón viscoelástico antiescaras | 20 | 57 | 77 |
| 6.19. Banco de trabajo para taller de mantenimiento | 1 | 1 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.1. BANCO GIRATORIO DE ACERO INOXIDABLE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Banco o taburete sin respaldo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para uso en ámbitos asistenciales, hospitalarios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Forma del asiento, circular. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con mecanismo de ajuste de altura del tipo tornillo sin fin. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro patas con rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con aro descansa pies. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura estable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Asiento fabricado en acero inoxidable calibre 18 o superior, tipo AISI 304. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Diámetro del asiento: 35 cm    2. Ajuste de altura: 45 a 80 cm    3. Diámetro de los rodos: 7 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada banco. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación del movimiento y ajuste de altura de cada banco. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.2. CAMILLA PARA TRANSPORTE DE CADÁVER** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Camilla multi-propósito para uso en morgue. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o lecho de camilla en forma de bandeja. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o lecho de camilla (bandeja) con acabado pulido, totalmente plana y sin hendiduras. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o lecho de camilla (bandeja) con rebordes en los cuatro lados para evitar la caída o deslizamiento del cuerpo en el traslado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con barra para empujar el carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro rodos giratorios, al menos dos ruedas con freno. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie o lecho de camilla (bandeja) construida totalmente en acero inoxidable 304 calibre 18 o superior. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Base construida en estructura metálica tubular, cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 10. Capacidad máxima de carga: Al menos 200 kg (440 libras). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 11. Dimensiones mínimas de la superficie o lecho de camilla (bandeja):   * 1. Ancho: 60 cm   2. Largo: 190 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 12. Dimensiones mínimas de la camilla:   * 1. Altura al lecho de la camilla: 80 cm   2. Diámetro de los rodos: 15 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 13. Inspección de la integridad física de cada camilla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 14. Verificación de movimientos de cada camilla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 15. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 16. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.3. CARRO PARA MEDICAMENTOS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro móvil para dispensación de medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con superficie de trabajo y entrepaño inferior. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El espacio entre el entrepaño inferior y la superficie de trabajo, se divide en dos secciones, una sección de gaveta y una sección libre. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con superficie de trabajo con bordes perimetrales para evitar la caída de material. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La sección de gavetas deberá contar con al menos cuatro (4) gavetas ordenadas verticalmente, para el almacenamiento de medicamentos e insumos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las gavetas deberán contar con sistema que evite la apertura accidental de las mismas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Las gavetas de al menos 18 cm de alto y 30 cm de ancho, extraíbles, con haladeras y sistema de rieles laterales telescópicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. La sección libre deberá contar con borde perimetral en el lateral y en la parte trasera del entrepaño inferior, para evitar la caída de material. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir manija de transporte para facilitar el traslado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir parachoques protector para amortiguar choques y proteger las paredes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura tubular del carro en acero inoxidable AISI 304, que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficies y gavetas del carro en lámina de acero inoxidable AISI 304, calibre 20 o mejor, que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales principales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas:    1. Profundo: 50 cm    2. Altura: 90 cm    3. Ancho: 70 cm    4. Diámetro de los rodos: 7.5 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 17. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Verificación de los movimientos y seguridad de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 19. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 20. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.4. CARRO PARA MEDICAMENTOS UNIDOSIS CON 10 CAJETINES** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro móvil para transportar y administrar medicaciones orales y preparados inyectables por unidosis en áreas de hospitalización. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con superficie de trabajo con bordes perimetrales para evitar la caída de material. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos diez (10) cajetines tipo gaveta individualizados que permita la asignación de uno por paciente, para resguardar unidosis. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con sistema que permita el resguardo de los medicamentos bajo llave y evite la apertura accidental de los cajetines. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán ser totalmente extraíbles al momento del ordenamiento de los medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con porta-identificación en la parte frontal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos una (1) gaveta con sistema de seguridad bajo llave y manija, de al menos 15 cm de alto, extraíble, con sistema de rieles laterales telescópicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos dos (2) cubetas en plástico o polímero para depósito de desechos comunes y/o infecciosos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir manija de transporte para facilitar el transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir parachoques protector para amortiguar choques y proteger las paredes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura interna del carro de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, aluminio extrudido, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Paneles laterales y trasero del carro en lámina de acero cubierta con pintura electrostática al horno, lámina de acero, polímero de alta densidad, o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines y gaveta fabricados en polipropileno de alta resistencia, polímero de alta densidad u otro material resistente al uso diario y a desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales principales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del carro:    1. Profundo: 45 cm    2. Altura: 90 cm    3. Diámetro de los rodos: 7.5 cm    4. Ancho del carro dependerá de la distribución de los cajetines. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Dimensiones mínimas de cada cajetín:   * 1. Profundo: 40 cm   2. Altura: 9 cm   3. Ancho: 10 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 19. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 20. Verificación de los movimientos y seguridad de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 21. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.5. CARRO PARA MEDICAMENTOS UNIDOSIS CON 20 CAJETINES** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro móvil para transportar y administrar medicaciones orales y preparados inyectables por unidosis en áreas de hospitalización. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con superficie de trabajo con bordes perimetrales para evitar la caída de material. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos veinte (20) cajetines tipo gaveta individualizados que permita la asignación de uno por paciente, para resguardar unidosis. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con sistema que permita el resguardo de los medicamentos bajo llave y evite la apertura accidental de los cajetines. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán ser totalmente extraíbles al momento del ordenamiento de los medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con porta-identificación en la parte frontal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos una (1) gaveta con sistema de seguridad bajo llave y manija, de al menos 15 cm de alto, extraíble, con sistema de rieles laterales telescópicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos dos (2) cubetas en plástico o polímero para depósito de desechos comunes y/o infecciosos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir manija de transporte para facilitar el transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir parachoques protector para amortiguar choques y proteger las paredes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura interna del carro de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, aluminio extrudido, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Paneles laterales y trasero del carro en lámina de acero cubierta con pintura electrostática al horno, lámina de acero, polímero de alta densidad, o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines y gaveta fabricados en polipropileno de alta resistencia, polímero de alta densidad u otro material resistente al uso diario y a desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales principales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del carro:    1. Profundo: 45 cm    2. Altura: 90 cm    3. Diámetro de los rodos: 7.5 cm.    4. Ancho del carro dependerá de la distribución de cajetines. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Dimensiones mínimas de cada cajetín:   * 1. Profundo: 40 cm   2. Altura: 9 cm   3. Ancho: 10 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 19. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 20. Verificación de los movimientos y seguridad de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 21. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.6. CARRO PARA MEDICAMENTOS UNIDOSIS CON 24 CAJETINES** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro móvil para transportar y administrar medicaciones orales y preparados inyectables por unidosis en áreas de hospitalización. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con superficie de trabajo con bordes perimetrales para evitar la caída de material. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos veinticuatro (24) cajetines tipo gaveta individualizados que permita la asignación de uno por paciente, para resguardar unidosis. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con sistema que permita el resguardo de los medicamentos bajo llave y evite la apertura accidental de los cajetines. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán ser totalmente extraíbles al momento del ordenamiento de los medicamentos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines deberán contar con porta-identificación en la parte frontal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos una (1) gaveta con sistema de seguridad bajo llave y manija, de al menos 15 cm de alto, extraíble, con sistema de rieles laterales telescópicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir al menos dos (2) cubetas en plástico o polímero para depósito de desechos comunes y/o infecciosos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir manija de transporte para facilitar el transporte. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir parachoques protector para amortiguar choques y proteger las paredes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. El carro debe incluir cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura interna del carro de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, aluminio extrudido, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Paneles laterales y trasero del carro en lámina de acero cubierta con pintura electrostática al horno, lámina de acero, polímero de alta densidad, o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cajetines y gaveta fabricados en polipropileno de alta resistencia, polímero de alta densidad u otro material resistente al uso diario y a desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales principales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del carro:    1. Profundo: 45 cm.    2. Altura: 90 cm.    3. Diámetro de los rodos: 7.5 cm.    4. Ancho del carro dependerá de la distribución de cajetines. | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 18. Dimensiones mínimas de cada cajetín   * 1. Profundo: 40 cm   2. Altura: 9 cm   3. Ancho: 10 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 19. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 20. Verificación de los movimientos y seguridad de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 21. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 22. Se aceptará mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.7. CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA LIMPIA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro utilizado para el almacenamiento temporal y transporte de ropa seca y limpia. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Carro con tres niveles (entrepaños) internos, laterales con varillas, fondo cerrado con lámina, y frente abierto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con agarraderos para empujar el carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura metálica, con cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de freno en al menos dos ruedas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas por cuerpo    1. Ancho: 90 cm    2. Profundo: 60 cm    3. Altura: 120 cm    4. Altura entre entrepaños: 35 cm    5. Diámetro de los rodos: 5 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.8. CARRO PARA TRANSPORTE DE ROPA SUCIA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro con bolsa incorporada, utilizado para el almacenamiento temporal y transporte de ropa sucia. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos cuatro rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Marco circular, con manubrio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura metálica tubular de al menos 1” (2.54 cm) de diámetro, con cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con bolsa de tela plastificada, impermeable y lavables, desmontables, con sistema de fijación mediante sistema del tipo de argollas, con colores de uso en ámbitos hospitalarios. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de freno en al menos dos ruedas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Diámetro del aro: 60 cm    2. Altura: 80 cm    3. Diámetro de los rodos: 5 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) bolsas extras de recambio, iguales a la incluida con el carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.9. CARRO PORTA-EXPEDIENTES CLÍNICOS (PARA 20 EXPEDIENTES)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Carro auxiliar para el transporte de historias clínicas en tamaño carta (8.5” × 11”) en áreas de hospitalización | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con capacidad para albergar veinte (20) carpetas porta-expedientes o porta-cuadrículas, con sus respectivas divisiones para la colocación de cada carpeta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema que mantenga los porta-expedientes o porta-cuadrículas en su sitio al desplazar el carro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Para empujar el carro debe tener asidero adecuadamente ubicado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Estructura de la mesa en lámina de acero inoxidable calibre 20 o superior tipo AISI 304 que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Ancho: 60 cm    2. Profundo: 35 cm    3. Altura: 95 cm    4. Diámetro de los rodos: 5 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Veinte (20) porta-expedientes o porta-cuadrículas de acero inoxidable o aluminio, tamaño carta. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada carro porta-expediente. | | □ | □ |  | |  |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.10. GRADILLA DE DOS PELDAÑOS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Gradilla con dos peldaños, para ayudar a los pacientes a alcanzar la altura de cama o mesa de examen | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro patas, con regatones antideslizantes de hule en cada uno de sus extremos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Material de construcción de cada peldaño en lámina de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura y refuerzos en cada peldaño, tubulares, en acero con cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Huella de cada peldaño, con cubierta de hule o material antideslizante. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad máxima de carga por peldaño: Al menos 200 kg (440 libras). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Ancho de cada peldaño: 45 cm    2. Profundo de cada peldaño: 25 cm    3. Profundo del conjunto: 50cm    4. Altura de cada peldaño: 18 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada gradilla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.11. MESA DE NOCHE HOSPITALARIA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Mesa utilizada por pacientes hospitalizados para guarda de objetos personales. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura de superficie lisa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. No debe tener filo en toda su estructura y contar con cantos redondeados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Gaveta en la parte superior, extraíble, con sistema de rieles laterales telescópicos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Gabinete en la parte inferior, con puerta, entrepaño y sistema de cierre “clip and close”, clip o imantado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sin rodos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie de la mesa fabricada en madera o aglomerado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie de la mesa de al menos 2 cm de espesor y acabado en laminado plástico para uso institucional, que soporte humedad y aplicación de desinfectantes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura de la mesa en lámina de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable o material similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Ancho: 45 cm    2. Profundo: 45 cm    3. Altura: 80 | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación del movimiento de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.12. MESA MAYO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Mesa auxiliar para cirugía, para disposición ordenada de instrumental quirúrgico necesario para operaciones quirúrgicas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Diseño de cantos redondeados, sin esquinas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con aro porta charola y charola o bandeja. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que sea estable y con ajuste de altura de forma manual. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Charola o bandeja fabricada en acero inoxidable, acabado pulido, calibre 18 o superior, tipo AISI 304. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura tubular fabricada en acero inoxidable tipo AISI 304. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas de la bandeja    1. Ancho: 30 cm    2. Largo: 45 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas de la mesa    1. Ancho: 45 cm    2. Largo: 55 cm    3. Altura ajustable: 80 a 120 cm    4. Diámetro de los rodos: 5 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación del movimiento y ajuste de altura de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.13. MESA PARA ALIMENTACIÓN** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Año de fabricación:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Mesa puente utilizada para la toma de alimentos de pacientes adultos hospitalizados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Configuración de construcción en columna con base tipo H. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Configuración que permita la colocación de la mesa tanto al lado derecho como izquierdo de la cama hospitalaria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura de superficie lisa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. No debe tener filo en toda su estructura y contar con cantos redondeados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Regulación de la altura con mecanismo hidráulico o neumático, manteniendo su estabilidad a cualquier altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cuatro rodos, con freno en al menos dos de ellos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie de la mesa fabricada en madera o aglomerado, con soporte angular fijado a la columna telescópica vertical de la mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie de la mesa de al menos 2 cm de espesor y acabado en laminado plástico para uso institucional, que soporte humedad y aplicación de desinfectantes. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura de soporte de la mesa (columna y base) construidas en acero inoxidable acabado pulido, los refuerzos interiores del mismo material u otro material de mejor calidad. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Toda la estructura deberá ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Rodos fabricados en hule, caucho o goma, silenciosos y de fácil maniobrabilidad. No plásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas    1. Ancho: 45 cm    2. Largo: 75 cm    3. Altura ajustable: 80 a 100 cm    4. Diámetro de los rodos: 5 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Verificación del movimiento y ajuste de altura de cada mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.14. SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Silla equipada con ruedas para su uso como medio de transporte por personas que no pueden caminar como resultado de una enfermedad, lesión o discapacidad. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Compuesta por:    1. Asiento.    2. Ruedas traseras y delanteras.    3. Reposa brazos.    4. Reposa pantorrillas.    5. Reposa pies. | | □  □  □  □  □ | □  □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que permita plegarse, mediante sistema fácil que garantice su estabilidad una vez armada. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa brazos acolchados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa pantorrillas acolchados y desmontables. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Reposa pies abatibles. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con empuñaduras anatómicas para empuje incorporados a la estructura de la silla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Marco fabricado de acero al carbón o acero cromado, de alta resistencia. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Tapicería del asiento, del reposa brazos y del reposa pantorrillas, en vinilo (cuerina), antialérgico, lavable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 10. Reposa pies en aluminio. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 11. Ruedas delanteras laterales, giratorias, macizas fabricadas en goma o caucho, de 8” (20 cm) de diámetro como mínimo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 12. Ruedas traseras laterales, fijas, macizas, de 23” (60 cm) de diámetro, con freno de palanca de mano y con un aro paralelo que sirva para que el paciente movilice la silla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 13. Ruedas con marcos sólidos, preferiblemente metálicos, que soporten la carga mínima requerida. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 14. Marco, tapicería y material de fabricación de las ruedas, resistentes a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 15. Capacidad máxima de carga: Al menos 160 kg (350 libras). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 16. Dimensiones mínimas del asiento:   * 1. Ancho: 50 cm   2. Profundo: 40 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 17. Dimensiones mínimas de la silla:   * 1. Altura del respaldo respecto al asiento: 40 cm   2. Altura de la silla del piso al nivel superior del respaldo: 90 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 18. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 19. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 20. Inspección de la integridad física de cada silla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 21. Verificación de movimientos de cada silla. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.15 BACÍN PARA PACIENTE ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Bacín para paciente adulto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Forma anatómica. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie sin filos ni puntas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fabricado en una sola pieza, sin costura, troquelado y embutido en lámina de acero inoxidable calibre 18, tipo AISI 304 | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario y a la desinfección mediante el uso de lavabacines automáticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones aproximadas    1. Ancho: 25 cm    2. Largo: 35 cm    3. Alto: 7.5 cm | | □  □  □ | □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 8. Capacidad: De al menos dos (2) litros. | |  |  |  | |  |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 9. Inspección de la integridad física de cada bacín. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 10. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.16 URINAL PARA PACIENTE ADULTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Depósito que permite a los pacientes adultos varones evacuar orina, mientras están encamados. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Forma anatómica. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Portátil. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie sin filos ni puntas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Fabricado en una sola pieza (salvo asa, asidero o agarradero), sin costura, troquelado y embutido en lámina de acero inoxidable calibre 18, tipo AISI 304 o AISI 316. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Resistente a la corrosión, a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario y a la desinfección mediante el uso de lavabacines automáticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Capacidad: Al menos un litro. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada urinal. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad certificado para dispositivos médicos (ISO 13485) y/o sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.17 COLCHÓN VISCOELÁSTICO ANTIESCARAS** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Colchón (almohadilla) posicionadora, anti-escaras, para uso en camas hospitalarias. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que disminuya la presión en las áreas de apoyo de pacientes encamados por largos períodos de tiempo, permitiendo el mantenimiento de la piel y el tratamiento de úlceras. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Confortable y flexible para permitir las posiciones de uso en áreas de atención hospitalaria general, intermedia e intensiva: trendelemburg, anti-trendelemburg, fowler, semi-fowler, RCP, Silla cardíaca. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con sistema de fijación que mantenga la almohadilla posicionadora fija sobre el colchón de la cama hospitalaria. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Fabricada en material tipo gel de polímero seco. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con características antimicrobianas, flexible, retardante al fuego, a prueba de fluidos (impermeable). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del colchón (almohadilla):    1. Largo: 195 cm    2. Ancho: 90 cm | | □  □ | □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Colchón (almohadilla) de al menos 1.5 cms de espesor. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Todos los materiales deberán ser resistente a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Que soporte un peso máximo de paciente no menor a 200 kg. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los colchones viscoelásticos. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.18 BANCO DE TRABAJO PARA TALLER DE MANTENIMIENTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Banco de trabajo para técnico de mantenimiento de equipo médico o electromecánico. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie de trabajo plana. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con panel vertical perforado para organización de equipos y herramientas. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con al menos tres (3) tomacorrientes dobles polarizados de 120 VAC. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con tres (3) gavetas con llave, de al menos 15 cm de altura. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con lámpara de luz LED de 20 Watts para iluminación del área de trabajo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Superficie o top de al menos 1.0” (2.5 cm) de grosor (alto). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Superficie o top de material metálico con cubierta en material antideslizante, aislante y resistente a lubricantes, agua y polvo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Panel vertical perforado de acero con cubierta de pintura electrostática al horno, acero inoxidable, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Estructura tubular o angular, de acero cubierta con pintura electrostática al horno, acero inoxidable, o material metálico similar de alta calidad que asegure durabilidad, seguridad, estabilidad, resistencia a la corrosión y a la aplicación de desinfectantes de uso hospitalario. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Dimensiones mínimas del banco de trabajo:    1. Ancho: 75 cm    2. Largo: 120 cm    3. Altura a superficie o top: 85 cm    4. Altura del panel perforado: 60 cm | | □  □  □  □ | □  □  □  □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de cada banco de trabajo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Se aceptarán mobiliario de fabricación local, siempre y cuando el oferente tenga en plaza muestra del mobiliario ofertado, para su verificación durante el proceso de evaluación. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ |  | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOTE 7. EQUIPO DE APOYO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPO** | **Escuintla** | **Zona 11** | **Total** |
| 7.1.Cortadora de tela y gasa | 2 | 4 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.1 CORTADORA PARA TELA Y GASA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Marca:** |  | **Modelo:** | | |  | |
| **País de origen:** |  | **Código/Referencia:** | | |  | |
| **País de fabricación:** |  | **Fabricante:** | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Detalle de requerimiento técnico** | | **Cumplimiento** | | **Documento de referencia** | | **Folio(s)** |
| **Sí** | **No** |
| **Descripción** | | | | | | |
| 1. Para cortar algodón y gasa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Altura de corte entre 5.0 cm. y 7.5 cm. aproximadamente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Cuchilla circular vertical. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Velocidad: 3500 RPM. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Sistema de afilado de cuchilla incorporado (integrado). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Con cubierta protectora de seguridad para dedos, metálica o equivalente. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Eléctricas** | |  |  |  | |  |
| 1. Alimentación eléctrica: 120 ± 10% VCA, 60 Hz, 1 Fase. | | □ | □ |  | |  |
| 1. Enchufe polarizado (cordón de poder con conector macho). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Características Mecánicas** | |  |  |  | |  |
| 1. Equipo de mesa. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Base de acero inoxidable. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Bajo nivel de ruido. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Accesorios a incluir con cada unidad suministrada✦** | |  |  |  | |  |
| 1. Dos (2) cuchillas de repuesto. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Inspecciones y pruebas mínimas** | |  |  |  | |  |
| 1. Inspección de la integridad física de los componentes que conforman el equipo. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| 1. Prueba de encendido, de corte y afilado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Estándares y certificaciones regulatorias** | |  |  |  | |  |
| 1. Sistema de gestión de la calidad general (ISO 9001). | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |
| **Requerimiento especial para entrega de bienes en el IGSS en la República de Guatemala** | |  |  |  | |  |
| Todas las unidades del bien a entregar, deberán traer firmemente adherido a su carcasa (cuando sea posible mediante remaches), una placa donde muestre la Leyenda “PROPIEDAD DEL IGSS”, Marca, Modelo, Número de serie (si aplica), fecha de entrega al IGSS y teléfono donde se pueda reportar desperfectos al Proveedor. Esta placa deberá soportar el uso de desinfectantes de uso hospitalario, así como las actividades propias de la desinfección, además deberá ser colocada en un lugar visible que no interfiera con el normal funcionamiento del bien entregado. | | □ | □ | [Inserte detalles] | | [Inserte detalles] |

***✦ Detallar con información técnica de respaldo del fabricante, todas y cada una de las marcas, modelos, códigos de modelos de cada uno de los accesorios/consumibles ofertados, con el objeto de su correcta identificación al momento de la recepción-entrega de los bienes.***

Nombre y firma del represente legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_